



Strukturen der ambulanten Versorgung und der Beitrag von Hausnotruf-Diensten zur Vernetzung sozialer Dienstleistungen

vorgelegt von

Björn Starke

als Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Philosophie (Dr. phil.)
in der
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
der Universität Dortmund

Dortmund

2007

Betreuer: Prof. Dr. Clemens Adam

Betreuer: Prof. Dr. Rolf G. Heinze

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	1
1 Grundpositionen	2
2 Zur Struktur der Arbeit	7
Teil1 Risikohafte Lebenslagen unterstützungsbedürftiger Menschen und ihre Absicherung durch den Sozialstaat	11
1 Die Bedeutung gesellschaftlicher Veränderungsprozesse für Menschen mit Unterstützungsbedarfen	12
1.1 Veränderungen der Lebensformen und –stile	13
1.2 Veränderungen traditioneller Hilfpotentiale am Beispiel der Familie	15
1.3 Risikofaktoren moderner Gesellschaften	18
1.3.1 Alte Sicherheiten versus neue Abhängigkeiten	18
1.3.2 Individuelle Risiken als Folge moderner Gesellschaften	21
2 Soziale Sicherungssysteme als Ersatz für traditionelle Sicherheiten	25
2.1 Aufgabenstellung sozialer Sicherungssysteme	25
2.2 Sozialstaatliche Leistungsansprüche und Leistungsgewährung	27
2.2.1 Leistungsprinzipien	28
2.2.2 Leistungsgewährung	29
2.3 Normative Vorgaben zur Absicherung einer eigenständigen Lebensführung	31
2.3.1 Ambulante Unterstützungen durch die Krankenversicherung	32
2.3.2 Ambulante Unterstützungen durch die Pflegeversicherung	33
2.3.3 Ambulante Unterstützungen durch die Sozialhilfe	39

2.3.4	Zusammenspiel von Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe bei der ambulanten Unterstützung	44
2.3.5	Die Bedeutung des Gesetzes zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX für die ambulante Versorgung	46
2.4	Stellenwert der sozialen Sicherung für unterstützungsbedürftige Menschen	50
3	Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung	53
3.1	Entwicklungslinien der dualen Wohlfahrtspflege und die Suche nach einem neuen Wohlfahrtsmix	55
3.2	Veränderungen der ambulanten Versorgungsstrukturen	58
3.2.1	Selbstbestimmung als Richtschnur der Versorgung	59
3.2.2	Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und seine Auswirkungen	61
3.2.3	Versorgungstrends bei der Kostenübernahme ambulanter Dienstleistungen	64
4	Infrastruktur der ambulanten Versorgung	67
4.1	Ambulante Versorgungsstrukturen im Kontext nutzerbezogener Bedarfe	67
4.2	Spezialisierung und Fragmentierung der ambulanten Versorgung	70
4.3	Exemplarische Darstellung von ambulanten Diensten	74
5	Komplikationen bei der Absicherung risikohafter Lebenslagen durch professionelle ambulante Dienstleistungen	79
Teil 2	Die Organisation der ambulanten Versorgung	83
1	Organisationstheorien und ihre Bedeutung für das System der ambulanten Versorgung	84
1.1	Zur Definition eines allgemeinen Organisationsbegriffs	86
1.2	Organisationen als rationale Systeme	88
1.2.1	Bürokratisch-administrativer Ansatz	89
1.2.2	Die Bedeutung Rationaler Ansätze für eine Analyse des Ambulanzsystems	90
1.3	Organisationen als natürliche Systeme	93
1.3.1	Motivationstheoretische Ansätze und verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie	94
1.3.2	Die Bedeutung natürlicher Ansätze für eine Analyse des Ambulanzsystems	95

1.4	Organisationen als offene Systeme	95
1.4.1	Systemtheoretische Ansätze	97
1.4.2	Situative Ansätze	99
1.4.3	Institutionalistische Ansätze	105
1.4.4	Die Bedeutung offener Ansätze für eine Analyse des Ambulanzsystems	109
1.5	Organisationstheorien – Grundlage zur Veränderung der ambulanten Versorgungsstrukturen?	115
2	Organisationsspezifika des Systems ambulanter Dienste und Hilfen	120
2.1	Veränderungen der situativen Faktoren des Ambulanzsystems	120
2.2	Zur Arbeitsteilung im Ambulanzsystem	126
2.3	Zur Koordination ambulanter Dienste und Hilfen	130
3	Strategische Dienstleistungskooperationen als Handlungsoption des Ambulanzsystems	138
3.1	Zur Definition des Dienstleistungsbegriffs im Ambulanzsystem	140
3.2	Intentionen und Merkmale von Kooperationen	144
3.3	Anbahnung von Kooperationen	150
3.3.1	Analyse der internen und externen Voraussetzungen für Kooperationen	150
3.3.2	Synergien versus Kosten ambulanter Dienstleistungskooperationen	152
3.3.3	Zur Auswahl geeigneter Kooperationspartner	155
3.3.4	Exkurs: Kooperationen aus Sicht der Spieltheorie	156
3.4	Zielfindung und Zielformulierung als Basis für eine Umsetzung von Kooperationen	159
3.5	Kooperationsmanagement	162
3.5.1	Zur Bedeutung von Koordination und Steuerung im Kooperationsprozess	163
3.5.2	Exkurs: Neue Steuerungsmodelle	166
3.5.3	Kooperationsverträge	169
3.5.4	Kontrakte als Basis einer zielorientierten Zusammenarbeit	171
3.5.5	Informationsmanagement	175
4	Das Netzwerkkonzept als Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen	178
4.1	Netzwerkkonzepte als Emergenz bilateraler Kooperationen	179

4.2	Möglichkeiten und Chancen zur Vernetzung ambulanter Dienste und Hilfen	184
4.3	Organisationsnetzwerke als Mittler zwischen Bürokratie und Wettbewerb	190
4.4	Unterstützungsmanagement als integraler Bestandteil ambulanter Hilfenetzwerke	191
4.5	Exemplarische Ansätze zur Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen	195
4.6	Perspektiven des Netzwerkkonzepts für das Ambulanzsystem	204
Teil 3 Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten zur Kooperation und Vernetzung		207
1	Hausnotruf-Dienste als Element des ambulanten Versorgungssystems	208
1.1	Entstehungsgeschichte von Hausnotruf-Diensten	209
1.2	Funktionsweise und Technik von Hausnotruf-Diensten	211
1.3	Hausnotruf: Dienstleistung oder technisches Hilfsmittel?	218
1.4	Der Sicherheitsbegriff und seine Auswirkungen auf die Praxis von Hausnotruf-Diensten	222
2	Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten für eine Vernetzung des Ambulanzsystems	228
2.1	Neuakzentuierung von Hausnotruf-Diensten als Optionen für eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen	229
2.2	Hausnotruf-Dienste als integraler Bestandteil von Unterstützungsnetzwerken	231
2.3	Neue Akzente eines erweiterten, netzwerkorientierten Hausnotruf-Konzepts	235
2.4	Potenzielle Netzwerkpartner von Hausnotruf-Diensten	241
2.4.1	Auswahl von Netzwerkpartnern	241
2.4.2	Restriktionen potenzieller Partner bezüglich einer Vernetzung	242
3	Effekte und Synergien hausnotruf-gestützter Versorgungsnetzwerke	244
3.1	Effekte für die Nutzerinnen und Nutzer	245
3.2	Effekte für die Dienstleister und das ambulante Versorgungssystem	246
3.3	Effekte für die Kostenträger	248

4 Perspektiven von Hausnotruf-Diensten	251
Teil 4 Bestandsaufnahme der Arbeit von Hausnotruf-Diensten und ihre Bedeutung für eine Vernetzung ambulanter Dienstleistungen	254
1 Untersuchungskonzept	255
1.1 Vorerhebungen	257
1.2 Inhaltliche Ausdifferenzierungen und Durchführung der Befragung	260
2 Ergebnisse der Befragung	264
2.1 Träger, Einzugsgebiet und räumliche Verteilung der untersuchten Hausnotruf-Dienste	264
2.2 Anschlusszahlen der Hausnotruf-Dienste	269
2.3 Nutzerinnen und Nutzer der untersuchten Hausnotruf-Dienste	272
2.4 Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste	274
2.5 Kooperationen der Hausnotruf-Dienste	285
2.5.1 Kooperationspartner	286
2.5.2 Art der Kooperationen	288
2.5.3 Kooperationsverträge	292
2.5.4 Stellenwert von Kooperationen	298
2.5.5 Schwierigkeiten beim Ausbau von Kooperationsbeziehungen	301
2.6 Qualitätssicherung der Hausnotruf-Dienste	305
2.7 Stellenwert von Hausnotruf-Diensten im Ambulanzsystem	308
3 Zusammenfassende Analyse der Befragungsergebnisse	313
Resümee und Ausblick	315
0 Vorbemerkung	316
1 Das ambulante Versorgungssystem aus gesellschaftlicher Sicht	318
2 Das ambulante Versorgungssystem aus organisations-theoretischer Sicht	321

3	Verbesserungen des ambulanten Versorgungssystems auf der Basis hausnotruf-gestützter Kooperationen und Vernetzungen	325
4	Thesen zu Entwicklungsperspektiven	331
	Literaturverzeichnis	333

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abb. 1	Funktionsweise und Leistungen der Pflegeversicherung	36
Abb. 2	Fragmentierung des ambulanten Hilfesystems	71
Abb. 3	Spannungsfeld der ambulanten Versorgung	81
Abb. 4	Der Aufbau des situativen Ansatzes	100
Abb. 5	Handlungsebenen von Organisationen	103
Abb. 6	Horizontale Selbstkoordination als Handlungsoption des Ambulanzsystems	134
Abb. 7	Netzwerk situativer Abhängigkeiten	143
Abb. 8	Intentionen von Kooperationen ambulanter Dienstleister	146
Abb. 9	Gestaltungsphasen von Kooperationen	149
Abb. 10	Entstehungsprozess einer Kooperation	151
Abb. 11	Kooperationen als wechselseitige Ziel-Mittel-Verflechtungen	161
Abb. 12	Kontrakte als Bestandteil einer Controllingstrategie von Kooperationen	174
Abb. 13	Regelkreis zielorientierter und informationsverarbeitender Kooperationen	177
Abb. 14	Netzwerke als Emergenzen bilateraler Kooperationen	180
Abb. 15	Positive und negative Koordination	182
Abb. 16	Grundzüge eines ambulanten Versorgungsnetzwerks	189
Abb. 17	Ablaufschema einer Notrufbearbeitung	214
Abb. 18	Handlungsebenen hausnotruf-gestützter Netzwerke	234
Abb. 19	Der Beitrag des Hausnotruf-Dienstes für ambulante Versorgungsnetzwerke	238
Abb. 20	Rücklaufquote der Befragung nach Trägern	263
Abb. 21	Hausnotruf-Zentralen in der Bundesrepublik Deutschland	265
Abb. 22	Anteil von freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Hausnotruf-Diensten	266
Abb. 23	Träger der Hausnotruf-Dienste	267
Abb. 24	Einzugsgebiet der Hausnotruf-Dienste	268
Abb. 25	Verhältnis der Eigen- und Fremdanschlüsse der Hausnotruf-Dienste	269

Abb. 26	Anschlusszahlen der Hausnotruf-Dienste	271
Abb. 27	Nutzergruppen der Hausnotruf-Dienste	273
Abb. 28	Arbeitsweise der Hausnotruf-Dienste	275
Abb. 29	Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste	277
Abb. 30	Leistungsspektrum der Hausnotruf-Dienste mit mehr als 1000 Nutzerinnen und Nutzern	281
Abb. 31	Leistungspakete der Hausnotruf-Dienste	285
Abb. 32	Kooperationspartner der Hausnotruf-Dienste	287
Abb. 33	Art der Kooperationen	289
Abb. 34	Anzahl der Kooperationspartner nach Trägertypen	291
Abb. 35	Anzahl von Hausnotruf-Diensten mit Kooperationsverträgen	294
Abb. 36	Anzahl der Kooperationsverträge im Verhältnis zu den Kooperationen	297
Abb. 37	Stellenwert von Kooperationen für die Arbeit von Hausnotruf-Diensten	299
Abb. 38	Schwierigkeiten beim Ausbau der Kooperationsbeziehungen	303
Abb. 39	Qualitätssicherung der Hausnotruf-Dienste	307
Abb. 40	Qualitätsstandards bestimmter Leistungen	308
Abb. 41	Stellenwert von Hausnotruf-Diensten im Ambulanzsystem	310

Einleitung

1 Grundpositionen

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen (...), um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (...)“ lautet § 1 des Sozialgesetzbuchs IX zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Diese Regelungen untersetzt die Forderung des Grundgesetzes „Niemand darf aufgrund einer Behinderung benachteiligt werden“ (Artikel 3 Grundgesetz). Die Debatten um bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für Menschen mit Behinderungen und/oder Hilfebedarfen im Alter sind mindestens ebenso alt, wie es professionelle Hilfsangebote gibt und finden heute im sozialpolitischen Spannungsfeld zwischen dem Kostendruck öffentlicher Haushalte und den realen Bedarfen der Betroffenen statt.

Die Strukturen der ambulanten Versorgung haben sich in der Bundesrepublik Deutschland spätestens seit Mitte der 70er Jahre kontinuierlich weiterentwickelt. Der zuerst im Bundessozialhilfegesetz und später in der Pflegeversicherung verankerte Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ gilt inzwischen seit Jahren und wird öffentlich von niemandem mehr in Frage gestellt¹. Mit dem Vorrang einer ambulanten Versorgung werden häufig die politischen Hoffnungen einer Kostenoptimierung verbunden. In der Praxis bestimmt der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ aber in erster Linie das individuelle Lebensumfeld unterstützungsbedürftiger Menschen, die dauerhaft in ihrem häuslichen Umfeld wohnen. Für das Hilfesystem bedeutet dies, dass alle notwendigen Komponenten zur Absicherung dieser eigenständigen Lebensformen gewährleistet und bereitgestellt werden müssen. In die politischen Debatten und offiziellen Auseinandersetzungen zum Thema „individueller Hilfebedarf und Behinderung“, werden inzwischen bewusst externe Faktoren, das heißt die Umwelt mit ihrem Einfluss auf mögliche Benachteiligungen einbezogen². Die Forderung, dass individuelle

¹ Dieser Grundsatz findet sich auch im Sozialgesetzbuch XII, das 2004 das Bundessozialhilfegesetz abgelöst hat.

² So wurde diese Thematik z.B. im Rahmen der im Jahr 2004 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) explizit aufgegriffen.

Hilfebedarfe möglichst am angestammten Lebensmittelpunkt – also der eigenen Häuslichkeit – befriedigt werden sollten, ist inzwischen allgemein anerkannt.

Einerseits hat sich in den letzten Jahrzehnten eine beachtliche ambulante Versorgungsinfrastruktur herausgebildet, andererseits unterliegt das Versorgungssystem in den letzten Jahren – zumindest auf der normativen Ebene – einer erheblichen Dynamik. Mit einer Reihe von Gesetzen wurde versucht, Menschen mit Behinderungen eine möglichst große Teilhabe, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Lebensführung zu ermöglichen oder zumindest die Rahmenbedingungen des Sozialstaats zu verbessern. Das zum 01.07.2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX), das seit 01.05.2002 geltende Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) und das am 23.12.2003 verabschiedete Sozialgesetzbuch XII „Eingliederung der Sozialhilfe in das Sozialgesetzbuch“ (SGB XII) lassen sich hier beispielhaft nennen. Die legislative Intention, die Rechte unterstützungsbedürftiger Menschen festzuschreiben, zeigt zwar nur bedingte Auswirkungen in der Versorgungspraxis, ist aber zumindest der Ausdruck des Umdenkens und eines Paradigmenwechsels. Neben dem Vorrang ambulanter Hilfen wurde im SGB IX auch ein „Wunsch- und Wahlrecht“ gesetzlich festgeschrieben. Damit können sich die Betroffenen für die Hilfeformen und Anbieter entscheiden, bei denen sie sich die bedarfsgerechteste Unterstützung erhoffen.

Entgegen des öffentlich proklamierten und in Fachkreisen befürworteten Paradigmas der Teilhabe und Gleichberechtigung z.B. von Menschen mit Behinderungen sieht die Versorgungsrealität häufig anders aus. Obwohl die Angebotsdichte wie auch die Angebotsformen angemessen erscheinen, ist eine ambulante Versorgung – die von den Betroffenen häufig favorisiert wird –, insbesondere bei umfassenden ganzheitlichen Bedarfslagen nur schwer realisierbar. Die Ursachen hierfür sind insbesondere in der Fragmentierung des Hilfesystems zu suchen. Die Betroffenen müssen sich in einem für sie höchst unübersichtlichen „System“, bestehend aus einer Vielzahl von Angeboten und Kostenträgern zu rechtfinden. Für sie sind im Vorfeld der eigentlichen Hilfeleistung eine Reihe von Fragen zu klären: Welche Unterstützung ist aufgrund meiner bestehenden Bedarfslage angemessen, welcher Dienstleister kann meinen Bedarf tatsächlich befriedigen und wie können die benötigten Hilfen finanziert werden? In der Regel greifen hier sozialstaatliche Mechanismen, die im Rahmen der zwölf Sozial-

gesetzbücher festgelegt sind. Ein Teil der Sozialgesetzbücher, wie z.B. die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe sind die normative Basis für die wichtigsten Kostenträger der ambulanten Versorgung. Jedem Kostenträger liegen bestimmte Prinzipien zugrunde, die ihn legitimieren, Leistungen für die gesetzlich definierten Personenkreise zu gewähren. Schwierigkeiten für Betroffene ergeben sich insbesondere dann, wenn aufgrund multi-kausaler Bedarfslagen auf verschiedene Kostenträger zurückgegriffen werden muss, um umfassende Arrangements zu realisieren. Diese Situation stellt in der Praxis keine Ausnahme sondern eher die Regel dar.

Zwischen den verschiedenen Kostenträgern (z.B. Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfeträgern) drohen „Verschiebebahnhöfe“ zu entstehen, bei denen zu befürchten ist, dass sie eine bedarfsgerechte Unterstützung der Betroffenen behindern. Nicht ausreichend geklärte Zuständigkeiten führen z.B. zu Wartezeiten bei Antragsverfahren, die auch durch die Neuregelungen des SGB IX³ noch nicht aufgehoben werden konnten. Die Probleme wirken sich dabei bis auf die Ebene der Leistungserbringung aus. Selbst zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sind die Zuständigkeiten in den meisten Bundesländern nicht ausreichend geregelt. Am Beispiel der Abschlüsse von Landesrahmenverträgen gemäß § 79 SGB XII wird dies offensichtlich: In der Regel ist es nicht gelungen, auch die örtlichen Sozialhilfeträger – die für die ambulanten Leistungen zuständig sind – vertraglich zu binden. Die Folge sind u.a. fehlende (landeseinheitliche) Standards in der ambulanten Hilfefewährung und -erbringung. Es ist zu vermuten, dass die mit dem SGB IX eingeführten trägerübergreifenden Persönlichen Budgets bei einem Teil der unterstützungsbedürftigen Menschen zu neuen (erweiterten) Möglichkeiten der Inanspruchnahme führen werden. Dies ist allerdings mit einem höheren individuellen Koordinierungsaufwand für die Betroffenen und damit erhöhten persönlichen Unsicherheiten verbunden. Dementsprechend werden diese Leistungen nur für bestimmte Personenkreise tatsächliche Vorteile bringen. Dabei wird vorausgesetzt, dass die elementare Frage der Budgetbemessung im Sinne des Einzelfalls geklärt wird.

³ Das SGB IX sieht sehr klare geregelte, kurze Bearbeitungsfristen vor.

Im ambulanten Bereich sind die Betroffenen häufig selbst dafür verantwortlich, eine für sie selbst angemessene Versorgung zu organisieren. Bei der Organisation ihrer Hilfestellungen sind sie den „Gefahren“ des relativ unübersichtlichen Versorgungssystems ausgesetzt, in dem sie zwischen verschiedenen Kostenträgern und konkurrierenden Dienstleistern aufgegeben werden können. Dieses für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen existierende Dilemma soll herausgearbeitet werden, um eine Lösungsstrategie zu entwickeln.

Der vorliegenden Arbeit wird die These zugrunde gelegt, dass innerhalb des Versorgungssystems nahezu alle Angebote vorhanden sind, die für umfassende Unterstützungsarrangements benötigt werden und Probleme eher in der Organisation und Abstimmung von Solitärangeboten zu suchen sind. Ziel der Arbeit ist es nicht, die Grundlagen des in Deutschland über Jahrzehnte hinweg gewachsenen Versorgungssystems in Frage zu stellen oder gar in toto zu reformieren. Vielmehr wird nach neuen Organisationsformen gesucht, um innerhalb der bestehenden Strukturen bedarfsgerechtere Hilfearrangements für die Betroffenen zu schaffen.

Die Organisation sozialer Dienstleistungen scheint Außenstehenden – und wohl auch Insidern – häufig eher zufällig zu sein. Ein zentraler Ausgangspunkt dieser Arbeit ist, dass unterstützende Maßnahmen zu allen Zeiten auf bestimmten, jeweils zeitgemäßen organisationstheoretischen Erkenntnissen basierten. Eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen kann deshalb nur auf der Grundlage der verschiedenen Organisationstheorien erfolgen, d.h. es werden verschiedene Theorien herangezogen, die historisch betrachtet mit den Zeitabschnitten bestimmter Entwicklungen der sozialen Sicherung korrespondieren. Auf dieser analytischen Basis wird nach Möglichkeiten gesucht, die Unterstützungsstrukturen aus Perspektive der Dienstleister sowohl effektiver als auch effizienter zu gestalten. Dabei wird auf der Handlungsebene 1) die Perspektive der Kostenträger bewusst ausgeblendet und 2) wird insbesondere bei den professionellen Anbietern nach Verbesserungspotentialen gesucht. Wenn es den ambulanten Dienstleistern gelingt, auf der Ebene der Dienstleistungserbringung Synergiepotentiale zu erschließen, so können auch die nutzerbezogenen Dienstleistungen – bei entsprechender Berücksichtigung der Bedarfe alter, chronisch kranker und behinderter Menschen – verbessert werden.

Im Hinblick auf mögliche Verbesserungen der ambulanten Versorgungsstrukturen wird explizit auf einen möglichen Beitrag von Hausnotruf-Diensten eingegangen. Obwohl Hausnotruf-Dienste eher als randständige Dienstleister des Ambulanzsystems erscheinen, liegt ihnen ein modernes Konzept zugrunde. Hausnotruf-Dienste verbinden den Einsatz von moderner Technologie/Kommunikation in angemessener Art und Weise mit den klassischen Dienstleistungen der ambulanten Versorgung. Deswegen sind sie geeignet, an ihrem Beispiel exemplarisch Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung aufzuzeigen. Hausnotruf-Dienste erlauben es, die wesentlichen Strukturen der ambulanten Versorgung sowie die daraus resultierenden Prozesse darzustellen, zu analysieren und Verbesserungspotentiale abzuleiten. Diese Prozesse sind durchaus auf andere Dienstleister anwendbar, die alte, chronisch kranke und behinderte Menschen in ihrem häuslichen Umfeld versorgen und können auf das ambulante Versorgungssystem in toto übertragen werden.

Die gesamte Arbeit geht der Grundfrage nach, ob und wenn ja wie die ambulante Versorgung durch Kooperationen und Vernetzungen der Dienstleister untereinander verbessert werden kann. Auch wenn es sich bei Kooperationen und Vernetzungen der verschiedenen Dienstleistungen bzw. Dienstleister nicht um das „Allheilmittel“ handelt, ist die Ausgangsthese, dass es sich um einen gangbaren Weg zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen handelt.

2 Zur Struktur der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in vier verschiedene Teile strukturiert:

Teil 1: Risikohafte Lebenslagen und ihre Absicherung

Teil 2: Die Organisation der ambulanten Versorgung

Teil 3: Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten zur Kooperation und Vernetzung

Teil 4: Bestandsaufnahme der Arbeit von Hausnotruf-Diensten

Teil 1 „Risikohafte Lebenslagen und ihre Absicherung“ setzt sich mit den Lebenslagen von Menschen auseinander, die besondere Unterstützungsbedarfe haben und widmet sich der Fragestellung welche Unterstützungen erforderlich sind, damit alte, chronisch kranke und behinderte Menschen ihr Leben eigenständig gestalten können.

In den vergangenen 150 Jahren haben sich die Lebensbedingungen eklatant verändert: Einerseits haben die Menschen heute mehr Gestaltungsspielräume, andererseits bedeuten mehr Freiheiten immer auch mehr individuelle Risiken. Menschen, die auf Unterstützungen angewiesen sind, sind von diesen Entwicklungen besonders betroffen. Traditionelle Hilfpotentiale bestehen nicht mehr in gleichem Umfang wie früher, an ihre Stelle sind zumeist „Sekundärmechanismen“ des Sozialstaats getreten.

Eine Absicherung bei Pflegebedürftigkeit oder Behinderung erfolgt heute z.B. über die Pflegeversicherung, die Krankenversicherung oder die Sozialhilfe. In der Regel haben unterstützungsbedürftige Menschen Anspruch auf sozialstaatliche Leistungen, die entweder direkt als Dienstleistung oder als Geldbetrag zur Verfügung gestellt werden. Dieses gewachsene System hat eine Reihe von Dienstleistern produziert. Die erforderlichen Hilfen werden von Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und deren Mitgliedsorganisationen sowie inzwischen einer Vielzahl privat-gewerblicher Anbieter geleistet. Diese Organisationen sind auf Rahmenbedingungen angewiesen, die ihnen vorgegeben werden. Hierzu gehören die Kostenübernahme von Leistungen ebenso wie die Strukturen zur Leistungsgewährung und die sogenannte Sozialbürokratie.

Der Aufbau komplexer Unterstützungsarrangements wird aus struktureller Perspektive problematisiert, indem z.B. „bürokratische Hürden“ der einzelnen Kos-

tenträger aufgezeigt werden. Darauf aufbauend werden anhand von ausgewählten Dienstleistern (z.B. Sozialstationen) die komplexen Strukturen der Leistungserbringung erörtert. Insgesamt dient dieser Teil dazu, das Dreiecksverhältnis zwischen dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer, den ambulanten Dienstleistern und der Kostenübernahme durch Kostenträger sowie das daraus resultierende Spannungsfeld darzustellen.

Teil 2 „Die Organisation der ambulanten Versorgung“ analysiert die ambulante Versorgung bzw. das sogenannte Ambulanzsystem auf der Basis ausgewählter Organisationstheorien. Sowohl die Dienstleister der ambulanten Versorgung als auch die Sozialbürokratie sind als Organisationen zu definieren. Interessanterweise haben sich viele Verbände organisatorisch an die sozialbürokratischen Strukturen angeglichen: So wurden etwa zeitgleich mit den Anfängen des Sozialstaats auch erste Organisationstheorien geschaffen. Die Erkenntnisse zu Organisationen haben sich seitdem stetig weiterentwickelt. Eine These des zweiten Teils ist es, dass der Sozialstaat, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und damit auch die ambulante Versorgung mit den theoretischen Erkenntnissen ihrer jeweiligen Gründungszeit korrelieren. Diese Strukturen werden nur langsam aufgebrochen und beeinflussen die ambulante Versorgung bis heute.

Die Genese des Sozialstaats hat ein arbeitsteiliges Handeln hervorgebracht, das in den Anfängen des Sozialstaats ein Synonym für Fortschrittlichkeit und Effizienz war. Es gilt zu hinterfragen, in welcher Weise sich organisationstheoretische Erkenntnisse auf das Versorgungssystem ausgewirkt haben. Die Analyse soll zwar die Ebene der Sozialbürokratie einschließen, hat aber eher zum Ziel, Verbesserungspotentiale auf „Arbeitsebene“ der Leistungserbringung zu entwickeln.

Es wird davon ausgegangen, dass sich einerseits an den bestehenden Rahmenbedingungen kurzfristig kaum etwas ändern lässt und diese Strukturen andererseits auch gewisse Vorzüge haben. Das Ziel ist es, die Strukturen und Ausgangsbedingungen aufzuzeigen, mit denen Kooperationen und Vernetzungen der Leistungserbringer aufgebaut werden können, die zu einer Verbesserung nutzerbezogener Angebote führen können. Mit Hilfe der theoretischen

Grundlegungen wird überprüft, ob bzw. inwieweit ein Netzwerkkonzept die ambulante Versorgung verbessern kann.

In der Praxis gibt es bereits einige Ansätze, Angebote zu vernetzen, um die Bedarfsgerechtigkeit zu erhöhen und Synergien zu erschließen. Hier sollen exemplarisch einige funktionsfähige Modelle – die zumeist auf der Basis eines Case-Managements arbeiten – aufgezeigt und im Sinne einer Anregung verstanden werden.

Im **Teil 3 „Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten für eine Kooperation und Vernetzung“** werden die allgemeinen und organisationstheoretischen Grundlagen auf Hausnotruf-Dienste angewendet, um am Beispiel der Hausnotruf-Dienste mögliche Verbesserungsstrategien aufzuzeigen. Hausnotruf-Dienste sind Dienstleister im ambulanten Spektrum, die bereits darauf angelegt sind, mit anderen Anbietern des Ambulanzsystems zusammenzuarbeiten. Darüber hinaus basieren sie auf einer modernen Telekommunikation und repräsentieren so ein zukunftsweisendes Konzept. Ziel ist es, Hausnotruf-Dienste so in das ambulante Spektrum zu integrieren, dass sie einen Beitrag für die Vernetzung der ambulanten Versorgung leisten können.

Es wird dargestellt, welche Maßnahmen unternommen werden müssen, um Hausnotruf-Dienste als integralen Bestandteil von Versorgungsnetzwerken zu etablieren. Damit dieses Konzept realisiert werden kann, müssen die Dienste bestimmte Akzente setzen bzw. Voraussetzungen erfüllen, um z.B. andere Dienstleistungen zu vermitteln. Diese Akzente werden herausgearbeitet und mit dem Ziel verbunden, durch eine veränderte Dienstleistungspraxis positive Effekte für alle Beteiligten zu erzielen.

Teil 4 „Bestandsaufnahme der Arbeit von Hausnotruf-Diensten“ ist die Auswertung einer Totalerhebung der in der Bundesrepublik Deutschland arbeitenden Dienste (mit einer eigenen Notrufzentrale). Im Rahmen der Untersuchung soll geklärt werden, inwieweit die Hausnotruf-Dienste ihre im Teil 3 herausgearbeiteten Kompetenzen bereits heute in der Praxis nutzen. Im Rahmen der Erhebung wird insbesondere auf die Frage von Kooperationen und Vernetzungen der Anbieter mit anderen Anbietern eingegangen. Dabei soll u.a. die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern geklärt werden. Indikatoren sind hier z.B. die Anzahl abgeschlossener Kooperationsverträge

und die Selbstbewertung der Dienste. Insgesamt soll die (mögliche) Praxisrelevanz des theoretisch herausgearbeiteten Konzepts überprüft werden.

Die Erhebung ist eine Momentaufnahme aus den Jahren Herbst 1998 bis Frühjahr 1999. Dieser Zeitraum ist insofern bedeutsam, als hier die ersten deutlichen Auswirkungen der 1995 etablierten Pflegeversicherung erkennbar waren. Die Einführung der Pflegeversicherung ist als Meilenstein im ambulanten Versorgungssystem anzusehen. Es handelt sich hierbei um den zuletzt implementierten Baustein der (ambulanten) Versorgung, der letztendlich zu einer weiteren Fragmentierung der ambulanten Versorgung beigetragen hat. Seitdem ist die „Szene“ von Hausnotruf-Anbietern intensiv weiter beobachtet worden. Die Ergebnisse, die weiterhin relevant sind, werden mit Ergebnissen aus einer Reihe von Gesprächen mit Vertretern der Spitzenverbände/Trägerorganisationen der Anbieter bzw. ausgewählten Hausnotruf-Diensten untersetzt und in ihrer Aussagekraft unterstrichen. Dabei ist zu beachten, dass lediglich bestimmte Merkmale und Charakteristika der ambulanten Versorgung am Beispiel der Hausnotruf-Dienste exemplarisch aufgezeigt werden sollen.

Die zentralen Ergebnisse der Arbeit werden in einem **Resümee** nochmals verdeutlicht und knapp zusammengefasst. Mit einigen zusammenfassenden Thesen werden mögliche Entwicklungsperspektiven abschließend dargestellt.

Teil 1

**Risikohafte Lebenslagen
unterstützungsbedürftiger Menschen
und ihre Absicherung
durch den Sozialstaat**

1 Die Bedeutung gesellschaftlicher Veränderungsprozesse für Menschen mit Unterstützungsbedarfen

Die Bundesrepublik Deutschland definiert sich über das Grundgesetz als ein „sozialer Staat“, dies kommt heute insbesondere Menschen zugute, die aufgrund spezifischer Unterstützungsbedarfe (z.B. einer Behinderung) besonderen Risiken in ihrer individuellen Lebensführung unterliegen. Die Lebensbedingungen für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen haben sich in den letzten 150 Jahren erheblich verändert: Die Entstehung unseres Sozialsystems – wir nennen es heute Wohlfahrtsstaat – begann Mitte des 19. Jahrhunderts. Mit dem Sozialsystem wurden – losgelöst von den primären Netzwerken – Unterstützungsmechanismen für bestimmte Personengruppen geschaffen. Diese neue Formen der Unterstützung wurden durch gesellschaftliche Umbrüche erforderlich.

Das Leben in industriell geprägten Städten veränderte das Zusammenleben der Menschen indem z.B. ehemals kleinräumig organisierte Sozialräume aufgebrochen wurden oder an Bedeutung verloren (z.B. familiäre Einheiten). Neue, andere soziale Absicherungen wurden notwendig und Sicherungsmechanismen sukzessive geschaffen. Inzwischen ist ein hoch komplexes System entstanden, mit dem eine Vielzahl risikohafter Lebenslagen abgesichert werden kann.

Eine moderne Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft wie die Bundesrepublik Deutschland wird z.B. durch Werte wie Konkurrenzdemokratie, Soziale Marktwirtschaft, Wohlfahrtsstaat, Massenkonsum geleitet (vgl. ZAPF 1999: 475). Ein Leitwert wie der Sozialstaat ist dabei nicht statisch und wird permanent verändert. Eine „moderne Gesellschaft“ bedeutet auch, dass Faktoren wie z.B. die volkswirtschaftliche Lage und der gesellschaftliche Wertewandel das Wesen des Sozialstaats beeinflussen. Traditionelle Pflichten von Gesellschaftsmitgliedern – wie sie etwa in früheren (z.B. vorindustriellen) Gesellschaften zu finden waren – sind durch den gesellschaftlichen Wandel in den Hintergrund gerückt. Vordergründig zählen heute eher die oben genannten Werte.

Für den einzelnen Menschen resultieren aus diesen Veränderungen im Vergleich zu früher ein hohes Maß an Emanzipation und Selbstbestimmung – aber auch neue Verpflichtungen. Diese vollzogene Umgestaltung traditioneller Ge-

sellschaften wird mit dem Begriff „Moderne“ bezeichnet (vgl. SCHÄFERS 1998: 246 f.). Gemeint ist, dass hierzulande theoretisch jeder sein Leben frei und nach eigenen Maßstäben – d.h. ohne vorgefertigte Biographiemuster – gestalten kann.

Mit den erodierenden traditionellen gesellschaftlichen Pflichten schwanden jedoch in gleichem Umfang traditionelle Sicherungssysteme, so dass heute auf andere Formen sozialer Sicherung zurückgegriffen werden muss. Um die Wahlmöglichkeiten der modernen Gesellschaften zu nutzen, ist ein hohes Maß an individueller Autonomie notwendig. Denn man kann sein Leben de facto nur dann frei gestalten, wenn man in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht nicht auf andere angewiesen ist. Damit werden Menschen, auf die nicht Attribute wie „jung“, „gesund“, „dynamisch“ und „erfolgreich“ zutreffen, häufig zu den Modernisierungsverlierern gezählt. Menschen, die diesen Idealvorstellungen nicht entsprechen oder bei ihrer Lebensführung unterstützt werden müssen, unterliegen besonderen Risiken, was dazu führen kann, dass sie ihr Leben nicht frei gestalten können.

Individuelle Unterstützungsbedarfe, die durch Alter, Krankheit oder Behinderung entstehen, erhöhen das individuelle Lebensrisiko und begrenzen gleichzeitig die Wahlmöglichkeiten. Dabei gibt es keine Reaktionsformen, die diese Risiken automatisch ausgleichen und für den notwendigen Rückhalt sorgen, wie z.B. die sozialen Netzwerke vorindustrieller Gesellschaften. Statt dessen wurden öffentliche Maßnahmen zur sozialen Absicherung geschaffen, um die Hilfpotentiale primärer Netzwerke zu ergänzen oder wenn notwendig sogar zu ersetzen.

1.1 Veränderungen der Lebensformen und -stile

Im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen haben sich Lebensstile und Biographiemuster der Menschen verändert. Mit den Entwicklungen der Moderne wandelten sich die sozialen Zusammenhänge und den Individuen wurde eine Vielzahl von Möglichkeiten und Chancen eröffnet. Diese Entwicklungen begannen insbesondere mit dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt des 19. Jahrhunderts und der z.B. damit verbundenen Industrialisierung, Säkularisierung, Urbanisierung. Es entwickelten sich moderne Gesellschaften, die z.B. von sozialer Mobilität, verändertem Wohlstand, Demokratisierung und Bürokratisierung

rung geprägt waren. Damit entstanden neue, individuelle Lebensstile. Diese Entwicklungen haben zu einer Gesellschaftsordnung geführt, die den Menschen weder eine spezifische Funktion zuweist, noch ihren Lebensweg vorprogrammiert. Die früheren Ordnungen des ländlichen Lebens, der Familien- und Verwandtschaftsstrukturen, der lokalen Gemeindeeinbindung, der städtischen Grenzziehung, der Monarchie, der Religion usw. wurden weitgehend aufgehoben (vgl. HETTLAGE 1998:55). Deshalb hat heute theoretisch jeder die Möglichkeit, sich individuell zu entfalten. Gleichzeitig sind damit aber auch Unsicherheiten und Risiken der individuellen Lebensgestaltung verbunden. Es entstanden neue Unwägbarkeiten in der Lebensgestaltung.

Diese Entwicklungen beeinflussen den individuellen Lebensverlauf, indem sie einerseits neue Möglichkeiten der Gestaltung des privaten Lebensraums schaffen, andererseits aber Konflikte und Zwänge vorgeben (vgl. BECK-GERNSHEIM 1993: 126). Damit hat sich eine neue Dynamik in der Wechselbeziehung zwischen der Makroebene „Gesellschaft“ und der Mikroebene „Individuum“ entstanden, die als „Individualisierung“ beschrieben wird. „Individualisierung bedeutet in diesem Sinne, dass die Biographie der Menschen aus vorgegebenen Fixierungen herausgelöst, offen, entscheidungsabhängig und als Aufgabe in das Handeln jedes einzelnen gelegt wird“ (BECK 1986: 216).

Die Befreiung aus traditionellen Kontrollen führt zur Erweiterung des persönlichen Lebensradius und zum Gewinn neuer Handlungsspielräume und Wahlmöglichkeiten. Jeder muss selbst entscheiden, wie er sein Leben gestaltet und seinen persönlichen Lebensstil an die bestehenden Gegebenheiten assimiliert. Der Einzelne wird dabei zur autonomen Quelle des Handelns (vgl. BECK-GERNSHEIM 1993: 129). Das weitgehende Fehlen von traditioneller Fremdkontrolle ermöglicht eine individuelle, eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Damit schafft die Individualisierung neue Freiheiten, andererseits gehen traditionelle Sicherheiten verloren. „Normalbiographie verwandelt sich in Wahlbiographie - mit allen Zwängen und 'Frösten der Freiheit' (Gisela von Wysocki), die dadurch eingetauscht werden“ (BECK/BECK-GERNSHEIM 1990: 12).

Es ist also keine Unabhängigkeit entstanden, sondern es existieren lediglich neue Entscheidungsvariablen (vgl. BECK 1986: 207). Der Einzelne plant und bestimmt sein Leben selbst, eine sogenannte Normalbiographie ist gesellschaftlich nicht mehr vorgegeben. Das alltägliche Leben des Menschen besteht aus einer Vielzahl von Entscheidungssituationen, für die es keine vorgefertigten Lösungen mehr gibt. Jeder muss selbst wählen, wie er handeln will (vgl. HITZLER/HONER 1994: 308, GIDDENS 1996: 142). Es bestehen zwar vielfältige Möglichkeiten, um sie nutzen zu können, werden jedoch einer Reihe von Kompetenzen benötigt.

Gleichzeitig sind jedoch auch neue, andersartige gesellschaftliche Abhängigkeiten entstanden, die nicht selbst zu beeinflussen sind (z.B. durch die Einbindung in soziale Sicherungssysteme). Es ergeben sich klare Widersprüche: Einerseits ist jeder sein eigener Herr, andererseits bestehen neue Abhängigkeiten (vgl. BECK 1996: 76). Wer nicht über ausreichende Ressourcen verfügt, diese neuen „Unwägbarkeiten“ zu bewältigen, läuft Gefahr ausgegrenzt zu werden.

1.2 Veränderungen traditioneller Hilfpotentiale am Beispiel der Familie

Familiäre Lebensformen sind ursprünglich tragfähige soziale Netzwerke, die den einzelnen Familienmitgliedern Rückhalt bieten und sie bei ihrer Lebensführung unterstützen. In familiären Netzwerken können sich die einzelnen Familienmitglieder bei Bedarf gegenseitig unterstützen und helfen. Je stärker Menschen in traditionelle Familienzyklen eingebunden sind, desto größer ist durchschnittlich ihr Maß an sozialer Unterstützung und Sicherheit (vgl. PEUCKERT 1996: 39). Funktionierende primäre Netzwerke, die neben der Familie auch Nachbarn und Freunde einschließen, sind deshalb ein wirkungsvoller Schutz vor sozialen Risikolagen und Notsituationen.

Das klassische Bild der Familie wird dabei als ein Synonym für Verlässlichkeit und Stabilität gesehen. Die Familie als eine stabilisierende Kraft, als Einheit und Solidargemeinschaft, die den Einzelnen bei seiner Lebensbewältigung unterstützt und absichert. Diese Schutzfunktion hat die Familie lange Zeit ausgeübt. Dabei bezieht sich dieses Familienbild jedoch eher auf die vorindustrielle Großfamilie, die in der Agrargesellschaft zumeist auch eine Produktionseinheit darstellte (vgl. HETTLAGE 1998: 48) und auf die Anfänge der bürgerlichen Familie. Die heutigen Familienformen sind demgegenüber wesentlich vielfältiger und

erfüllen diese primäre Schutzfunktion häufig nur noch bedingt (vgl. NAVE-HERZ 1994: 3 ff.). Die heutige Leistungsfähigkeit der Familie ist deutlich geringer einzustufen als früher (vgl. HETTLAGE 1998: 37). An ihre Stelle sind stellvertretend sekundäre Institutionen getreten (vor allem der Sozialstaat).

Die Veränderungsprozesse der Makroebene „Gesellschaft“ haben sich analog auf die Mikroebene „Familie“ ausgewirkt. Mit der Pluralisierung der Lebensformen hat die traditionelle Familie an Bedeutung verloren. Die Institution Familie hat sich umorganisiert und steht nur noch eingeschränkt als sichernde Ressource zur Verfügung. Die sogenannte Normalfamilie⁴ stellt nicht mehr unbedingt den Regelfall dar. An ihre Stelle sind andere, differenziertere Formen des Zusammenlebens getreten. Diese Deinstitutionalisierung der Familie hat zu einer „Erosion der normativen Verbindlichkeiten des bürgerlichen Familienmusters“ (PEUCKERT 1996: 19) geführt.

Traditionell wurden in der Familie die entscheidenden Hilfpotentiale durch die Frauen bereitgestellt (z.B. bei Alter, Krankheit, Behinderung). „Familienhilfe ist Frauenhilfe, insbesondere der nicht erwerbstätigen Hausfrauen. Die insgesamt steigende Frauen- und Müttererwerbstätigkeit und der Wandel im Geschlechterrollenverständnis bedeuten aber, dass das Potential unentgeltlicher familiärer Frauenarbeit, insbesondere hinsichtlich der Betreuung und Erziehung von Kindern und der Pflege von kranken und pflegebedürftigen Familienangehörigen geringer wird“ (BÄCKER/BISPINCK/HOFEMANN/NAEGELE 1989: 313). Das heißt, dass Frauenbiographien ihre klassische Rollenzuweisung weitgehend verloren haben, indem sie sich aus der Festschreibung familienbezogener Aufgabenstellungen herauslösten. Sie erweisen sich somit als gestaltbarer (vgl. HETTLAGE 1998: 83). Damit trugen Veränderungen weiblicher Biographien wesentlich zum Wandlungsprozess der Familie bei, weil Frauen nicht mehr ausschließlich an eine traditionelle Rolle innerhalb der Familie gebunden sind. Einschränkend muss dennoch festgestellt werden, dass bei der Familienhilfe nach wie vor einem traditionellen Familienbild gefolgt wird und die Arbeit überwiegend von Frauen geleistet wird (vgl. BÄCKER/BISPINCK/HOFEMANN/NAE-

⁴ „Normalfamilie“: Verheiratetes Paar, mindestens ein Kind, alle Familienmitglieder leben in einem gemeinsamen Haushalt, beide leiblichen Eltern wohnen im Haushalt, lebenslange Ehe, Mann als Haupternährer, Zwei-Generationen-Haushalt usw..

GELE 2000: 337 f.). Häufig sind damit Probleme einer fehlenden Sozialversicherung verbunden.

Ohne verbindliche Vorgaben für geschlechter- bzw. frauenspezifische Schicksale stehen neue Entscheidungsspielräume offen. Damit wurden Ehe bzw. Familie (und andere kollektive Lebensformen) instabil und andere individualistische Lebensformen gewannen an Bedeutung (vgl. BERTRAM 1991: 637). Heute können Frauen sich für oder gegen ein Leben in der Ehe entscheiden, zumal eine ökonomische Abhängigkeit vom Mann durch eine fortschreitende Gleichstellung der Frau im Beruf nur noch selten besteht. Die historisch verfestigte Geschlechterdisparität – mit einer familiären Arbeitsteilung zu Lasten der Frau – befindet sich in Auflösung und immer mehr Frauen lösen sich ganz oder teilweise aus Familienbindungen heraus (vgl. BECK-GERNSHEIM 1994: 122). Allerdings sind sie dabei einem „Widerspruch zwischen Freisetzung und Rückbindung an die alten Zuweisungen“ (BECK 1986: 184) ausgesetzt und müssen sich entscheiden, ob sie Kinder erziehen, Angehörige pflegen oder einem Beruf nachgehen wollen. Andernfalls setzen sie sich einer Doppelbelastung aus.

Diese Entwicklung der Familie ist mit demographischen Wandlungsprozessen verbunden. Dies lässt sich insbesondere an den rückläufigen Geburtenzahlen, der relativ geringen Anzahl von Eheschließungen und den höheren Scheidungsraten ablesen. Dabei lassen sich gesamtgesellschaftliche Tendenzen sozialer Segregation und die Singularisierung von Lebensformen (stetig anwachsenden Zahl von Ein-Personen-Haushalten) feststellen. Folge dieser Gesamtentwicklung ist die Reduktion des Netzwerks Familie auf eine Reihe von Einzelakteuren, die für ihre Biographiegestaltung und Existenzsicherung eher auf sich selbst gestellt sind. „Die Familie als (...) Synthese generations- und geschlechterübergreifender Lebenslagen und Lebensverläufe zerbricht, und die Individuen werden innerhalb und außerhalb der Familie zum Akteur ihrer marktvermittelnden Existenzsicherung und Biographieplanung und –organisation“ (BECK 1986: 209).

Heute sind demzufolge andere Formen der Sicherung notwendig. Neue Modelle der Lebensführung müssen jetzt die Funktionen übernehmen, die früher durch traditionelle Formen von intergenerationalem Zusammenhalt (Drei-Generationen-Familie) erreicht wurden. Die Sicherheit, sich auf das primäre

Netzwerk Familie zurückziehen zu können, schwindet dabei umso stärker, je mehr Alternativen zu dieser Institution existieren. Kann der Einzelne nicht auf eine Familie oder ein vergleichbares Netzwerk zurückgreifen, muss er dies durch ein alternatives Geflecht von Kontakten und Beziehungen, gegebenenfalls auch durch professionelle Hilfen kompensieren. Der Aufbau eines persönlichen Umfeldes, das auch risikohafte Lebenslagen absichert, liegt damit in der individuellen Verantwortung.

1.3 Risikofaktoren moderner Gesellschaften

1.3.1 Alte Sicherheiten versus neue Abhängigkeiten

Die Nachteile traditionell ausgerichteter Gesellschaften liegen insbesondere in den umfangreicheren Vorgaben und Verhaltensmaßregeln zur Lebensgestaltung. Gleichzeitig vermittelten sie durch ihre festen Strukturen jedoch auch Sicherheit und Geborgenheit. Deshalb ist die Individualisierung eine Doppeldeutigkeit, die sich in der Ambivalenz von Freiheiten und Risiken zeigt. Wo Sicherheit früher gesellschaftsimmanent war, muss der Einzelne nun Unklarheiten, Instabilitäten und Risikolagen persönlich bewältigen. Um diese entstandenen Risiken soweit wie möglich zu minimieren, wurden externe Funktionssysteme, wie z.B. das soziale Sicherungssystem geschaffen. Diese Mechanismen ergänzen oder ersetzen die rückläufigen Hilfepotentiale primärer Netzwerke. Sie dienen beispielsweise dazu, auf Lebensumstände von Menschen mit Unterstützungsbedarfen zu reagieren. „Während in traditionellen Ordnungen die Beziehungen zwischen dem Menschen und seiner Umwelt durch standardisierte Verhaltens- und Handlungsregeln bestimmt waren, die so etwas wie eine ‘ontologische Sicherheit’ garantierten, bleibt den Mitgliedern moderner Gesellschaftssysteme nichts anderes als die Hoffnung, dass die Funktionssysteme die Erwartungen erfüllen mögen: Doch am Grund lauert das Wissen um ihre Instabilität und Gefährdung, die mit der reflexiven Dynamisierung der Moderne wachsen“ (BECK 1996b: 293).

Aus dem Verlust der alten Ordnung resultiert für viele Menschen eine Unvorhersehbarkeit ihrer Lebensumstände, da individuelle Risiken und Problemlagen nicht mehr zwangsläufig von den vertrauten Institutionen (z.B. Familie) abgesichert und gelöst werden. Diese Problematik betrifft insbesondere Menschen,

die ohnehin erhöhten Lebensrisiken ausgesetzt sind, wie alte, kranke und behinderte Menschen. Aus diesen Konstellationen können neue Unübersichtlichkeiten aller relevanten Lebensbereiche resultieren.

So gibt es eine Reihe von Menschen, bei denen sich die Vorteile einer Freisetzung aus traditionellen Kontrollen gegen die Nachteile des Verlusts maßgeblicher Sicherheiten aufwiegen. Die Notwendigkeit eigenverantwortlich zu entscheiden und zu handeln bringt Unsicherheiten und Risiken der Alltags- und Lebensplanung mit sich. Traditionelle Bindungen haben den Menschen – neben Kontrollen und Beschränkungen – auch Halt und Sicherheit geboten und mit dem Verlust der traditionellen Stabilitäten fehlen auch diese Schutzmechanismen (vgl. BECK-GERNSHEIM 1993: 130 ff., KROHN/KRÜCKEN 1993: 14 ff.). Bestehende Unsicherheiten und Risiken sind im Zuge der Individualisierung privatisiert worden. Deshalb sind es heute „hauptsächlich die Individuen, die Risiken eingehen. (...) In diesem Sinne ist das heutige gesellschaftliche Leben wahrscheinlich eher mit Risiken (...) verbunden und mit der Frage, wie das ‘transzendente Subjekt’ der Hochmoderne herabgestuft worden ist zu einem nun im besten Fall probabilistisch kalkulierenden Subjekt“ (LASH 1996: 242). Heute müssen bestimmte Risiken der individuellen Lebensführung, wie z.B. Unterstützungsbedarfe zunächst individuell bewältigt werden. Zwar gibt es Funktionssysteme, die zur sozialen Absicherung dienen, der Zugang zu diesen Sicherungsmechanismen und der Aufbau geeigneter Hilfenetzwerke liegt jedoch vielfach im Privaten. Denn in erster Linie werden Menschen unterstützt, die Hilfen gezielt einfordern, was jedoch einen umfassenden Informations- und Wissensstand voraussetzt.

Eine zentrale Notwendigkeit des modernen Lebens, von der Lebenschancen abhängen, ist deshalb, die notwendigen Informationen zu erlangen und zu verarbeiten (vgl. LASH 1996: 212). Wem der Zugang zu bestimmten Informations- und Kommunikationsstrukturen nicht gelingt, der gehört zu den Verlierern gesellschaftlicher Veränderungsprozesse (vgl. BECK 1997: 226).

Häufig kommt es dadurch zu einer Institutionalisierung der Individuallagen, weil die Situation des Einzelnen einen neuen Zuschnitt aufweist. Die Bereiche des Privaten und des Öffentlichen überschneiden sich, wenn Menschen von sozialrechtlichen Vorgaben, politischen Entscheidungen, medizinischer Versorgung

oder unterstützenden Dienstleistungen zur Bewältigung des Alltags abhängig sind. Hier münden private Befindlichkeiten in institutionelle Vorgaben und es entstehen „widersprüchliche Doppelgesichter institutionenabhängiger Individuallagen“ (vgl. BECK 1986: 210). Außerdem können Faktoren wie z.B. Finanzen, Bildung und der soziale Stand die Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung bestimmen. Dabei sind teilweise äußere Faktoren relevant, die nicht vom Einzelnen zu beeinflussen und zu verantworten sind.

„Alle Arten der Lebensführung in modernen Gesellschaften sind hochgradig vergesellschaftet. D.h., sie können auch dann, wenn den Menschen selbst das Bild individueller Autonomie im Kopf herumgaukelt, nur in der Teilhabe und der Abhängigkeit von vielfältigen Institutionen geführt werden“ (BECK 1996: 91). Der Mensch muss demnach heute in diesem Kontext gesehen werden und ist in hohem Maße von institutionalisierten Vorgaben abhängig. Je umfassender Menschen aufgrund ihrer individuellen Lebenssituation auf externe Funktionssysteme angewiesen sind, desto stärker sind die neuen Abhängigkeiten. Denn durch Lebensformen, die weniger kontinuierlich und sicher sind als früher, muss häufiger auf andere Sicherungs- und Versorgungssysteme zurückgegriffen werden, wie z.B. auf sozialstaatliche Maßnahmen. Wenn Menschen z.B. wegen einer Behinderung darauf angewiesen sind, bei ihrer Alltagsbewältigung unterstützt zu werden, sind Grenzen der Autonomie zu erkennen: Wo früher – so gut es ging – das soziale Umfeld für eine Unterstützung gesorgt hat, müssen heute zunächst Unterstützungspotentiale erschlossen und gegebenenfalls für eine Finanzierung der Hilfen gesorgt werden. Gelingt dies, bestehen zum Teil jedoch auch andere Chancen als früher. Heute wird deshalb ein individuell kalkulierender Lebensstil benötigt, der möglichst einer institutionellen Logik folgt (vgl. HETTLAGE 1998: 69). Andernfalls besteht die Gefahr, Lebenschancen – im Sinne von Optionen – nicht nutzen zu können (vgl. DAHRENDORF 1991: 147).

Um diese individuellen Risiken zu begrenzen, hat der Staat institutionelle Voraussetzungen geschaffen, die z.B. den Zugang zu allgemeinen Ressourcen (z.B. finanzielle Absicherung) und zu Wissen (z.B. Bildung, Beratung), zur Wahrung individueller Rechte sowie zum Aufbau infrastruktureller Voraussetzungen (z.B. ambulante Versorgung) sichern (vgl. LEISERING 1997: 148). Damit sollen individuelle Handlungsmöglichkeiten auch bei spezifischen Bedarfslagen ge-

wahrt bleiben. Diese institutionellen Voraussetzungen sind mitbestimmend für die individuelle Handlungsfähigkeit. Nur wenn es z.B. bei Menschen mit umfassenden Hilfebedarfen gelingt, sie über mögliche Handlungsoptionen zu informieren, durch angemessene Dienstleistungen zu unterstützen und existenzbedrohende Notlagen zu verhindern, können sie ihre Chancen wahren. Hier entscheiden mögliche Hemmschwellen darüber, ob jemand zu den „Individualisierungsgewinnern“ oder zu den „Individualisierungsverlierern“ gehört.

Die gestiegene Institutionenabhängigkeit kann die Krisenanfälligkeit der Individuen steigern, wobei für jeden die Frage der Lebens- und Existenzsicherung im Zentrum steht. Wenn es Menschen mit altersbedingten Einschränkungen, chronischen Krankheiten oder einer Behinderung nicht gelingt, die notwendigen Unterstützungen für ihre Lebenssituation zu erhalten, bleibt ihnen gleichzeitig die gesellschaftliche Teilhabe verwehrt und die individuelle Lebenssouveränität wird minimiert.

1.3.2 Individuelle Risiken als Folgen moderner Gesellschaften

Die individuelle Lebensführung ist von einer permanenten Unübersichtlichkeit geprägt (vgl. HABERMAS 1985). Wer sich zurechtfinden will, ist dazu gezwungen, diese unreduzierte Komplexität zu überwinden. Dabei muss das Handeln normorientiert und auf die jeweiligen gesellschaftlichen Subeinheiten ausgerichtet sein (vgl. BAURMANN 1998: 245). Offensichtlich spielen dabei nicht nur feste Strukturen, wie z.B. Hierarchien und starre Rollensysteme eine Rolle, sondern für den Einzelnen zählen häufig eher individuell geknüpfte Netze und „Situationsverhandlungen“ (vgl. BUDE 1998: 153 f.). So hängt z.B. auch der Zugang zu institutionellen Funktionssystemen von diesen situativen Faktoren ab. Bei Schwierigkeiten in der Lebensführung existieren in der Regel keine „Musterlösungen“. Statt dessen müssen Lösungen individuell erarbeitet und an die jeweiligen Lebenslagen angepasst werden. Deshalb müssen permanente „Wenn-Dann-Überlegungen“ berücksichtigt werden, um diese Unwägbarkeiten zu bewältigen.

Menschen, denen dies aus den unterschiedlichsten Gründen nicht gelingt, weil sie auf Unterstützungen angewiesen sind und ihnen der Zugang zu notwendigen Informationen fehlt, unterliegen einem ungleich höheren Lebensrisiko. Zu dieser Gruppe zählen insbesondere alte, behinderte und chronisch kranke

Menschen, deren gleichberechtigte gesellschaftliche Partizipation erschwert ist. Diese Problematik wirkt sich für sie auf alle Bereiche des täglichen Lebens aus und führt zu sozialen Abhängigkeiten, im Extremfall sogar zu einem Kreislauf von Abhängigkeiten von Institutionen des Wohlfahrtsstaats. Menschen, die sich in dieser Situation befinden, haben mit bürokratischen Schwierigkeiten zu kämpfen, die das Pendant zu den „hochgezüchteten“ Zugangsvoraussetzungen gesellschaftlicher Teilhabe sind (vgl. BECK 1996: 92). Sie führen für den Einzelnen zu nur schwer durchschaubaren und nicht kontrollierbaren Abhängigkeiten.

Fehlt also aufgrund nicht gegebener oder falscher Voraussetzungen der gesellschaftliche Zugang zu diesen Ressourcen, kann eine Abhängigkeit von sozialer Fürsorge entstehen, was einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Partizipation jedoch entgegensteht. Eine fehlende materielle Unabhängigkeit stellt eine Risikosituation dar, die zum Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung führt. „Die immer stärkere Forderung, ‘das eigene Leben selbst zu bestimmen’, führt dazu, dass materielle Armut gleich eine zweifache Benachteiligung bedeutet: Es fehlen nicht nur materielle Ressourcen, sondern auch die von anderen genutzten Autonomiepotentiale werden zerstört“ (GIDDENS 1996b, 322). Diese Risikosituationen kumulieren häufig bei alten, chronisch kranken und behinderten Menschen, deren spezifische Unterstützungsbedarfe zu einem Mangel an Autonomie führen können (vgl. auch BECK-GERNSHEIM 1993: 131). Dabei können unter Umständen sogar vorhandene Selbsthilfepotentiale blockiert werden, so dass sich die Situation unnötig verschärft, wie z.B. bei Problemen im Zusammenhang mit der Finanzierung ambulanter Unterstützungen. Insofern können Lebenschancen und Handlungsoptionen nur eingelöst werden, wenn die erforderlichen privaten und öffentlichen Absicherungen bestehen (vgl. ZAPF 1990: 35 ff.).

Mit der Freisetzung aus traditionellen Bindungen stehen dem Einzelnen also nur theoretisch alle Optionen des Lebens offen. Was tatsächlich realisiert werden kann, ist abhängig von den wirtschaftlichen Ressourcen und Möglichkeiten, die zur Verfügung stehen. Es besteht ein Geflecht vielfältiger Abhängigkeiten, wobei jeder selbst verantworten muss, wie er damit umgeht und sein Leben gestaltet. Dabei müssen Unwägbarkeiten und Zufälle berücksichtigt werden, die zu einer „Bastelexistenz“ führen (vgl. HITZLER 1997: 57). Eine selbstbestimmte

Lebensführung ist also eher „ein Gelegenheitstun aus quasi ‘privaten’ Motiven [und] ein durchaus zwischen Dilletantismus und Genialität changierendes Werken und Wirken“ (HITZLER/HONER 1994: 310). Um sein Leben möglichst selbstbestimmt und souverän zu führen, muss es einem Menschen heute deshalb gelingen, einen möglichst großen Teil seiner Alltagsgestaltung und Lebenslagen zu kontrollieren. Aber eben diese Kontrollmöglichkeiten sind für Menschen, die auf Unterstützungen angewiesen sind, begrenzt. „Hier sehen sich Individuen Zerreißlagen ausgesetzt, in denen sie mit ihren verfügbaren Kontrollmöglichkeiten den davoneilenden Problemen hoffnungslos hinterherrennen“ (BECK 1996: 97). Die Gestaltung des Alltags bleibt damit offen und kann z.B. davon abhängen, ob man die Informationen erlangt, die notwendig sind, um benötigte Hilfen zu erhalten.

Die individuellen Risiken moderner Gesellschaften resultieren aus dem Spannungsfeld einer scheinbar freien Lebensgestaltung, einem fehlenden Gefühl von Sicherheiten und einem Entscheidungsdruck für das eigene Leben (bei teilweise eingeschränkter Autonomie). Wenn aber Sicherheiten fehlen und Autonomien begrenzt sind, können z.B. alte, chronisch kranke und behinderte Menschen nicht von den Möglichkeiten einer individuellen Lebensgestaltung profitieren. Vielmehr sind sie aufgrund ihrer spezifischen Lebenslagen und risikobedingten Bedarfe häufig auf die Solidarität und Unterstützung Dritter angewiesen. Denn unterstützungsbedürftige Menschen verfügen häufig nicht über die notwendigen Ressourcen, um diese Risikofaktoren und neuen Unübersichtlichkeiten zu überwinden. Die Abhängigkeit von den Unterstützungen Dritter begrenzen ihre Wahlmöglichkeiten. Damit ergibt sich ein zusätzliches Risiko, nämlich adäquate Hilfen zu erhalten. Übrig bleibt nach rückläufigen Hilfepotentialen primärer Netzwerke sowie dem Verlust traditioneller Sicherheiten, Stabilitäten und Solidaritäten die Hoffnung auf sekundäre Institutionen, die sozialstaatliche Hilfen anbieten.

Mit dem Bedeutungsrückgang traditioneller Netzwerke (z.B. der Familie) sind insbesondere die Risikogruppen wie alte, chronisch kranke und behinderte Menschen einer höheren Krisenhaftigkeit ausgesetzt, weil anstelle traditioneller Solidaritäten sekundäre Instanzen helfen müssen (vgl. BECK 1986: 211). Diese sekundären Instanzen werden zum Großteil vom Sozialstaat bereitgestellt und übernehmen zum Teil die Aufgaben primärer Netzwerke.

Der Sozialstaat hat die Aufgabe übernommen, die individuellen Risiken zu minimieren, um möglichst viele Chancen zuzulassen. Soziale Sicherungssysteme haben heute die Aufgabe, adäquate Lösungen für Problemlagen zu entwickeln, z.B. wenn es darum geht, ein Leben in der eigenen Wohnung trotz umfassender Hilfebedarfe zu realisieren.

2 Soziale Sicherungssysteme als Ersatz für traditionelle Sicherheiten

2.1 Aufgabenstellung sozialer Sicherungssysteme

Die gesellschaftlichen Wandlungsprozesse haben, wie zuvor dargelegt, die individuelle Lebenssituation verändert und Risiken hervorgebracht. Die Umstrukturierung traditioneller Netzwerke hat zu einem Verlust von Sicherheiten geführt. Deshalb verfügen Menschen mit Hilfebedarfen häufig weder über ausreichende Selbsthilfepotentiale noch über die Unterstützungen primärer Netzwerke. Der Verlust traditioneller Bindungen erfordert ein System, mit dem das Grundbedürfnis nach Sicherheit befriedigt werden kann, denn „Individualisierung erzeugt Sicherheitsstreben“ (BECK-GERNSHEIM 1998: 58). Sicherheit beinhaltet die Absicherung des eigenen Lebens und stellt insofern ein menschliches Handlungsziel dar, mit dem nach Maslow Freiheit von Furcht; Verlässlichkeit, Vertrauen in die Zukunft; Ordnung, Stabilität und Schutz ('safety needs') assoziiert werden (vgl. PLASCHKE 1997: 860).

Anstelle traditioneller Sicherheiten werden andere Hilfepotentiale benötigt, die heute vielfach durch professionelle Dienstleistungen bereitgestellt werden. Die soziale Absicherung ist deshalb heute in vielen Bereichen zur Aufgabe des Staates geworden, dem diese Aufgabe im Rahmen der „sozialen Marktwirtschaft“ zufällt. Dabei werden unter dem Sammelbegriff „Daseinsvorsorge“⁵ die Funktionen zusammengefasst, mit denen er vorsorgend, bereitstellend und helfend eingreift (vgl. SCHELLHORN 1997: 191, JARRÉ 2005: 246). Es ist also die Aufgabe des Staates, neben seiner traditionell ordnenden Funktion auch soziale Leistungen für seine Bürger zu erbringen.

Die Bundesrepublik Deutschland hat das Sozialstaatsprinzip im Grundgesetz festgeschrieben: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ (Art. 20 Abs. 1 GG). Dieser Passus ist die normative Basis für alle Maßnahmen der sozialen Sicherung, er verpflichtet den Staat, geeignete Regelungen und Maßnahmen vorzuhalten, um eine „soziale Sicherheit“

⁵ Dieser Begriff wurde bereits 1938 von Forsthoff geprägt.

der Bürgerinnen und Bürger zu gewährleisten. Auf dieser Grundlage hat sich bis heute ein differenziertes System sozialer Absicherung entwickelt. Dieses staatliche System wird als Sozial- oder auch Wohlfahrtsstaat deklariert. Es ist „der institutionelle Ausdruck der Übernahme einer legalen und damit formalen und ausdrücklichen Verantwortung einer Gesellschaft für das Wohlergehen ihrer Mitglieder in grundlegenden Belangen“ (Girvetz 1968 nach KAUFMANN 1997: 21). Diese Mechanismen sind zumeist für diejenigen konzipiert, die Unterstützungen bei der individuellen Lebensführung benötigen. Der Wohlfahrtsstaat verfolgt dabei u.a. folgende Zielsetzungen:

- Eingrenzung der spezifischen Lebensrisiken
- Gewährleistung von Minimalstandards bei der Lebensführung (Existenzminima)
- Reduzierung von sozialen Ungleichheiten
- Förderung und Integration von Menschen, die auf sozialstaatliche Sicherungsmechanismen angewiesen sind

Das Grundgesetz charakterisiert die Leistungsansprüche nicht näher, vielmehr werden die einzelnen Bereiche im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Staates genauer ausdifferenziert. Dabei soll durch die Bereitstellung von Hilfressourcen auch bei besonderen Bedarfslagen und Risiken ein „menschenwürdiges“ Dasein gewährleistet werden. Das „Sozialrecht“ legt neben allgemeinen sozialen Rechten die Ansprüche der Betroffenen und die Reaktionen des Sozialstaats auf bekannte Risikolagen fest. Diese Bestandteile der sozialen Sicherung sind in den Sozialgesetzbüchern (SGB) I - XII fixiert. Dabei wird insbesondere auf Fragen der Arbeitsförderung, Krankenversicherung, Rentenversicherung und Altersversorgung, Kriegsopferversorgung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung, Familienleistungsausgleich, Ausbildungsförderung, Wohngeld, Eingliederung sowie Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und Sozialhilfe eingegangen. Damit werden die zentralen Punkte der individuellen Lebensführung abgedeckt.

Die Erwirtschaftung von Einkommen ist jedoch nach wie vor der Kernbestandteil sozialer Sicherheit. Eine sozialstaatliche Absicherung ist erforderlich, weil eine ausschließliche Orientierung an der Einkommensverteilung Gruppen benachteiligen würde, die nicht am Arbeitsmarkt partizipieren. Deshalb soll das

soziale Sicherungssystem entstehende Differenzen korrigieren. Leistungen erhalten deshalb nur diejenigen, die einen entsprechenden Bedarf haben, wie z.B. Menschen mit Behinderungen, die häufig deutlich erhöhte Kosten haben. Die Unterstützungen der individuellen Lebensführung werden in der Regel durch verschiedene sozialstaatliche Instanzen aufgefangen. Um umfassende Bedarfslagen zu befriedigen, greifen zumeist verschiedene „Sicherungsmechanismen“, wobei allerdings auch „Versorgungslücken“ entstehen können.

Hier gelten verschiedene Grundsätze. Ein Teil der sozialen Sicherung orientiert sich am individuellen Bedarf, um gegebenenfalls jedem bedürftigen Bürger genug Einkommen für einen „angemessenen“ Lebensstandard bereitzustellen. Andernfalls werden individuell erbrachte Leistungen zugrunde gelegt und die soziale Sicherung versucht, Risiken des Einzelnen, wie z.B. Krankheit, Invalidität oder Arbeitslosigkeit zu kompensieren. „In der Verteilungssphäre wird die nach marktwirtschaftlichen Prinzipien ausschließlich am Entgelt für Produktionsfaktoren orientierte primäre Einkommensverteilung durch eine staatlich organisierte sekundäre Einkommensverteilung korrigiert, welche auch den nicht Erwerbstätigen und unvermögenden Bevölkerungsgruppen (Alte, Behinderte, Kinder, Arbeitslose) ein Einkommen sichert“ (KAUFMANN 1997: 27). Die soziale Marktwirtschaft schafft die Voraussetzungen dafür, dass z.B. Menschen mit Behinderungen selbstbestimmt leben können, auch wenn weder die eigenen Ressourcen noch die Hilfpotentiale primärer Netzwerke ausreichen.

2.2 Sozialstaatliche Leistungsansprüche und Leistungsgewährung

Die normativen Grundlagen folgen bei der Festlegung von Leistungsansprüchen oder bei der Gewährung bestimmter Leistungen keinen einheitlichen Prinzipien. Zum Teil scheinen die Grundsätze und Prinzipien sogar zu konkurrieren oder sich zu widersprechen. Dabei wird deutlich, dass die verschiedenen „normativen Bausteine“ sich über einen langen Zeitraum von fast einem Jahrhundert entwickelt haben, wobei stets andere Überlegungen und wirtschaftliche Erwägungen zugrunde gelegt wurden.

2.2.1 Leistungsprinzipien

Leistungen zur sozialen Sicherung werden nach dem Versicherungs-, Versorgungs- oder Fürsorgeprinzip erbracht. Die Leistungen und die Finanzierung der Maßnahmen unterscheiden sich deutlich voneinander. Dabei ist festzustellen, dass die einzelnen Prinzipien jeweils an bestimmte normative Vorgaben gebunden sind.

Versicherungsprinzip

Leistungen nach dem Versicherungsprinzip sichern bestimmte klar definierte Risiken ab. Die Leistungsvoraussetzungen sind dabei die Zugehörigkeit zur jeweiligen „Versicherung“ sowie der Eintritt bestimmter Versicherungsfälle. Die Finanzierung der jeweiligen Sicherungsleistung erfolgt durch eine Kombination aus Beitragszahlungen und gegebenenfalls staatlichen Zuschüssen. Dabei zählen die Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung zum Leistungsprinzip „Versicherung“.

Mit dem (Sozial-)Versicherungsprinzip wird ein Großteil der Bevölkerung dazu verpflichtet, sich gegen spezifische Risiken abzusichern, da die meisten Erwerbstätigen sozialversicherungspflichtig sind. Hier werden das Solidarprinzip und das Zwangsprinzip einer Pflichtversicherung miteinander verbunden. Diese Kombination hat ihre Ursprünge in der Bismarckschen Sozialpolitik. Bereits in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts wurden das Krankenversicherungsgesetz (1883), das Unfallversicherungsgesetz (1884) sowie das Invaliden- und Altersicherungsgesetz (1889) als eine Form der Rentenversicherung etabliert. Dieses Sozialversicherungssystem wurde im Laufe der Jahre weiterentwickelt und an den Durchschnittsrisiken der Menschen orientiert, wobei nach wie vor das Solidaritätsprinzip zugrunde liegt (vgl. BARDELEBEN 1996: 26). Das Sozialversicherungsprinzip wurde damit zu einer Art gesellschaftlicher Basissicherung.

Versorgungsprinzip

Mit Hilfe des Versorgungsprinzips werden aus öffentlichen Mitteln bestimmte „bedürftige“ Personengruppen unterstützt. Zum Leistungsprinzip „Versorgung“ gehören Kriegsopferversorgung, Gewalttatenentschädigung, Kindergeld,

Wohngeld, Ausbildungsförderung und Erziehungsgeld. Dabei ist z.B. die Zahlung des Kindergeldes eine „Allgemeinversorgung“, während die Kriegsopferversorgung zu den „Sonderversorgungen“ zählt. Beim Versorgungsprinzip erfolgen keine Beitragszahlungen, dementsprechend fehlt auch ein Verhältnis auf Gegenseitigkeit.

Fürsorgeprinzip

Das Fürsorgeprinzip kommt zur Anwendung, wenn Situationen individueller Not und Bedürftigkeit vorliegen, die durch das Versicherungsprinzip und das Versorgungsprinzip nicht abgedeckt sind. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt ausschließlich aus öffentlichen Mitteln. Dabei werden die Arbeitslosenhilfe, Jugendhilfe und Sozialhilfe unter den Bereich „Fürsorge“ subsumiert.

Das Fürsorgeprinzip geht davon aus, dass spezifische Notlage des Einzelnen berücksichtigt werden und Bedarfslagen ausgeglichen werden müssen (vgl. BARDELEBEN 1996: 27). Leistungen aus dem Bereich Fürsorge schließen die „Lücke“ zwischen Leistungen aus den Bereichen Versicherung und Versorgung, dabei sind sie nachrangig. In der Bundesrepublik Deutschland ist das Prinzip der Fürsorge seit 1961 im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) normativ festgeschrieben. Im Jahr 2004 wurde das BSHG in das Sozialgesetzbuch eingegliedert (SGB XII). Die Grundlagen für die heutige Jugendhilfe, die Sozialhilfe (ehem. Fürsorge) und die Arbeitsförderung wurden jedoch bereits in den 20er Jahren in der Weimarer Republik geschaffen.

2.2.2 Leistungsgewährung

Für einen Großteil sozialstaatlicher Leistungen besteht ein Rechtsanspruch, sofern die notwendigen Leistungstatbestände erfüllt werden. Dabei werden unterschiedliche Gewährungsgrundsätze zugrunde gelegt:

Grundsatz der Kausalität

Der Grundsatz der Kausalität wird insbesondere bei Leistungen nach dem Versicherungsprinzip angewendet, indem zunächst die Ursachen, die zum Eintritt eines Leistungstatbestandes geführt haben, überprüft werden. Dabei wird ein direkter Zusammenhang zwischen dem abgesicherten Risikobereich und den Auswirkungen hergestellt, um die Leistungen von anderen Bereichen abzu-

grenzen. Hier ist es zum Teil ausschlaggebend, ob ein Eigen- oder Fremdverschulden vorliegt. Leistungsansprüche sind dabei nicht an die tatsächliche Bedarfssituation der Betroffenen gekoppelt und sehen unterschiedliche Leistungen vor, je nachdem ob z.B. unfreiwillige Arbeitslosigkeit, Invalidität oder Krankheit vorliegen (vgl. NEUMANN/SCHAPER 1998: 146).

Grundsatz der Finalität

Der Grundsatz der Finalität hat eine eindeutige Zweck- und Zielorientierung, das heißt für die Bewilligung einer Leistung ist es in erster Linie ausschlaggebend, ob sie zum Ausgleich einer Problemlage (Leistungstatbestand) geeignet ist. Im Vordergrund stehen also die Bedarfe der Betroffenen, wobei die Ursachen unerheblich sind. Statt dessen wird die tatsächliche Bedürftigkeit beim Leistungsnehmer geprüft, bevor Leistungen gewährt werden. Es wird der Grundsatz der individuellen Hilfe zugrunde gelegt, und die Leistungen sollen stets der konkreten Bedarfssituation entsprechen. Dieser Grundsatz gilt insbesondere für Fürsorgeleistungen, da Sozialhilfe nur insoweit gewährt wird (z.B. bei der Eingliederungshilfe). Die Eingliederungshilfe leistet dementsprechend die notwendigen Hilfen für jeden Menschen mit Behinderungen bzw. Menschen, der von Behinderung bedroht ist – unabhängig von der Ursache der Behinderung (vgl. BMA 1997: 253).

Grundsatz der Subsidiarität

Der Grundsatz der Subsidiarität ist ein Prinzip des Nachranges, das gleichzeitig eine bestimmte Ordnung zwischen Staat und Gesellschaft kennzeichnet. Dabei wird den Hilfepotentialen des Einzelnen bzw. kleinerer Gemeinschaften ein Vorrang vor sozialstaatlichen Sicherungen eingeräumt (vgl. AVENARIUS 1992: 496). Der Staat greift erst dann ein, wenn private Personen und nachgeordnete Träger nicht angemessen auf die bestehenden Bedarfe reagieren können. Das Subsidiaritätsprinzip steht im Einklang mit der katholischen Soziallehre. Es wurde bereits in den päpstlichen Enzykliken der Jahre 1931 und 1961 festgeschrieben und findet seinen konkreten Niederschlag im SGB XII (z.B. § 2). Das Subsidiaritätsprinzip verpflichtet den Staat dazu, dem Einzelnen zu helfen, verbietet aber gleichzeitig zu intervenieren, wenn sich die Betroffenen aus eigenen Kräften helfen können (vgl. ANDERSEN/WOYKE 1995: 568 f.).

Das Subsidiaritätsprinzip verbindet dabei das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit mit dem Solidarprinzip. Es fordert dabei Maßnahmen ein, die als „Hilfe zur Selbsthilfe“ geeignet sind. Situationen, die vom Einzelnen bzw. kleineren Institutionen (z.B. der Familie) mit eigenen Ressourcen bewerkstelligt werden können, dürfen nicht durch übergeordnete Instanzen der Eigenregie entzogen werden. Subsidiarität fordert das jeweilige Umfeld zur Handlung und hat damit zum Ziel, die Kompetenz im lebensweltlichen Umfeld zu erhalten. Dabei ist gerade in jüngerer Zeit immer wieder von einer „Neuen Subsidiarität“ die Rede, indem Hilfpotentiale von unten wachsen sollen und dabei gegebenenfalls vom Staat unterstützt und gefördert werden. Damit sollen insbesondere primäre Netzwerke gestützt werden.

2.3 Normative Vorgaben zur Absicherung einer eigenständigen Lebensführung

Risikogruppen wie alte, chronisch kranke und behinderte Menschen sind in vielen Bereichen des Lebens auf sozialstaatliche Sicherungsmechanismen angewiesen, um ihre Chance auf eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe zu wahren. Leistungen der sozialen Sicherung kompensieren dabei sowohl materielle als auch immaterielle Problemlagen. Immaterielle Probleme können durch unterstützende Maßnahmen ausgeglichen werden, indem durch unterstützende Dienstleistungen gezielt auf spezifische Bedarfe reagiert wird. Um eigenständige Lebensformen von Menschen mit Unterstützungsbedarfen zu realisieren, müssen also entsprechende Hilfen in persönlicher Form oder als Sachleistungen bereitgestellt werden. Die Finanzierung dieser Maßnahmen erfolgt im ambulanten Bereich insbesondere durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Pflegeversicherung und Eigenmittel der Betroffenen oder - wenn kein ausreichendes eigenes Einkommen bzw. verwertbares Vermögen besteht – durch die Sozialhilfe.

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen flankierende Leistungen zur häuslichen Pflege oder zur Hilfe im Haushalt für Personen, die akut erkrankt oder rekonvaleszent sind. Dabei ist jedoch die Leistungsdauer beschränkt und eine dauerhafte bzw. langfristige Kostenübernahme von ambulanten flankierenden Maßnahmen wird in erster Linie durch die Pflegeversicherung und die Sozialhil-

fe abgedeckt. Bei den Unterstützungen wird nach Geldleistungen, Sachleistungen und Persönlichen Hilfen unterschieden (vgl. § 11 SGB I).

Geldleistungen

Bei Geldleistungen wird den Leistungsberechtigten vom Kostenträger ein Geldbetrag ausgehändigt, mit dem es möglich sein soll, die Bedarfe eigenverantwortlich zu befriedigen. Dabei sind die Geldbeträge häufig mit einer ausdrücklichen Zweckbestimmung versehen, wie z.B. beim Pflegegeld. Geldleistungen sind zumeist nicht auf andere Personen übertragbar.

Sachleistungen

Bei Sachleistung werden den Leistungsberechtigten die Leistungen „in natura“ zur Verfügung gestellt. Dabei können z.B. Hausrat, Hilfsmittel oder entgeltliche Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Die Pflegeversicherung versteht unter Sachleistungen „die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einer ambulanten Pflegeeinrichtung z.B. einer Sozialstation auf Kosten der Pflegeversicherung“ (BMA 1997: 362). Dabei sind zumeist Höchstgrenzen festgelegt, bis zu denen die Kosten übernommen werden und darüber hinausgehende Beträge müssen von den Betroffenen selbst getragen werden.

Persönliche Hilfen

Persönliche Hilfen werden nach dem Sozialgesetzbuch zu den Dienstleistungen gerechnet. Dabei ist insbesondere die Vermittlung von Hilfe und die Beratung gemeint, mit denen die Leistungsberechtigten unterstützt und zur Selbsthilfe angeregt werden (vgl. SCHMITZ-ELSEN/SANS 1997: 697). In der Praxis ist eine eindeutige Abgrenzung zwischen persönlicher Hilfe und Sachleistung nicht immer zu realisieren. Da jegliche Form der Unterstützung personengebunden ist, könnte der Begriff „Persönliche Hilfen“ umfassend für alle Hilfeleistungen aus dem Bereich der sozialen Sicherung angesehen werden.

2.3.1 Ambulante Unterstützungen durch die Krankenversicherung

Die Leistungen der Krankenversicherung sind im Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgeschrieben. Hier werden Maßnahmen zur ambulanten Unterstützung hilfebedürftiger Menschen vorgesehen, wobei sich diese Leistungen jedoch in erster Linie auf eine „Heilbehandlung“ beziehen (vgl. § 27 ff. SGB V). Dabei sollen die

Krankheitsbeschwerden gelindert oder eine Verschlimmerung von Krankheiten verhindert werden. Ambulante Unterstützungen werden als Sachleistung zur Verfügung gestellt, dazu werden nach § 21 Abs. 1 SGB I die häusliche Krankenpflege und die Hilfe im Haushalte (Haushaltshilfe) gezählt. Die Voraussetzung ist, dass sie als notwendige Maßnahme zur Behandlung erachtet werden.

Die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) wird Versicherten dann gewährt, wenn eine umfangreichere Behandlung indiziert ist und keine geeigneten Unterstützungen im häuslichen Umfeld bestehen. Dies trifft z.B. zu, wenn eine stationäre Behandlung nicht zu realisieren ist oder durch anschließende ambulante Unterstützungen verkürzt werden kann. Häusliche Krankenpflege kann auch dann gewährt werden, wenn bestimmte Behandlungsziele verfolgt werden. Hier sind Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege vorgesehen, wobei den Versicherten zusätzlich eine Haushaltshilfe gewährt werden kann, um medizinische Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahmen zu flankieren. Diese Leistungen werden in der Regel für maximal vier Wochen pro Krankheitsfall bewilligt. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch nur dann, wenn im Haushalt keine andere Person die notwendigen Unterstützungen leisten kann. Nur wenn es der Krankenkasse nicht gelingt, die erforderlichen Dienstleistungen bereitzustellen, werden in Ausnahmefällen Geld- anstatt Sachleistungen bewilligt.

Insgesamt beschränkt sich die Krankenversicherung auf Leistungen, die in einem direkten Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen (z.B. Rekonvaleszenz). Leistungen bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit (ehemals § 53 ff.) sind in den Geltungsbereich der Pflegeversicherung übergegangen.

2.3.2 Ambulante Unterstützungen durch die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist 1995 als ein weiterer Bestandteil des Sozialversicherungssystems etabliert worden und ist im Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) normativ fixiert. Die soziale Pflegeversicherung ist institutionell und organisatorisch an die gesetzlichen Krankenkassen angegliedert, auch der Versichertenkreis entspricht im wesentlichen dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Freiwillig Krankenversicherte haben die Möglichkeit, eine private Pflegeversicherung abzuschließen.

Die Pflegeversicherung unterstützt Menschen, die infolge einer Pflegebedürftigkeit dauerhaft Unterstützungen bei den wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens benötigen. Das Gesetz definiert dabei Menschen als pflegebedürftig, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). „Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind :

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen“ (§ 14 Abs. 2 SGB XI).

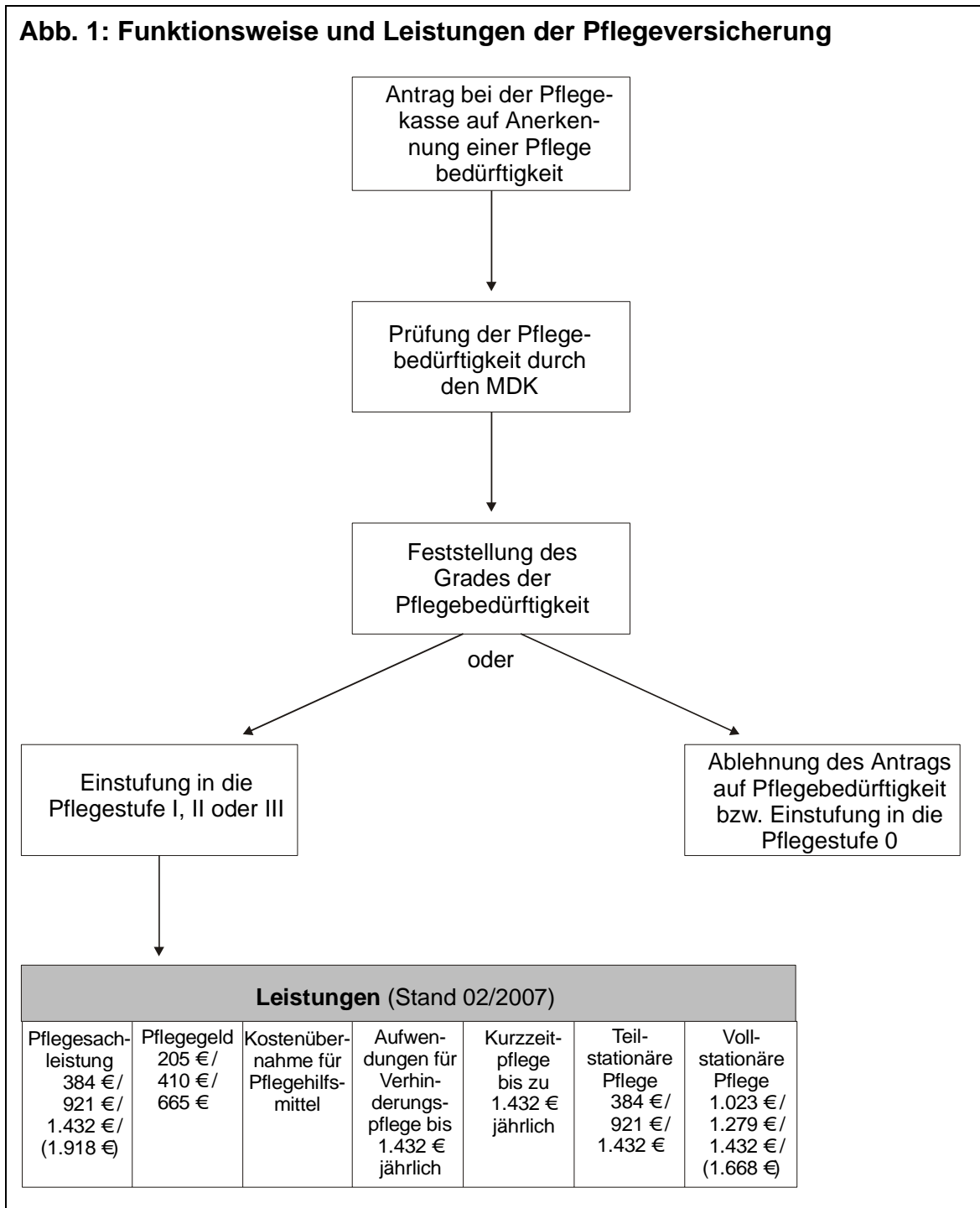
Wenn lediglich ein zeitlich beschränkter Hilfebedarf besteht, der voraussichtlich weniger als sechs Monate dauert oder Hilfeleistungen nicht mehrfach pro Woche benötigt werden, erbringt die Pflegeversicherung keine Leistungen. Hilfebedarfe in anderen Bereichen, wie sie z.B. zur sozialen Eingliederung Behinderter oder zur Befriedigung kultureller Bedürfnisse notwendig sind, führen nicht zu Leistungen der Pflegeversicherung (vgl. JUNG 1995: 42). Die Pflegebedürftigkeit wird nicht aufgrund einer bestimmten Krankheit oder Behinderung festgestellt, sondern auf der Grundlage des tatsächlichen Hilfebedarfs in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung beurteilt. Hier werden die Pflegebedürftigen bei ihrer täglichen Lebensführung durch die teilweise oder vollständige Übernahme von alltäglichen Verrichtungen unterstützt oder sollen zur eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen angeregt werden (vgl. § 14 Abs. 3 SGB XI).

Der Umfang der Leistungen richtet sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, der auf den geltenden Regelungen zur Pflegebedürftigkeit gemäß § 53 SGB V basiert. Die Pflegeversicherung umfasst jedoch einen größeren Personenkreis, da nicht nur schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen, sondern auch Menschen mit einer erheblichen Pflegebedürftigkeit einbezogen werden (vgl. VOLLMER 1994: 53). Das SGB XI unterscheidet die Bedürftigkeit nach drei Stufen (§ 15 SGB XI):

- Pflegestufe I: Menschen mit erheblicher Pflegebedürftigkeit, die mindestens einmal täglich Hilfe benötigen.
- Pflegestufe II: Menschen, die schwerpflegebedürftig sind und mindestens dreimal täglich Hilfe benötigen.
- Pflegestufe III: Menschen, die schwerstpflegebedürftig sind und einer Hilfe rund um die Uhr bedürfen.

Die Einstufung der Pflegebedürftigkeit wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorgenommen, der eine unabhängige Arbeitsgemeinschaft ist, aus den Verbänden der Krankenkassen besteht und den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts hat. Er hat u.a. die Aufgabe, zu medizinischen und sozialmedizinischen Grundsatzfragen fachlich Stellung zu nehmen (MDK NORDRHEIN 1998: 3). Im Rahmen der Pflegeversicherung obliegt es dem MDK, die Betroffenen auf der Basis von ärztlichen Unterlagen und eines persönlichen Eindrucks zu begutachten, wenn eine Pflegebedürftigkeit beantragt wird. Dabei haben die Antragsteller eine gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkungspflicht. So müssen sie z.B. der Pflegekasse alle erforderlichen Unterlagen überlassen und den gesetzlich vorgeschriebenen Hausbesuch des MDK inklusive der Begutachtung in den eigenen vier Wänden zulassen (vgl. KDA 1997: 72).

Die Begutachtung wird dabei nahezu ausschließlich durch medizinische und somatische Faktoren bestimmt, während psycho-soziale Komponenten (der Pflege) weitgehend unberücksichtigt bleiben. Das Ergebnis entscheidet über die Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit oder die Ablehnung des Antrags. Betroffene kritisieren an diesem Verfahren, dass sie lediglich „Objekt“ der Begutachtung sind und die Urteile des MDK häufig nicht nachvollzogen werden können. Auch Rechtsexperten haben bereits Kritik an der gutachterlichen Qualität der Arbeit des MDK geäußert. Als ein Indiz dafür wird die Tatsache gesehen, dass immerhin 40% der eingelegten Widersprüche gegen das Ergebnis der Begutachtung Erfolg haben (GRIESHABER 1998: 16 f.).

Abb. 1: Funktionsweise und Leistungen der Pflegeversicherung

Wenn eine Pflegebedürftigkeit anerkannt wird, können sich Pflegebedürftige im ambulanten Bereich entscheiden, ob sie Pflegesachleistungen zur häuslichen Pflege (§ 36 SGB XI), Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) oder eine Kombination von Geld- und Sachleistungen (§ 38 SGB XI) beanspruchen möchten. Darüber hinaus bestehen weitere Ansprüche, wie z.B. der Anspruch auf häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB

XI) oder die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen entsprechend des Pflegehilfsmittelkatalogs (§ 40 SGB XI) (vgl. Abb. 1).

Mit der Einführung der Pflegeversicherung sollte die Pflegeinfrastruktur ausgebaut und verbessert werden. Dabei wurde gleichzeitig ein Wettbewerb der Anbieter untereinander angestrebt, indem mehr Dienstleister und insbesondere privat-gewerbliche Träger beteiligt werden. Durch den Wettbewerb sollte eine höhere Effizienz der Dienstleister erreicht werden, um Kosteneinsparungen zu erzielen. Es gilt „der Grundsatz des freien Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen privater, freigemeinnütziger und öffentlicher Träger“ (BMA 1997: 363 f.). Mit der Pflegeversicherung wurden öffentliche, freigemeinnützige und privat-gewerbliche Dienstleister des Ambulanzsystems gleichgestellt. Allerdings müssen sie bestimmte Auflagen erfüllen, um im Sinne des SGB XI zugelassen zu werden. So muss es sich z.B. um selbständig wirtschaftende Einrichtungen handeln.

Die Pflegekassen schließen Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den jeweiligen Trägern. Als Dienstleister wird zugelassen, wer die notwendige Leistungsfähigkeit besitzt und die Wirtschaftlichkeit seiner Einrichtung nachweisen kann. Andernfalls kommt kein Versorgungsvertrag zwischen Pflegekassen und Trägern zustande und der Marktzugang wird verwehrt. Weiterhin verpflichten sich die Anbieter, bestimmte Qualitätsstandards zu erfüllen, wobei die Qualitätssicherung von den Pflegekassen verantwortet wird (vgl. § 80 SGB XI, BMA 1997: 364).

Die Vergütung der ambulanten Dienstleistungen erfolgt nach festgesetzten Höchstpreisen. Diese Preise werden zwischen den Dienstleistern (Wohlfahrtsverbände und privat-gewerbliche Anbieter) und den Pflegekassen ausgehandelt. Dabei liegt ein Katalog komplexer Leistungsarten und ein Punktsystem zugrunde. So gibt es z.B. einen Leistungskomplex „Ganzwaschung“, der die Leistungsinhalte Waschen/Duschen/Baden, Mund-/Zahn- und Lippenpflege, Rasieren, Hautpflege, Haarpflege (Kämmen ggf. Waschen), Nagelpflege, An- und Auskleiden inklusive Körperersatz, Vorbereiten/Aufräumen des Pflegebereichs umfasst. Diese Leistungsart wird mit 410 Punkten angesetzt und darf mit maximal 31,98 DM berechnet werden. Demgegenüber wird z.B. die Unterstützung bei der selbständigen Nahrungsaufnahme mit 100 Punkten bzw. 7, 80 DM

vergütet (vgl. BERATUNGSSTELLE PFLEGE 1999: 30 ff.). Mit dieser sogenannten „Deckelung“ der Pflegesätze sollen Leistungen auf das „notwendige Maß“ beschränkt werden, dabei wird die Deckelung als ein sozialpolitisches Instrument zur Ausgabenbegrenzung verstanden.

Dienstleistungen nach dem SGB XI unterliegen damit nicht dem Bedarfsprinzip, das der sozialen Sicherung sonst häufig zugrunde liegt. Mit den pauschalisierten Sätzen kann jedoch eine adäquate und bedarfsgerechte Unterstützung nicht immer gewährleistet werden. „Durch die Vorgabe einer Obergrenze der Kostenerstattung, die zudem auf den tatsächlichen Bedarf knapp bemessen wurde, wird auch in der Zukunft ein erheblicher Teil der Betroffenen ambulant unterversorgt bleiben (...). So lassen sich für 750 DM in der Pflegestufe I [Anm. d. Verf.: Dies entspricht aktuell 384 €] bei den derzeitigen Sätzen von 50-60 DM pro Pflegestunde nur 13-15 Stunden Pflege im Monat bei einem Pflegedienst einkaufen, obwohl ein täglicher Bedarf angenommen wird (...)“ (NEUMANN/SCHAPER 1998: 221). Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass auch weiterhin in vielen Fällen Leistungen der Pflegeversicherung durch Leistungen der Sozialhilfe ergänzt werden müssen.

Die Einführung der Pflegeversicherung ist positiv zu beurteilen, weil man damit versucht hat, auf die veränderten Lebenslagen unterstützungsbedürftiger Menschen und die steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen zu reagieren. Durch den Grundsatz „ambulant vor stationär“ können heute deutlich mehr Menschen in ihrer eigenen Wohnung versorgt werden. Gleichzeitig sorgt jeder durch den „Versicherungszwang“ bezüglich des Risikos einer Pflegebedürftigkeit vor. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass das Ziel, pflegebedürftige Menschen z.B. von der Sozialhilfe unabhängig zu machen, nicht erreicht ist. Vielmehr wurde durch die Pflegeversicherung ein weiterer Kostenträger eingeführt, was für die Betroffenen auch zu Problemen im Zusammenspiel verschiedener Leistungen führen kann. Geht man dabei von dem aktuellen Dienstleistungsangebot aus, so wurde die Infrastruktur seit Einführung des SGB XI zwar gestärkt, es wurden aber keine zusätzlichen Leistungen implementiert. Dabei wird nur auf somatische Bedarfslagen, das heißt auf einen Ausschnitt des Bedarfsspektrums abgehoben. Deshalb ist es möglich, dass das Ambulanzsystem für Menschen mit umfassenden Hilfebedarfen noch undurchschau-

barer geworden ist und entsprechende Unterstützungsarrangements teilweise schwieriger zusammenzustellen sind.

2.3.3 Ambulante Unterstützungen durch die Sozialhilfe

Die Ansprüche der Sozialhilfe entsprechen dem Fürsorgeprinzip und sind nachrangig zu anderen Unterstützungen. Leistungen der Sozialhilfe können insofern als finaler Sicherungsmechanismus des Sozialsystems angesehen werden, der erst dann greift, wenn nicht auf eigene Ressourcen, die Ressourcen naher Angehöriger oder vorrangige Kostenträger zurückgegriffen werden kann. „Begrifflich kann man Sozialhilfe definieren als die planmäßige auf gesetzlicher Vorschrift beruhende individuelle Hilfe durch besondere öffentliche Träger (in Zusammenarbeit mit der freien Wohlfahrtspflege) zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung von persönlichen und wirtschaftlichen Notständen bei Personen, die sich selbst nicht helfen können und die Hilfe auch nicht von anderer Seite erhalten“ (SCHELLHORN 1996: 1). Die Sozialhilfe basiert auf dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII), dessen Ursprünge im 1961 eingeführten Bundessozialhilfegesetz (BSHG) liegen. Mit der formalen Eingliederung der Sozialhilfe in das Sozialgesetzbuch hat der Gesetzgeber am 27.12.2003 seine Aktivitäten zur Absicherung besonderer Lebenslagen fortgesetzt und an das bisherige System angeknüpft. Gemeinsam mit der Einführung des SGB XII wurden Arbeitslosen- und Sozialhilfe zusammengelegt. Das SGB XII regelt dabei den Fürsorgebegriff weiter als das BSHG, indem z.B. auch die Jugendhilfe eingeschlossen wird. Damit wird im Kern die förmliche Zusammenfassung des bisherigen Sozialhilferechts und seine Eingliederung in das Sozialgesetzbuch realisiert (vgl. SCHELLHORN/SCHELLHORN/HOHM 2006: 3).

Leistungen nach dem SGB XII haben zum Ziel, nicht erwerbsfähigen Menschen, die ihren Lebensunterhalt nicht bzw. nicht mehr bestreiten können (z.B. aufgrund einer Behinderung) oder Menschen, die sich in einer besonderen Lebenslage befinden (z.B. infolge einer vorübergehenden Pflegebedürftigkeit), zu helfen. Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Menschen, die von anderer Seite keine oder keine ausreichende Hilfe erhalten. Soweit es möglich ist, soll dies durch „Hilfe zur Selbsthilfe“ erreicht werden. Ausgenommen hiervon sind erwerbsfähige Personen bis 65 Jahre. Für diesen Personenkreis gilt das ebenfalls neu eingeführte Sozialgesetzbuch II (SGB II) „Grundsicherung für Arbeitsu-

chende“. Das SGB II soll für erwerbsfähige Menschen, die hilfebedürftig sind, den Lebensunterhalt sichern (vgl. § 1 SGB II). Mit der Einführung des SGB II wurde somit ein Großteil der ehemaligen Hilfe zum Lebensunterhalt des BSHG neu gefasst⁶.

Im Hinblick auf ambulante Unterstützungen gehören zu den wesentlichen Maximen der Sozialhilfe z.B. die Grundsätze Individualisierung, Menschenwürde, Rechtsanspruch und Bedarfsdeckung:

Individualisierung: Die Sozialhilfe ist jeweils auf den spezifischen Einzelfall zugeschnitten. Leistungen kann in der Regel nur derjenige empfangen, dessen Bedarf zu befriedigen ist.

Menschenwürde: Die Leistungen sollen eine Lebenssituation ausgleichen, die den Hilfebedürftigen an der Entfaltung seiner Persönlichkeit hindert. Das Verständnis von Menschenwürde umfasst dabei die Partizipation am gesellschaftlichen, politischen, kulturellen und wirtschaftlichen Leben.

Rechtsanspruch: Für den Hilfebedürftigen besteht ein rechtlicher Anspruch auf Leistungen nach dem BSHG, sofern sämtliche Leistungstatbestände erfüllt sind. Der Hilfeumfang liegt dabei im Ermessen des Leistungsträgers.

Bedarfsdeckung: Leistungen werden nur insoweit erbracht, als sie zur Deckung des persönlichen Bedarfs notwendig sind.

(vgl. SCHELLHORN 1996: 13 ff., BMA 1997: 562 ff., SCHELLHORN/SCHELLHORN/HOHM 2006: 6 ff.)

Das SGB XII ist von der ursprünglichen Zweiteilung des BSHG in die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Hilfe in besonderen Lebenslagen abgerückt. Mit der Gesetzesnovellierung und dem proklamierten Grundsatz „Fördern und Fordern“ soll ein aktives Leben gefördert und die Selbsthilfe des Einzelnen bzw. des Fa-

⁶ Als erwerbsfähig im Sinne des SGB II gilt, wer nicht wegen einer Krankheit oder Behinderung gegenwärtig oder auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden pro Tag erwerbstätig zu sein (vgl. LÜBKING 2005: 359). Die neuen Regelungen sind dabei geprägt vom Grundsatz des „Förderns und Forderns“.

milienverbands gezielt angesprochen werden (vgl. SCHELLHORN/SCHELLHORN/HOHM 2006: 5).

Das SGB XII hält an den bewährten fürsorgerechtlichen Grundsätzen fest und bleibt bei dem Begriff „Sozialhilfe“. In seinen Bezeichnungen ist dennoch ein gewisser „Paradigmenwechsel“ zu erkennen, indem nicht mehr von Hilfesuchenden bzw. Hilfeempfängern die Rede ist, sondern von Leistungsberechtigten bzw. leistungsberechtigten Personen gesprochen wird. Mit den Leistungen des SGB XII wird das Ziel verfolgt, eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft/Gesellschaft zu ermöglichen und den Einzelnen zur Selbsthilfe zu befähigen. Dabei wird generell nach Kann-, Soll- und Mussleistungen unterschieden.

Die Sozialhilfe umfasst – über die immanenten beratenden und unterstützenden Anteile – folgende Leistungsarten:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
3. Hilfen zur Gesundheit
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
5. Hilfe zur Pflege
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
7. Hilfe in anderen Lebenslagen

Bei der Gewährung von Leistungen wird vom Leistungsträger zuvor geprüft, welcher Leistungsart der festgestellte Bedarf zuzurechnen ist. Bei den Leistungsarten, die nicht zur Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung gehören, gibt es keine pauschalen Leistungen, da spezifische Bedarfssituationen überwunden werden sollen. Diese Leistungen sind konzipiert, um armutsverursachende Risikolagen auszugleichen, die z.B. im Zusammenhang mit Behinderung (Eingliederungshilfe für Behinderte), Pflegebedürftigkeit (Hilfe zur Pflege), Alter (Altenhilfe) oder Krankheit (Hilfen zur Gesundheit) auftreten können. Bei der Bewilligung der einzelnen Leistungsbereiche gelten unterschiedliche Grenzen dafür, inwieweit Selbsthilfe (Einkommen, Vermögen etc.) aktiviert werden muss, bevor Leistungen erbracht werden.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Hilfe zum Lebensunterhalt dient der kontinuierlichen Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen (vgl. § 27-40 SGB XII). Es handelt sich um schemati-

sierte, pauschalisierte Geldleistungen, die ein sogenanntes soziales Existenzminimum gewährleisten sollen. Bevor es zur Zahlung kommt, muss das eigene Einkommen sowie das gesamte „verwertbare Vermögen“ eingesetzt werden. Mit der Hilfe zum Lebensunterhalt sollen die laufenden Kosten für Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung, persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens etc. abgedeckt werden, um individuelle wirtschaftliche Nöte abzuwenden und eine eigenständige wirtschaftliche Existenz zu sichern. Zusätzlich zum Regelsatz werden nur in bestimmten Ausnahmefällen Leistungen gewährt (gem. § 31 SGB XII), darüber hinaus können lediglich Darlehen bewilligt werden. Die Kosten für eine stationäre Versorgung (z.B. Wohn- oder Pflegeheim) können gemäß § 35 SGB XII durch die Hilfe zum Lebensunterhalt ganz oder teilweise übernommen werden.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die seit dem 01.01.2003 geltende Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wurde in das SGB XII eingegliedert, bleibt jedoch im System der Sozialhilfe eine eigenständige Regelung. Die Leistungen entsprechen weitgehend denen der Hilfe zum Lebensunterhalt.

Hilfen zur Gesundheit

Die Hilfen zur Gesundheit entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der Einführung des SGB XII ist die Durchführung der Krankenbehandlung für den überwiegenden Teil der nicht versicherten Sozialhilfeempfänger von den Krankenkassen übernommen worden, wobei die entstehenden Kosten von den Trägern der Sozialhilfe zu erstatten sind.

Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist das Kernstück der Rehabilitationsleistungen des Sozialhilferechts (vgl. SCHELLHORN/SCHELLHORN/HOHN 2006: 13). Die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten Menschen, die eine (wesentliche) – nicht nur vorübergehende – körperliche, geistige oder seelische Behinderung haben. Ziel ist es, eine drohende Behinderung zu vermeiden, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft einzugliedern. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind durch § 53 SGB XII und die

Eingliederungshilfe-Verordnung geregelt. Zu den Maßnahmen gehören u.a. die ambulante oder stationäre Versorgung, die Hilfe zur Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen entspricht und die Hilfe zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Die Leistungen der Eingliederungshilfe zielen darauf ab, „den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen“ (§ 53 Abs. 3 Satz 2 SGB XII). Mit der Eingliederungshilfe für Behinderte wird gezielt das Risiko einer Behinderung – zumindest in finanzieller Hinsicht – abgesichert. Allerdings sind bei umfassenden Unterstützungsbedarfen zumeist mehrere Kostenträger involviert. Hier kommt es auf eine möglichst effektive Ergänzung der verschiedenen „sozialen Sicherungssysteme“ an.

Hilfe zur Pflege

Das Leistungsspektrum der Hilfe zur Pflege ist an die Leistungen der Pflegeversicherung angepasst. Die Leistungen werden Personen gewährt, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit Hilfen bei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens bedürfen. Im Fall der Bedürftigkeit können Leistungen auch über das Spektrum der Pflegeversicherung hinaus erbracht werden (z.B. um nicht gedeckte Pflege- und Betreuungskosten abzudecken). Durch die Hilfe zur Pflege können außerdem Bedarfe von Menschen, die mit ihrem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegen (gemäß Kriterien SGB XI), befriedigt werden.

Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

Personen, deren Lebensverhältnisse mit besonderen Schwierigkeiten verbunden sind, werden Leistungen gewährt, wenn sie nicht aus eigener Kraft zur Überwindung der Schwierigkeiten in der Lage sind.

Hilfe in anderen Lebenslagen

Im 9. Kapitel des SGB XII sind eine Reihe weiterer Leistungen aufgeführt, um in besonderen Lebenslagen auftretende Bedarfe befriedigen zu können, wie z.B. Hilfe zur Weiterführung des Haushalts, Altenhilfe und Blindenhilfe. Damit sind zielgerichtete Hilfen z.B. zum Erhalt bzw. der Beschaffung einer eigenen Woh-

nung und die Aufrechterhaltung einer eigenständigen Haushaltsführung möglich.

2.3.4 Zusammenspiel von Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe bei der ambulanten Unterstützung

Die Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe sind die wesentlichen Sicherungsinstrumente des Sozialstaats, um ambulante Unterstützungen für Menschen mit besonderen Hilfebedarfen zu finanzieren. Die jeweiligen Gesetze haben, wie bereits dargelegt, einen spezifischen Zuschnitt und sind auf definierte Bedarfslagen unterstützungsbedürftiger Menschen ausgerichtet. Dabei ist unstrittig, dass diese verschiedenen Leistungen ineinandergreifen müssen, um auf umfassende Bedarfslagen zu reagieren.

Es ergeben sich jedoch Probleme, bestimmte Leistungen eindeutig voneinander abzugrenzen, z.B. bei der klaren Unterscheidung von häuslichen Pflegeeinsätzen nach dem SGB V und dem SGB XI (z.B. bei der Übernahme von Einsatzpauschalen). Obwohl die Pflegeleistungen nach dem SGB XI und dem SGB V grundsätzlich voneinander getrennt sind, treten Schwierigkeiten bei bedarfsbedingten Überschneidungen und Verknüpfung der Zuständigkeitsbereiche auf. Dabei ist es kaum möglich, Leistungen der Krankenversicherung zur Pflegeversicherung zu verlegen, weil beide Bereiche eigenständig definiert und separat zu sehen sind (vgl. KREITZ/WEIß 1998: 1). Diese Probleme im Zusammenspiel können sich negativ auf die Durchführung ambulanter Unterstützungen auswirken.

Die Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Sozialhilfe ist ebenfalls schwierig. Mit der Pflegeversicherung sollte eine Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen von der Sozialhilfe vermieden werden, wie sie vor ihrer Einführung häufig bestand. Dementsprechend haben Leistungen der Pflegeversicherung Vorrang vor Leistungen der Sozialhilfe (vgl. § 13 Abs. 3 SGB XI). Leistungen, die im SGB XI nicht vorgesehen sind, sowie Leistungen der Eingliederungshilfe bleiben davon unberührt. Folglich legt das SGB XI damit eindeutig fest, dass Menschen mit Behinderungen, die auch pflegebedürftig sind, sowohl die entsprechenden Leistungen der Pflegeversicherung als auch der Eingliederungshilfe zustehen“ (vgl. SCHELLHORN 1995: 39).

Die subsidiären und nach dem Finalitätsprinzip ausgerichteten Leistungen der Sozialhilfe setzen erst dort ein, wo auf keine anderen Ressourcen zurückgegriffen werden kann, weshalb die Betroffenen nicht zwischen den beiden Leistungsarten wählen können. Die Sozialhilfe tritt erst dann ein, wenn die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschöpft sind. Die Pflegeversicherung hat ein inhaltlich begrenztes Leistungsspektrum mit eindeutigen Kostenvorgaben und erkennt nicht jeden Hilfebedarf an. Dagegen ist es die Aufgabe der Sozialhilfe, die gesamten Hilfebedarfe umfassend abzusichern. Sie hat damit den umfassenderen Auftrag und kann zusätzlich zur Pflegeversicherung geleistet werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn originäre Leistungen nach dem SGB XII, wie z.B. die Hilfe zur Pflege oder die Eingliederungshilfe für Behinderte Leistungen vorsehen, die in der Pflegeversicherung nicht enthalten sind. „Die Sozialhilfeträger können solche Leistungen nicht mit der Begründung ablehnen, die soziale Pflegeversicherung habe die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit ausreichend abgesichert, so dass für Zusatzleistungen kein Raum bleibe“ (SCHELLHORN 1995: 45). Eben hier treten in der Praxis jedoch immer wieder Probleme für die Betroffenen auf.

Somit hat die Sozialhilfe quantitativ und qualitativ mehr zu leisten als die Pflegeversicherung. Hier ist insbesondere die „Hilfe zur Pflege“ von Interesse (vgl. § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII) und es stellt sich die Frage, inwieweit die Sozialhilfe für Leistungen, die von der Pflegeversicherung nicht übernommen werden, zuständig ist. Diese Problematik trifft z.B. auf die Kostenübernahme für kommunikativen Hilfen, Hilfen zur außerhäuslichen Mobilität, sowie Begleitung und Beaufsichtigung Demenzkranker zu. Dem Club Behinderter und ihrer Freunde (CeBeeF) ist es in einem Vertrag mit dem Sozialamt der Stadt Frankfurt/Main z.B. gelungen, diesen Mehrbedarf an Pflege näher zu definieren. Der Vertrag geht dabei u.a. auf folgende Aspekte ein:

- Körperpflege: Haarewaschen und –trocknen nicht nur beim Baden/Duschen, Herrichten der Tagesfrisur, Fingernägelschneiden, Hautpflege, Fußbäder, ggf. Kontaktherstellung zum Frisör und zur Fußpflege
- Mobilität außerhalb der Wohnung: Hilfe beim Verlassen und Aufsuchen der Wohnung, Begleitung außerhalb der Wohnung, die zur Stabilisierung des Allgemeinzustands erforderlich ist (z.B. Spazierengehen, Übung des Treppensteigens, Gehübungen, Umgang mit Hilfsmitteln) (vgl. KLIE 1998: 34 ff.).

Vergleichbare Regelungen wären bundesweit zu wünschen, um Unklarheiten bei der Bewilligung von Hilfen und der Zusammenstellung komplexer Unterstützungsarrangements frühzeitig auszuräumen⁷.

2.3.5 Die Bedeutung des Gesetzes zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX für die ambulante Versorgung

Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) ist im Juli 2001 neu in Kraft getreten. Ziel dieses neuen Sozialgesetzbuchs ist es, Regelungen zur Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen zu bündeln. Bei dem SGB IX handelt es sich um kein eigenes Leistungsgesetz, sondern es werden in erster Linie bestehende Regelungen anderer Gesetze gebündelt (z.B. SGB XII, SGB XI). Artikel 1 SGB IX umfasst die eigenständigen Neuregelungen des Gesetzes, während Artikel 2 bis 68 die Änderungen anderer Gesetze, die Aufhebung des Schwerbehindertengesetzes, das Inkrafttreten usw. regeln. Zur Umsetzung des SGB IX bedarf es darüber hinaus einer Vielzahl von Verordnungen, Empfehlungen usw., die zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollständig erlassen sind.

Das SGB IX verfolgt gemäß der aus Art. 3 Abs. 3 Grundgesetz folgenden Verfassungsverpflichtung insbesondere folgende Zielsetzungen (vgl. RENN 2001: 5 f):

- Selbstbestimmung und Förderung einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
- Sozialpolitische Realisierung des grundgesetzlich verankerten Benachteiligungsverbots
- Zusammenfassung und Weiterentwicklung der rechtlichen Komponenten zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (einschließlich Schwerbehindertenrecht)
- Verbessertes Zugang zu Sozialleistungen durch mehr Bürgernähe

⁷ Ein Exkurs zum „gegliederten System“ der sozialen Sicherung findet sich bei BÄCKER/EBERT 1994: 194 ff.. Hier wird auch auf die Abgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung sowie auf Detailfragen zur Leistungsgewährung eingegangen.

- Integration der Träger der Sozialhilfe (und der Jugendhilfe) in den Kreis der Rehabilitationsträger
- Leistungserbringern und Leistungsempfängern
- Aufbau von verbesserten Strukturen zur Zusammenarbeit von Leistungsträgern,

Mit der Zusammenfassung verschiedener Rechtsvorschriften soll das Unterstützungssystem für die Betroffenen übersichtlicher werden. Ein Ziel ist es, die Praktiken der verschiedenen Rehabilitationsträger zu vereinheitlichen, deshalb wurde auch die Sozialhilfe in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen.

Das persönliche Wunsch- und Wahlrecht unterstützungsbedürftiger Menschen wird im SGB IX explizit festgelegt, so dass bei der Hilfestellung die persönlichen Lebensumstände der Betroffenen zu berücksichtigen sind (z.B. bei der Auswahl und Ausführung von Leistungen). Dazu gehört auch das Persönliche Budget, mit denen sich die Betroffenen die Leistungen selbst „einkaufen“ können (vgl. Exkurs: Persönliches Budget).

Ein zentrales Anliegen der neuen Regelungen ist es, die Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger schneller als bisher zu klären. So soll durch neu geregelte Fristen und Verbindlichkeiten vermieden werden, dass Antragsverfahren aufgrund unklarer Zuständigkeiten monatelang nicht rechtsfähig beschieden werden. Durch eindeutig definierte Fristen und Verfahrensabläufe der Rehabilitationsträger sollen lange Wartezeiten vermieden werden. Der Prozess der Zuständigkeitsklärung soll außerdem durch die sogenannten Servicestellen unterstützt werden.

Servicestellen sind in allen Kreisen und kreisfreien Städten einzurichten und sollen Menschen mit Behinderungen bzw. Menschen die von einer Behinderung bedroht sind als Anlaufstelle dienen. Dabei haben sie umfassende Unterstützungsaufgaben, indem multiprofessionelle Beraterteams über Leistungen und ihre Voraussetzungen informieren und gleichzeitig die zuständigen Rehabilitationsträger ermitteln sollen. Betroffene können von der Antragstellung über das Antragsverfahren bis hin zur Entscheidung begleitet werden. Zudem sollen die gemeinsamen Servicestellen auch Ansprechpartner für die Betroffenen sein, wenn es z.B. darum geht verschiedene Dienstleister zu koordinieren. Insbesondere die Einrichtung der Servicestellen deutet darauf hin, dass der allgemeine Koordinationsbedarf für die Betroffenen seitens des Gesetzgebers erkannt wur-

de. Zukünftig dürften die gemeinsamen Servicestellen einen sinnvollen Beitrag leisten, die Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Kostenträgern zu klären und damit auf dieser Ebene das Versorgungssystem für die Betroffenen transparenter zu machen. Der tatsächliche Nutzen ist allerdings nach sechs Jahren der Umsetzung anzuzweifeln.

Die ambulante Leistungserbringung wird mit dem SGB IX gestärkt. So haben die Rehabilitationsträger Leistungen für die Betroffenen ambulant (oder teilstationär) zu erbringen, wenn es ihre persönlichen Lebensumstände erfordern. Auch wird in der Regel darauf verwiesen, dass die berechtigten Interessen der Betroffenen zu berücksichtigen sind. Der generelle Grundsatz „Ambulant vor Stationär“, wie er bereits aus dem SGB XI und dem SGB XII bekannt ist, wird damit – auch wenn es sich nur um eine „Sollvorschrift“ handelt – weiter gestärkt. Die tatsächlichen Auswirkungen für die Praxis werden sich erst in einigen Jahren abzeichnen. Ebenso kann an dieser Stelle noch keine Aussage zum praktischen Zusammenspiel des SGB IX mit anderen Sozialgesetzen getroffen werden. In der ambulanten Unterstützung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen traten bislang keine neuen Probleme durch das SGB IX auf, so wie sie sich z.B. in der Finanzierung der Frühförderung ergaben.

Im SGB IX wird erstmalig versucht strukturell bedingte Kooperations- und Koordinationsdefizite des Sozialleistungssystems zu beseitigen (vgl. IGL 2002, 3), zusammenfassend ist der Duktus des Gesetzbuchs demnach positiv zu bewerten und deutet auf einen Veränderungsprozess in der Sozialgesetzgebung und –bürokratie hin, der sich hoffentlich auch in der Versorgungspraxis niederschlagen wird.

Exkurs: Persönliches Budget

Das Persönliche Budget ist ein pauschaler Geldbetrag, den Menschen mit Behinderungen erhalten, um – ihrem individuellen Hilfebedarf entsprechend – die für sie notwendigen Unterstützungsleistungen einzukaufen. Die zugrunde liegenden Vorschriften wurden erstmalig mit dem Inkrafttreten des SGB IX zum 01.07.2001 eingeführt (vgl. § 17 SGB IX) und mit der Einführung des SGB XII zum 01.07.2004 weiter präzisiert (vgl. § 57 SGB XII). Für die Einführung von Persönlichen Budgets waren die Forderungen von Menschen mit Behinderungen ausschlaggebend, als „Experten in eigener Sache“ ihre Unterstützungen

eigenständig organisieren zu wollen (vgl. HAGELSKAMP 2006: 16 ff./GIRAUD 2005: 34).

Das Persönliche Budget bezieht alle Leistungen zur Teilhabe – auch über die Zuständigkeitsgrenzen der einzelnen Leistungsträger hinaus, d.h. trägerübergreifend – als budgetfähige Leistungen ein. Die Leistungen sind möglich in Form von Geldleistungen oder Gutscheinen und beziehen sich z.B. auf persönliche Assistenz, pädagogische Förderung, Beratung und Begleitung, Haushaltsführung, Förderung sozialer Beziehungen sowie Ermöglichung von Kommunikation (vgl. SCHELLHORN 2006: 395). Ziel ist es, den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen. Es ist die Intention durch das Persönliche Budget mehr Selbstbestimmung durch sachliche, zeitliche und soziale Dispositionsspielräume zu schaffen (vgl. LACHWITZ/SCHELLHORN/WELTI 2006: 145). Dies kann nur unter der Voraussetzung der Eigenverantwortung der Leistungsberechtigten geschehen.

Die Entscheidung, ob eine Leistung als Persönliches Budget ausgeführt wird, liegt im Ermessen der jeweiligen Rehabilitationsträger. Der Antrag auf ein Persönliches Budget ist bei einem Rehabilitationsträger bzw. bei einer gemeinsamen Servicestelle zu stellen. Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger ist in der Regel federführend im Verfahren und stellt den Rehabilitationsbedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, die Höhe des Persönlichen Budgets durch Geldleistungen bzw. alternativ Gutscheine, den Inhalt der Zielvereinbarung (vgl. § 3 Abs. 5 BudgetV) sowie den Unterstützungs- und Beratungsbedarf fest. Die erforderlichen Entscheidungen sind im Rahmen festgelegter Fristen innerhalb weniger Wochen zu treffen. Die beteiligten Leistungsträger entscheiden dabei über die von ihnen zu verantwortenden Teilbudgets im Rahmen des trägerübergreifenden Budgets.

Das Persönliche Budget wird in der Regel als Geldleistung ausgereicht, dabei stellen die Leistungen der Pflegeversicherung eine Ausnahme dar und werden generell als Gutscheine zur Verfügung gestellt. Die Höhe des Budgets sollte dabei die Höhe der bisher angefallenen Kosten nicht überschreiten (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX). Allerdings ist der Grundsatz der Bedarfsdeckung hier strikt einzuhalten, insofern sind Abweichungen zulässig, z.B. wenn eine Leistung erstmalig als Budget erbracht wird oder jemand zuvor keine Leistungen

bezug (vgl. LACHWITZ/SHELLHORN/WELTI 2006: 149). Die Leistungen beziehen sich dabei ausschließlich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe, die behinderungsbedingt sind.

Die Erprobung des Persönlichen Budgets erfolgt vom 01.07.2004 bis 31.12.2007 in Modellvorhaben. Die Erfahrungen aus den verschiedenen Modellregionen belegen, dass einerseits bei der Inanspruchnahme von Persönlichen Budgets eine hohe Skepsis bei den Betroffenen, Leistungsträgern und Leistungserbringern existiert, andererseits die bewilligten Budgets fast ausschließlich in der Zuständigkeit nur eines Leistungsträgers (in der Regel des Sozialhilfeträgers) und nicht trägerübergreifend bewilligt wurden (vgl. BMAS 2006: 19, 46 ff.).

Zusammenfassend scheint es nach wie vor ein erhebliches Problem zu sein, die verschiedenen vor- und nachrangig zu erbringenden Sozialversicherungs- und Rehabilitationsleistungen durch neun konkurrierende Sozialleistungsträger miteinander in Einklang zu bringen (vgl. HAGELSKAMP 2006: 23). Hinzu kommt, dass es in den 14 Modellregionen – bezogen auf die Sozialhilfe - z.B. kein einheitliches Verfahren zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs gibt. Es kann auf dieser Grundlage wohl eher davon ausgegangen werden, dass es zum 31.12.2007 noch kein abgeschlossenes Gesamtkonzept für das Persönliche Budget geben wird.

Für das System der ambulanten Unterstützungen bringt das Persönliche Budget keine prinzipiellen Veränderungen, da die Leistungsgrundsätze unverändert sind. Auswirkungen werden sich perspektivisch für die Leistungserbringer ergeben, da die Betroffenen mit ihren Budgets möglicherweise flexibler in der Nutzung werden. Dabei ist aus Betroffenenperspektive festzustellen, dass eine bedarfsgerechte und flexible Nutzung jedoch noch mehr „Expertenkenntnisse“ als das bisherige System voraussetzt.

2.4 Stellenwert der sozialen Sicherung für unterstützungsbedürftige Menschen

Unterstützungsbedarfe sind ein Risiko für die individuelle Lebensführung, weil die Gefahr materieller Notlagen oder unzureichender Hilfen besteht. Diesen

Risiken sind insbesondere alte, chronisch kranke und behinderte Menschen ausgesetzt, zumal heute nur noch selten ausreichende Hilfpotentiale primärer Netzwerke zur Verfügung stehen. Deshalb wurden sekundäre Sicherungsmechanismen geschaffen und normativ verankert.

Diese Notwendigkeit wurde bereits von Bismarck erkannt und in seiner Sozialpolitik aufgegriffen, so dass bereits die ersten normativen Grundlagen geschaffen wurden. Diese Ansätze sind in den letzten 100 Jahren kontinuierlich fortgeschrieben und zu der heutigen, relativ umfassenden Sozialgesetzgebung erweitert worden. Dabei wird jedoch deutlich, dass das „Paket sozialer Sicherheiten“ nicht aus einem „Guss“ ist. Vielmehr scheinen z.B. Krankenversicherung Pflegeversicherung und Sozialhilfe jeweils einer eigenen Logik, mit unterschiedlichen Prinzipien und Grundsätzen zu folgen. Hier sind eher Brüche und Versorgungslücken, als eine passgenaue Ergänzung festzustellen. So berufen sich die jeweiligen Kostenträger auf definierte Zuständigkeiten. Hier existieren jedoch Schnittmengen, die insbesondere bei der Reaktion auf umfassende Bedarfslagen deutlich werden. Mit der Einführung der Pflegeversicherung ist diese Situation komplexer geworden. Das heißt, die normativen Vorgaben entsprechen nicht immer den Hilfebedarfen der Betroffenen.

Alten, chronisch kranken und behinderten Menschen kann eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe häufig nur dann gelingen, wenn sie „extern“ unterstützt werden. Dies muss finanziert werden, was theoretisch gewährleistet ist. Dabei ist es heute möglich, Hilfen in den eigenen vier Wänden zu erhalten, mit denen ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Hier haben sich die Ansprüche der Menschen verändert und aus spezifischen Hilfebedarfen resultiert nicht mehr der unvermeidbare Übergang in eine stationäre Einrichtung. Die Sozialpolitik hat dazu entsprechende Vorkehrungen getroffen. Kritisch muss angemerkt werden, dass in der Regel nur dann ausreichende Vorkehrungen für bestimmte Bedarfslagen bestehen, wenn normative Grundlagen vorhanden sind. Wo keine Vorschriften existieren, ist es für die Betroffenen ungleich schwerer, Hilfen zu erhalten.

Das langfristig gewachsene normative Sicherungssystem setzt sich in vergleichbarer Form auf der Ebene unterstützender Dienstleistungen fort. Auch

hier setzen sich die Maßnahmen bausteinartig zusammen, wobei hier analoge Schnittmengen und Versorgungslücken zur normativen Ebene bestehen.

Gleichzeitig wird immer wieder Kritik am Sozialstaat geübt, insbesondere im Zusammenhang mit der Verknappung öffentlicher Mittel. Neoliberale Kreise kritisieren die soziale Sicherung als einen Versorgungs- oder Betreuungsstaat (vgl. NEUMANN/SCHAPER 1998: 19). Diese Kritik trifft jedoch insbesondere auf die genannten Risikogruppen nicht zu. Menschen mit spezifischen Hilfebedarfen sind auf das Solidarprinzip angewiesen, um die Chance einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe zu wahren. Gleichzeitig ist es jedoch notwendig zu untersuchen, ob bzw. auf welche Weise die soziale Sicherung bei gleichem Ressourceneinsatz effizienter organisiert werden kann. Dies trifft in besonderer Weise auf die ambulanten Versorgungsstrukturen zu.

3 Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung

Die risikohaften Lebenslagen unterstützungsbedürftiger Menschen werden durch den Sozialstaat abgesichert. Dabei schafft die normative Ebene der Sozialgesetzgebung die Voraussetzungen, um angemessene Hilfen zu leisten. Diese Gesetze regeln in erster Linie die Ansprüche auf Leistungen und die Kostenübernahme für die jeweiligen Unterstützungen. Ziel dieser Unterstützungen ist es, Bedarfe, die z.B. aus altersbedingten Einschränkungen einer Krankheit oder Behinderung resultieren, zu kompensieren oder zu mildern.

Unterstützende Dienstleistungen sind im Sinne des Gesetzgebers „persönliche Hilfen“ oder „Sachleistungen“, die sich gegen immaterielle Notlagen der Betroffenen richten (z.B. bei Pflegebedürftigkeit). Dabei ist es nur mittelbar die Aufgabe des Sozialstaats, diese Hilfen für die Betroffenen vor Ort zu erbringen. Vielmehr wird diese Aufgabe in der Regel vom Staat an freigemeinnützige oder privat-gewerbliche Dienstleister delegiert, lediglich in Ausnahmen sind öffentliche Dienstleister zuständig.

Die ambulanten Unterstützungen müssen dementsprechend zwischen verschiedenen Institutionen, nämlich den jeweiligen vom Sozialstaat vorgesehenen Kostenträgern⁸, den zuständigen Dienstleistern und nicht zuletzt den Betroffenen abgestimmt werden. Dabei muss ein effektiver Transfer der normativen Ansprüche zu den Nutzern gewährleistet werden, um bestehende Bedarfslagen alter, chronisch kranker und behinderter Menschen angemessen zu befriedigen. Ambulante Unterstützungen durch die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung oder die Sozialhilfe können nämlich nur dann realisiert werden, wenn bestehende normative Ansprüche durch die entsprechenden Dienstleistungen inhaltlich gefüllt werden. Deshalb muss bei den weiteren Analysen vom Prozess der Wohlfahrtsproduktion ausgegangen werden. Der Begriff „Wohlfahrt“ schließt dabei Maßnahmen ein, um die Bedürfnisse der Betroffenen objektiv und subjektiv zu befriedigen. Dementsprechend ist Wohlfahrtsproduktion der Einsatz von Ressourcen (z.B. Geld und Dienstleistungen) mit dem Ziel, die Betroffenen bedarfsadäquat zu unterstützen (vgl. EVERS/OLK 1996: 15). Diese spezifischen

⁸ In der Nomenklatur des SGB XII handelt es sich um Leistungsträger und Leistungserbringer.

Aufgaben werden auf der professionellen Ebene vorrangig von freigemeinnützigen oder privaten Anbietern erfüllt (Subsidiaritätsprinzip).

Das Subsidiaritätsprinzip räumt nicht-professionellen Unterstützungsformen einen Vorrang vor organisierten Hilfen durch professionelle Dienstleister ein. Damit soll auf bestehende Hilfpotentiale der kleinen Netzwerke aufgebaut werden, denn kleine Netzwerke werden als vorrangige Ressource gesehen, um Rückhalt in alltäglichen Situationen zu bieten (vgl. NESTMANN 1991: 48, KEUPP 1985: 20 ff.). Zu diesen nicht-professionellen Hilferessourcen zählen insbesondere Unterstützungen durch Familienangehörige, Verwandte, Nachbarn und Freunde, durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (z.B. der Kirchen, Wohlfahrtsverbände) sowie organisierte Formen von Selbsthilfe, aber auch die individuelle Selbsthilfe der Betroffenen (vgl. BÄCKER/BIS-PINK/HOFMANN/NAEGELE 1989: 293 f.). Dabei zählen organisierte Selbsthilfegruppen in der Regel nicht mehr zu den primären Netzwerken. Der Subsidiaritätsbegriff sollte in diesem Zusammenhang als eine öffentliche Vorleistungsverpflichtung interpretiert werden (vgl. BÄCKER/HEINZE/NAEGELE 1995: 125).

Die Ressourcen der informellen Netzwerke müssen hoch bewertet werden, denn bei umfassenden Unterstützungsbedarfen können Schwierigkeiten auftreten. So können an den Schnittstellen der gesetzlichen Vorgaben „Versorgungslücken“ entstehen (z.B. bei psycho-sozialen Hilfebedarfen). Deshalb ist es vorteilhaft, wenn eventuelle Engpässe bei professionellen Unterstützungsarrangements durch nicht-professionelle Hilfpotentiale ausgeglichen werden können. Diese Problematik wird verstärkt seit Einführung der Pflegeversicherung diskutiert, die als eine sogenannte Teilversicherung konzipiert ist. Dementsprechend setzt die Pflegeversicherung auf die ergänzende Unterstützung durch informelle Netze, um die nicht abgedeckten Bedarfe zu befriedigen (vgl. GEISER 1995: 104).

Mit der Einbeziehung informeller Hilfpotentiale dürfen professionelle Hilfeaktivitäten jedoch nicht eingeschränkt oder sogar abgebaut werden, weil eine organisierte Selbsthilfe ohne die externe Unterstützung durch professionelle Dienstleister nicht möglich ist (vgl. HEINZE/NAEGELE 1994: 424). Trotz der Bestrebungen, die Selbsthilfpotentiale und die Potentiale der kleinen Netze zu stärken und die Nachbarschaftshilfe zu fördern, haben professionelle Dienstleis-

tungen einen zentralen Stellenwert für die Unterstützung hilfebedürftiger Menschen. Deshalb muss es möglich sein, auf ein bedarfsgerecht organisiertes Netzwerk professioneller Hilfen zurückzugreifen. Nur so kann der inzwischen politisch favorisierte Grundsatz des Vorrangs von ambulanten Hilfen vor einer stationären Versorgung realisiert werden. Dabei sollten sich professionelle Versorgungsformen und informelle Hilferessourcen möglichst ergänzen.

Der Sozialstaat trägt hier die letztendliche Verantwortung, bedarfsgerechte Hilfen bereitzustellen. Bei den sozialpolitischen Planungen sollten die informellen Hilfpotentiale deshalb zwar als ergänzender Faktor, nicht aber als Ersatz für eine professionelle Versorgungsinfrastruktur einkalkuliert werden. Denn der Sozialstaat ist im Sinne der Daseinsvorsorge für die Gestaltung der erforderlichen Rahmenbedingungen und damit für die Bereitstellung adäquater Dienste und Hilfen verantwortlich. Deshalb ist es von besonderem Interesse, wie das System unterstützender Dienstleistungen aufgebaut ist und in der Praxis funktioniert.

3.1 Entwicklungslinien der dualen Wohlfahrtspflege und die Suche nach einem neuen „Welfare-Mix“

Das System unterstützender Dienstleistungen wird in erster Linie durch die verschiedenen professionellen Anbieter bestimmt. Dabei sind freigemeinnützige, privat-gewerbliche und öffentliche Dienstleister für die Hilfeleistungen vor Ort zuständig, wobei dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend nichtöffentliche Anbieter bevorzugt werden. So schreibt z.B. das BSHG vor, einen Teil der öffentlichen Pflichtaufgaben an freigemeinnützige Träger zu delegieren. „Wird die Leistung im Einzelfall durch die freie Wohlfahrtspflege erbracht, sollen die Träger der Sozialhilfe von der Durchführung eigener Maßnahmen absehen (...)“ (§ 5 Abs. 4 SGB XII). Weiterhin sollen öffentliche Träger nur dann eigene Einrichtungen bereitstellen, wenn subsidiär zu bevorzugende Träger keine leistungsfähige Infrastruktur besitzen oder aufbauen können (vgl. § 75 Abs. 2 SGB XII).

„Duale Wohlfahrtspflege“ ist dementsprechend die Kombination von öffentlichen, freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Wohlfahrtsträgern, indem sich der Sozialstaat zwar verpflichtet, risikohafte Lebenslagen abzusichern, die Leistungserbringung jedoch an freigemeinnützige und zunehmend auch privat-gewerbliche Dienstleister überträgt. Dieses Zusammenspiel ist ein Spezifikum

des deutschen Sozialleistungssystems. Die duale Wohlfahrtspflege als eine Kombination öffentlicher und freier Träger hat ihre Ursprünge in der wilhelminischen Zeit. Man hatte erkannt, dass mit der „Privatwohlthätigkeit“ die Fürsorgemaßnahmen zielgenauer realisiert und Innovationen vorangetrieben werden können. Die ersten Versuche, öffentliche und private Fürsorgeaktivitäten gezielt aufeinander abzustimmen, wurden als „Frankfurter Ansatz“ bekannt. „Der Frankfurter Ansatz bestand in Grundzügen darin, dass das städtische Armenamt versuchte, die privaten Vereinigungen dadurch in einen Kooperationsverband einzubeziehen, dass es einerseits gezielt Aufgaben an private Vereine delegierte, diese dann systematisch subventionierte und schließlich die städtischen Interessen in der privaten Fürsorge dadurch zur Geltung brachte, dass Vertreter des Armenamtes in die Vorstände und Leistungsgremien der privaten Vereine entsandt wurden“ (SACHSE 1995: 127). Aus diesen Überlegungen resultiert noch heute der Stellenwert der Verbände der freien Wohlfahrtspflege.

Die freigemeinnützigen Träger gehören in der Regel einem der sechs Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege an, die allesamt in der Zeit des deutschen Kaiserreichs und in der Weimarer Republik gegründet wurden: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche Deutschlands (DW, gegründet 1848), Deutsches Rotes Kreuz (DRK, gegründet 1888), Deutscher Caritasverband (DCV, gegründet 1897), Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (JWStD, gegründet 1917), Arbeiterwohlfahrt (AWO, gegründet 1919), Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV, gegründet 1920). Heute sind die Verbände in der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege organisiert. Mit Ausnahme des DRK und des DPWV sind alle diese Verbände konfessionell oder weltanschaulich ausgerichtet. Die Verbände haben verschiedene Bundes-, Landes- und Ortsverbandsebenen und sind zum Teil in weitere Fachverbände ausdifferenziert. Es handelt sich dabei generell um gemeinnützige Organisationen (z.B. eingetragener Verein oder gemeinnützige GmbH).

Das Ambulanzsystem befindet sich heute zum Großteil in der Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände. Erst in jüngerer Zeit konnten sich auch privat-gewerbliche Anbieter verstärkt etablieren. Es handelt sich dabei um eine Konsequenz des SGB XI, mit dem neuen Anbietern der Zugang zum „Markt“ ermöglicht und der Wettbewerb der Anbieter untereinander gefördert werden sollte.

Aus der Leistungsdelegation an freie Anbieter resultiert eine gewisse Förderverpflichtung des Sozialstaats. Dabei ist es eine Besonderheit der dualen Wohlfahrtspflege, dass die Wohlfahrtsverbände sowohl an der administrativen Organisation des Hilfesystems als auch an der praktischen Durchführung beteiligt sind. Dementsprechend sind die freigemeinnützigen Dienstleister nur bedingt unabhängige Organisationen, da sie auf Vergünstigungen und Beihilfen – im Sinne einer öffentlichen Förderung – angewiesen sind.

Die ambulante Versorgung soll durch ein gezieltes Zusammenwirken von Staat und freien Organisationen effektiv bewältigt werden. Dabei machen sich die öffentlichen Träger die Ressourcen der freien Träger zunutze, die wiederum teilweise aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Dadurch wird die vom Grundsatz her öffentliche Aufgabe, Menschen mit spezifischen Bedarfen zu unterstützen, hauptsächlich „privat“ bearbeitet. Für das ambulante Versorgungssystem resultieren daraus vielfältige Verflechtungen, wechselseitige Abhängigkeiten und konkurrierende Zuständigkeiten.

Diese Versorgungsstrukturen sind einerseits leistungsfähig, führen andererseits aber zu einer gewissen Unübersichtlichkeit. Das heißt, es besteht ein professionelles und extrem diversifiziertes ambulantes Dienstleistungssystem, das jedoch nur unzureichend koordiniert wird. Dabei beharren die verschiedenen Träger auf ihren „Gebietsmonopolen“ und konkurrieren um Klienten, Fördermittel etc., so dass es zu einem unüberschaubaren Nebeneinander unterschiedlicher und gleicher Dienste kommt. Dies kann sich sowohl in einer Unter- als auch in einer Überversorgung der Betroffenen auswirken (vgl. HEINZE/NAEGELE 1994: 419, BÄCKER/BISPINK/HOFEMANN/NAEGELE 1989: 304). Damit ist das Versorgungssystem zwar in höchstem Maße spezialisiert und auch leistungsfähig, es ist jedoch für unterstützungsbedürftige Menschen häufig nur schwer zu durchschauen.

In Verbindung mit Diskussionen um einen „Umbau der sozialen Sicherungssysteme“ wird diskutiert, wie die verschiedenen informellen, freigemeinnützigen, privat-gewerblichen und öffentlichen Hilferessourcen bei der Leistungserbringung zu gewichten sind. Derartige Fragen werden auch international diskutiert. Begriffe wie „Welfare-Mix“ stehen für die Suche nach Neugestaltung bzw. neuen, praktikablen und effizienten Aufteilungsmustern zwischen professionellen

Diensten (öffentliche Träger, Wohlfahrtsverbände, freie Träger) in Kombination mit informellen Ressourcen. So wurde z.B. in den vergangenen Jahren in England versucht, eine „Kooperation zwischen dem staatlichen und dem privatwirtschaftlichen Sektor und dem Bereich freier Träger zu fördern, eine stärkere Nutzung privatwirtschaftlicher und freier Trägerschaften sozialer Dienste anzuregen und eine engere Partnerschaft zwischen den formellen Diensten und den informellen Netzwerken von Fürsorge und Unterstützung durch Familie und Nachbarschaft zu erreichen“ (PINKER 1996: 69).

Im Ambulanzsystem wird eine heterogene Kombination dieser Akteure angestrebt, mit dem Ziel einen Wohlfahrtsmix zu etablieren, in dem sich die spezifischen Stärken und Schwächen freigemeinnütziger, privat-gewerblicher, öffentlicher Träger und des informellen Bereichs (z.B. Familie) ausgleichen bzw. ergänzen (vgl. BÄCKER/HEINZE/NAEGELE 1995: 91). Dabei haben sich die Versorgungsstrukturen in den letzten 30 Jahren bereits durch das Wachstum der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege verändert⁹ (vgl. DÖRRIE 1997: 350, OLK/RAUSCHENBACH/SACHSE 1995: 13). Die letzten Veränderungen resultieren aus der Einführung der Pflegeversicherung und der damit verbundenen Zunahme privat-gewerblicher Anbieter.

3.2 Veränderungen der ambulanten Versorgungsstrukturen

Die Zunahme privat-gewerblicher Dienste kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass unterstützende Dienstleistungen über Jahrzehnte hinweg fast ausschließlich durch die Wohlfahrtsverbände erbracht wurden. Dementsprechend besitzen diese Verbände eine relativ gute Infrastruktur und dominieren das Ambulanzsystem nach wie vor. Die freigemeinnützige Wohlfahrtspflege hat gleichzeitig eine unverkennbare, historisch gewachsene Nähe zum Sozialstaat und ist damit externen Einflüssen ausgesetzt (z.B. Gesetzesänderungen, politischen Entscheidungen). Gleichzeitig haben demographische Faktoren die Notwendigkeit hervorgebracht, die Versorgungsstrukturen auszubauen und umzugestalten (vgl. BMFSFJ 1996: 1). Insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung hat das Ambulanzsystem verändert und neu strukturiert. Darüber hinaus hat

⁹ So hat sich die Zahl der entlohnten Mitarbeiter der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege seit den 70er Jahren von 382.000 auf 1,24 Millionen Ende der 90er Jahre erhöht.

sich aber auch die gesellschaftliche Wahrnehmung von Alter, Krankheit und Behinderung verändert. Dies hat dazu geführt, unterstützungsbedürftige Menschen nicht mehr abseits der Gesellschaft zu versorgen, sondern durch verschiedene Hilfen zu unterstützen, damit sie im eigenen Haushalt leben können. Dabei erfordern Unterstützungen im häuslichen Umfeld andere Rahmenbedingungen und einen höheren logistischen Aufwand als eine stationäre Versorgung.

3.2.1 Selbstbestimmung als Richtschnur der Versorgung

Die Unterstützung von behinderten Menschen war bis Ende der 60er Jahre von einem klassischen Versorgungsdenken geprägt („kustodiales Paradigma“, vgl. HOHMEIER/MENNEMANN 1995: 375). „Anomalien“ in Form von Behinderung begegnete man mit Handlungsmaximen wie Aufsicht, Pflege und Betreuung. So wurden Menschen mit Behinderungen von der Gesellschaft ferngehalten und vorzugsweise in besonderen Institutionen versorgt (Großeinrichtungen, sogenannte Anstalten). Analog dazu wurde Alter im Sinne eines Defizitmodells als „Abbauprozess“ verstanden und auch alte Menschen wurden häufig in spezialisierten Einrichtungen versorgt bzw. ausgegrenzt.

Dem klassischen Versorgungsdenken widersprechend, fordern Menschen mit Behinderungen heute selbstverständlich ihr Recht auf eine eigenständige und selbstbestimmte Lebensführung ein. Vorausgegangen sind die Veränderung des traditionellen Behinderungsbegriffs sowie damit verbundene gesellschaftliche Umdenkungsprozesse und Paradigmenwechsel.

Die Veränderungen wurden durch die Independent-Living-Bewegung angeregt, die in den 70er Jahren in den USA aufgekommen ist. Dabei forderten Menschen mit umfassenden Unterstützungsbedarfen mehr Autonomie und Selbstbestimmung, indem sie sich gegen fremdbestimmte Lebensbedingungen in stationären Einrichtungen wandten (vgl. ÖSTERWITZ 1991: 10). Behinderte Menschen fingen an, ihre persönlichen Bedürfnisse zu artikulieren und Normalität einzufordern, um eine selbstbestimmte Lebensführung in einer frei gewählten Umgebung zu realisieren (vgl. WINDISCH/MILES-PAUL 1991: 3). Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung besteht in Deutschland seit den 80er Jahren. Es wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, so dass nicht mehr primär die Behinderungen, sondern die spezifischen Bedarfslagen („special-needs“) beachtet

werden sollten. Dieser Paradigmenwechsel bezieht sich auch auf die Altenhilfe und macht veränderte Handlungsmaximen erforderlich, wie z.B. Begleitung, Beratung und Assistenz. Denn Menschen mit spezifischen Hilfebedarfen können nur dann eigene Lebensentwürfe realisieren, wenn sie durch ein geeignetes System ambulanter Dienste und Hilfen unterstützt werden (vgl. ADAM 1993: 267).

Ausdruck dieser Veränderungen ist die stärkere Gewichtung ambulanter Unterstützungen gegenüber einer stationären Versorgung. Dies ist an der ambulanten Infrastruktur abzulesen: Etwa 80% der Dienste wurden in den 80er und 90er Jahren gegründet (freie Wohlfahrtspflege), während ca. zwei Drittel der stationären Einrichtungen bereits vor 1979 gegründet wurden. Die privatgewerblichen Dienste wurden fast ausschließlich erst nach 1979 gegründet (vgl. BANDEMER/BORN/BUßMANN 1995: 25). Diese Zahlen belegen, dass es seit Ende der 70er Jahre einen stärkeren Trend zur ambulanten Unterstützung gibt.

Diese Entwicklung hat u.a. maßgeblich die Entstehung des SGB IX beeinflusst, so ist z.B. § 1 Abs. SGB IX überschrieben mit „Selbstbestimmung und Teilhabe in der Gesellschaft“. Hinzu kommt, dass Deutschland – zumindest formal – das einzige Land ist, das den Leistungsträgern vorschreibt, sich am tatsächlichen Rehabilitationsbedarf zu orientieren und schafft damit eine wesentliche Basis für Selbstbestimmung. Mit dem SGB IX ist als Ausdruck dieser Entwicklung auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ¹⁰ in das Sozial- und Leistungsrecht eingegangen (vgl. STEFFENS 2005: 68).

¹⁰ Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) lautet: „Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und –strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen)“ (DIMDI 2004: 4).

Im Rahmen der ICF ist ein Paradigmenwechsel deutlich erkennbar, indem es sich um ein umfassendes Konzept von Gesundheit/Krankheit und Behinderung handelt, in das sowohl soziale Modelle von Behinderung als auch ressourcenorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung eingegangen sind (vgl. BARTMANN 2005: 16). Die Unterstützungsbedarfe von Menschen mit und ohne Behinderungen können damit adäquat beschrieben werden.

Die WHO definiert eine Beeinträchtigung der Partizipation bzw. Teilhabe als „(...) ein Problem, das ein Mensch in Hinblick auf sein Einbezogenensein in Lebenssituationen erleben kann“ (DIMDI 2004: 19). In Form von sogenannten Kontextfaktoren bietet die ICF verschiedene Items, die für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen relevant sind, wie z.B. das Bestehen notwendiger Dienstleistungen und deren Arbeitsweise oder normative Vorgaben. Die Qualität von Rehabilitationsleistungen bzw. unterstützenden Angeboten muss sich dementsprechend – insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung – daran messen lassen, inwieweit Angebote für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen dazu geeignet sind, das Ziel einer selbstbestimmten, barrierefreien Teilhabe zu erreichen.

3.2.2 Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ und seine Auswirkungen

Mit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung hat sich der Sozialstaat ausdrücklich auf den Vorrang ambulanter Unterstützungen vor einer stationären Versorgung festgelegt: „Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen den Leistungen der vollstationären Pflege vor“ (§3 SGB XI). Vergleichbare Vorgaben finden sich auch in den anderen Sozialgesetzbüchern. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung haben einzelne Bundesländer Regelungen zu ambulanten Unterstützungen getroffen. Sie verfolgten dabei z.B. das Ziel, hilfebedürftige Menschen besser zu integrieren. So hat beispielsweise Bayern gezielte Regelungen zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit getroffen (vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG 1990) und Nordrhein-Westfalen hat den Vorrang ambulanter Hilfen sowie die Integration alter Menschen zum Grundsatz der Altenpolitik erho-

ben (vgl. MAGS 1991). Nordrhein-Westfalen hat zudem bereits Ende der 90er Jahre ein Aktionsprogramm zur Integration von Menschen mit Behinderungen verabschiedet. Mit dem Ziel, gleichberechtigte Lebensformen zu ermöglichen, interpretiert die Landesregierung den Grundsatz „ambulant vor stationär“ so, „dass auch intensive Hilfen nach Möglichkeit ambulant und wohnortnah gewährt werden sollen“ (MAGS 1997: 15).

Die Proklamation des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ hat den Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen zwingend erforderlich gemacht. Hier hat die Pflegeversicherung zu einem quantitativen Ausbau der ambulanten Infrastruktur geführt. So existierten z.B. drei Jahre vor Einführung der Pflegeversicherung 4.000 Sozialstationen, diese Zahl hatte sich sechs Jahre später auf über 11.000 Sozialstationen erhöht (vgl. BMA 1998a, 113). Dabei handelt es sich um die Konsequenz aus veränderten Finanzierungsmodalitäten und die gestiegene Anzahl privat-gewerblicher Dienste.

Die freie Wohlfahrtspflege konnte dennoch ihre Vormachtstellung behaupten. So setzt sich das Ambulanzsystem in Nürnberg z.B. aus 71% freigemeinnützigen, 28% privat-gewerblichen und 1% öffentlichen Trägern zusammen (vgl. BURMEISTER 1997: 239, eigene Berechnung). Die Veränderungen im Ambulanzsystem, die u.a. mit einem stärkeren marktwirtschaftlichen Wettbewerb verbunden sind, können allerdings auch zu Problemen führen. So schließen in einer Großstadt wie Essen z.B. jährlich 10% der Pflegeeinrichtungen und an ihre Stelle rücken neue Anbieter (vgl. STADT ESSEN 1999: 15, WAZ vom 3.12.99). Dies kann insbesondere zu Schwierigkeiten der Versorgungskontinuität führen.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ zeigt zudem Auswirkungen im allgemeinen Gesundheitsbereich. So sieht z.B. das SGB V inzwischen vor, Krankenhausaufenthalte – sofern das Behandlungsziel auch anderweitig erreicht werden kann – möglichst zu vermeiden oder auf ein Minimalmaß zu verkürzen (vgl. u.a. §§ 37, 39, 115 ff. SGB V). Dementsprechend sind immer mehr rekonvaleszente Menschen zumindest für einen begrenzten Zeitraum auf ambulante Unterstützungen angewiesen.

Der Vorrang ambulanter Versorgung (und die Pflegeversicherung) hat im geriatrischen Bereich dazu geführt, dass wesentlich mehr Menschen mit Unterstützungsbedarfen in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden. Dementsprechend

ist die Anzahl der Neuaufnahmen in Heimen gesunken und das Durchschnittsalter bei der Aufnahme deutlich angestiegen. So liegt z.B. im Bundesland Bayern das Eintrittsalter für Altenheime bei durchschnittlich 86 Jahren (vgl. BMA 1998: 113 f.). Für alte Menschen hat sich mit dem Vorrang der ambulanten Versorgung die „Einstiegsschwelle“ in stationäre Wohnformen erhöht, da die Zugangsvoraussetzung in der Regel eine entsprechende Pflegebedürftigkeit ist (gemäß SGB XI). Dementsprechend wurden Wartelisten in Heimen weitgehend abgebaut. Träger stationärer Einrichtungen berichten allerdings davon, dass Heime damit zu einer „Endstation“ für diejenigen werden, bei denen eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr realisiert werden kann bzw. bei denen eine ambulante Versorgung „unverhältnismäßige“ Mehrkosten verursachen würde.

Für Menschen mit Behinderungen verschärft sich diese Problematik, wenn umfassende Bedarfslagen bestehen. Hier schränkt der Gesetzgeber ein, dass ambulante Hilfen nicht vorrangig sind, „wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist“ (BMA 1998: 115). Insbesondere bei schwerstbehinderten Menschen, die einen sehr intensiven Unterstützungsbedarf in allen Lebensbereichen haben, können die Kosten für eine ambulante Versorgung rasch die einer stationären Versorgung übersteigen. So ist die Kostenübernahme für eine professionelle ambulante 24-Stunden-Versorgung mit den Auszahlungsbeträgen der Pflegeversicherung häufig nicht zu realisieren. Hier soll die Härtefallregelung für Menschen der Pflegestufe III, die einen besonders intensiven Pflegebedarf haben, Abhilfe schaffen. Dabei dürfen jedoch maximal 3% der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III als „Härtefälle“ eingestuft werden.

Der Vorrang ambulanter Versorgung gilt also nur dann, wenn den jeweiligen Kostenträgern daraus kein Nachteil entsteht. Diese Vorgaben engen jedoch unter Umständen die eigenständige Lebensgestaltung von Menschen mit Hilfebedarfen ein. Alternativ dazu sind ergänzende Zahlungen der Sozialhilfeträger erforderlich, das heißt jedoch, dass nach wie vor verschiedene Kostenträger notwendig sind, um Unterstützungen für eine selbstbestimmte Lebensführung zu finanzieren.

3.2.3 Versorgungstrends bei der Kostenübernahme ambulanter Dienstleistungen

Die sozialstaatliche Kostenübernahme von ambulanten Dienstleistungen richtet sich insbesondere nach den normativen Vorgaben der Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Dabei haben sich die Modalitäten zur Kostenübernahme seit der Einführung der Pflegeversicherung verändert, nicht zuletzt weil dadurch ein weiterer Kostenträger etabliert wurde. Damit wurde die Verantwortlichkeit für Kostenübernahme in die Komplexe „Krankheit“, „Pflege“ und „Eingliederung“ getrennt. Dies kann bei umfassenden Unterstützungsbedarfen die Kombination von Leistungen der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung und gegebenenfalls der Sozialhilfe notwendig machen. Diese Veränderungen können den Aufbau komplexer Unterstützungsarrangements erschweren.

Gleichzeitig wurde mit der Pflegeversicherung das Selbstkostendeckungsprinzip zugunsten einer Festpreisfinanzierung aufgegeben. Die Kosten für bestimmte Leistungen werden nur noch bis zu festgelegten Beträgen übernommen. Diese normierten Festpreise führen zu einer sogenannten Budgetierung bzw. „Deckelung“ der Leistungen. In der Praxis heißt das, dass Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen von den Einnahmen der Pflegekassen abhängen. Dabei wird die Deckelung als ein sozialpolitisches Instrument zur Ausgabenbegrenzung aufgefasst. Auch die Dienstleister werden dazu verpflichtet, mit ihren Leistungen das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten bzw. nicht unwirtschaftlich zu arbeiten (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V). Der bisher angewandte Solidargrundsatz wird durch dieses Vorgehen eingeschränkt. Dementsprechend stimmen der Unterstützungsbedarf der Betroffenen und die sozialstaatliche Kostenübernahme nicht zwangsläufig überein, so dass Differenzbeträge entstehen können, die entweder aus Eigenmitteln getragen werden müssen oder zu Versorgungslücken führen können. Legt man den Bedarf zugrunde, der laut SGB XI zur Anerkennung einer Pflegebedürftigkeit notwendig ist, stellen die Leistungen der Pflegeversicherung eher eine Teilfinanzierung dar und müssen häufig ergänzt werden (vgl. BOROSCH/NAEGELE 1998: 5). Zudem berichten die Betroffenen häufig von unklaren Zuständigkeiten oder Zuständigkeitskonflikten der Kostenträger.

Das System der Deckelung hat bei den ambulanten Dienstleistern zur Konsequenz, dass Vergütungen begrenzt werden. Dies führt in der Praxis dazu, dass Dienste häufig nur noch die „lukrativen“ Leistungen erbringen. So konzentrieren sich Sozialstationen z.B. eher auf die besser abzurechnenden Leistungen der häuslichen Kranken- und Altenpflege (vgl. HEINZE/NAEGELE 1994: 426), während pflegeflankierende Leistungen teilweise zu kurz kommen. Das heißt, wirtschaftliche Erwägungen spielen heute eine wesentlich stärkere Rolle als früher, wobei das Risiko besteht, die Bedarfe der Kunden zu vernachlässigen. Diese Regelungen können dazu führen, dass Unterstützungsarrangements eher an dem verfügbaren Budget, als an dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet werden (vgl. BURMEISTER 1997: 241). Hier besteht die Gefahr, dass die Problemsicht der Dienstleister für nutzerbezogene Bedarfslagen und Handlungserfordernisse eingeschränkt wird. Möglicherweise werden dabei die Bereiche ausgeblendet, deren Kostenübernahme nicht oder nur unzureichend gesichert ist, wie z.B. bei hauswirtschaftlichen Hilfen oder psycho-sozialen Unterstützungen (vgl. MAGS 1995: 40 f.). Dies bedeutet, dass Probleme bei der Kostenübernahme eine ganzheitliche Versorgung verhindern können.

Dieser Entwicklung folgend werden z.B. Leistungen der Behandlungspflege aufgrund ihrer besseren Vergütung bevorzugt erbracht. Dabei werden für die Anbieter Kunden mit einer hohen Betreuungsintensität unattraktiv, weil es sich die Dienste z.B. nicht leisten können, lediglich zwei gering vergütete Leistungskomplexe aus dem hauswirtschaftlichen Bereich zu erbringen (vgl. BURMEISTER 1997: 421). Um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, müssen die Maßnahmen am Bedarf der Betroffenen ausgerichtet werden. Andernfalls besteht die Gefahr, dass notwendige Angebote nicht bzw. nicht in ausreichendem Maß vorgehalten werden und sich die Anbieter auf leicht refinanzierbare Leistungen konzentrieren. Dies geht insbesondere zu Lasten derjenigen Unterstützungsbedürftigen, die nicht über ausreichende Ressourcen verfügen (Familie, Finanzen etc.), um anderweitig Hilfen zu erhalten (vgl. SCHMIDT/WINKLER 1998: 191). Probleme tauchen in erster Linie bei den Dienstleistungen auf, bei denen die gesetzliche Kostenübernahme nicht eindeutig geregelt ist.

Im Ambulanzsystem sind widersprüchliche Trends festzustellen: Einerseits ist die Versorgungsinfrastruktur quantitativ ausgebaut worden, was an der steigenden Anzahl ambulanter Dienste abzulesen ist. Dadurch hat sich der Nachfrage-

überhang, der noch Anfang der 90er Jahre bestand, inzwischen in ein Überangebot verkehrt. Andererseits wird die Infrastruktur nur in bestimmten Bereichen zielgerichtet ausgebaut, nämlich dort, wo gute Refinanzierungsmöglichkeiten bestehen (z.B. bei Pflegeleistungen gemäß SGB V). Der infrastrukturelle Ausbau von ambulanten (sozialen) Dienstleistungen, bei denen die Kostenübernahme durch die jeweiligen Kostenträger nicht eindeutig geklärt ist, ist bisher eher defizitär. Dies gilt z.B. bei unterstützenden Dienstleistungen für psychisch kranke Menschen oder bei hauswirtschaftlichen Diensten (vgl. BÄCKER/HEINZE/NAEGELE 1995: 89). Die Finanzierung avanciert damit zum zentralen Faktor, der die Ausdifferenzierung der ambulanten Versorgung reguliert.

4 Infrastruktur des ambulanten Versorgungssystems

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein gut ausgestattetes System der sozialen Sicherung. Daraus lassen sich jedoch keine pauschalen Bewertungen über die sozialen Dienstleistungsangebote ableiten. Die Unterstützungen werden durch ein differenziertes Hilfesystem ausgeführt, das qualitativ und quantitativ sehr heterogen ist und mit den regionalen Infrastrukturen korreliert. Allgemein besteht das System ambulanter Dienstleistungen jedoch aus hochspezialisierten Einzeldienstleistungen.

Professionelle ambulante Hilfen sollen für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen die Sicherungsfunktion primärer Netzwerke adäquat ersetzen bzw. ergänzen. Dabei muss es möglich sein, sich bei individuellen Problemlagen an ein formal organisiertes professionelles Unterstützungssystem zu wenden, um kompetente Hilfen zu erhalten (vgl. OLK/OTTO 1987: 1). Diese Dienstleistungen müssen einerseits in ausreichender Anzahl bereitgestellt werden und andererseits gezielt aufeinander abgestimmt werden, um umfassende Bedarfslagen abzudecken.

4.1 Ambulante Versorgungsstrukturen im Kontext nutzerbezogener Bedarfe

Ambulante Dienstleistungen sollten sich an den Bedarfen unterstützungsbedürftiger Menschen messen lassen. Um die Bedarfslagen der Nutzerinnen und Nutzer abzudecken, müssen die ambulanten Leistungen mit der Lebenswelt der Betroffenen kompatibel sein.

Die Pflegeversicherung ist, wie bereits dargestellt, nicht darauf ausgerichtet, ganzheitlich auf die Bedarfe unterstützungsbedürftiger Menschen zu reagieren. Dennoch basiert das Anerkennungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auf einem Ausschnitt lebensweltlicher Bezüge. Bei der Begutachtung werden Aktivitäten des alltäglichen Lebens und die Alltagskompetenz mit Hilfe des ADL/IADL-Konzepts (Activities/Instrumental Activities of Daily Living) untersucht:

- **Persönliche Hygiene, Körperpflege**
 - An- und Ausziehen
 - Kämmen
 - Duschen, Waschen
 - Baden
 - Allein die Toilette benutzen
 - Wasser und Stuhl lassen
 - Bei Männern: Sich rasieren
- **Mobilität innerhalb der Wohnung**
 - Zu Bett gehen, das Bett verlassen
 - Auf einen Stuhl setzen, aufstehen
 - In der Wohnung umhergehen
 - Treppen steigen
- **Nahrungszubereitung, -aufnahme**
 - Mahlzeiten zubereiten
 - Nahrungsmittel mit dem Messer schneiden
 - Mahlzeiten und Getränke zu sich nehmen
- Medikamente richten und einnehmen
- **Haushaltsführung**
 - Wohnung saubermachen
 - Wohnung heizen
 - Lebensmittel einkaufen
 - Finanzielle Angelegenheiten regeln
- **Kommunikation und außerhäusliche Mobilität**
 - Öffentliche Verkehrsmittel benutzen
 - Telefonieren
 - Besuche machen
 - Außerhalb der eigenen Wohnung zu-rechtfinden
- **Sonstiges**
 - Tagsüber mehrere Stunden allein in der Wohnung bleiben

(SCHNEEKLOTH/POTTHOFF 1996: 31)

Diese Liste enthält die einzelnen Tätigkeiten aus den Bereichen Selbstversorgung, Haushaltsführung und außerhäusliche Kontakte. Das ADL/IADL-Konzepts setzt bei „einem als normal zu bezeichnenden menschlichen Alltagsaktivitäten-Set“ (WETZLER 1995: 41) an und gibt Aufschluss über zu beantwortende Bedarfslagen im alltäglichen Bereich. Allerdings kann es nicht die Vielschichtigkeit der Alltagskompetenz abbilden, weil die Alltagskompetenz erst durch eine situationsadäquate und kontextgerechte Anwendung dieser Fähigkeiten definiert wird (vgl. ZEMANN 1998: 73). Hilfebedarfe werden dabei hauptsächlich im Sinne von „funktionalen Dysfunktionen“ begriffen und lediglich die Abweichung von der „normalen“ Leistungsfähigkeit ist von Interesse. Psychosoziale Faktoren bleiben dabei weitgehend unberücksichtigt.

Anforderungen an eine professionelle ambulante Infrastruktur

Kompensatorische Maßnahmen ambulanter Dienste und Hilfen sichern für Menschen mit Unterstützungsbedarfen eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe. Deshalb müssen die Unterstützungen passgenau zu den Bedarfen

der Betroffenen sein. Diese angestrebte Bedarfsgerechtigkeit setzt ganzheitliche Reaktionen voraus, bei denen sowohl psycho-soziale Komponenten als auch Aktivitäten des alltäglichen Lebens berücksichtigt werden. Eine Konzentration auf somatische Bedarfslagen ist hierbei nicht zulässig.

In der Bedarfspalette ist die Pflegebedürftigkeit lediglich ein ausgewählter Bestandteil, der jedoch besonders beachtet wird, wie die Pflegeversicherung deutlich macht. Es handelt sich dabei um einen Bereich mit einer weitgehend gesicherten Kostenübernahme. In der Praxis ist es jedoch zumeist notwendig, die pflegerischen Komponenten durch komplementäre Angebote zu ergänzen. Weil professionelle Dienstleistungen vielfach die Funktion primärer Netzwerke übernommen haben, darf keine Konzentration auf somatische Problemlagen erfolgen. Vielmehr müssen auch andere Bedarfe gleichberechtigt berücksichtigt werden (z.B. kommunikative und psycho-soziale Bedarfe). Sonst besteht für die Betroffenen z.B. die Gefahr, dass Einsamkeitstendenzen nicht vorgebeugt wird oder der Alltag aufgrund kleinerer, unvorhersehbarer Schwierigkeiten im Haushalt nicht bewältigt wird.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass unterstützungsbedürftige Menschen z.B. folgende Bedarfe an die ambulanten Versorgungsstrukturen richten:

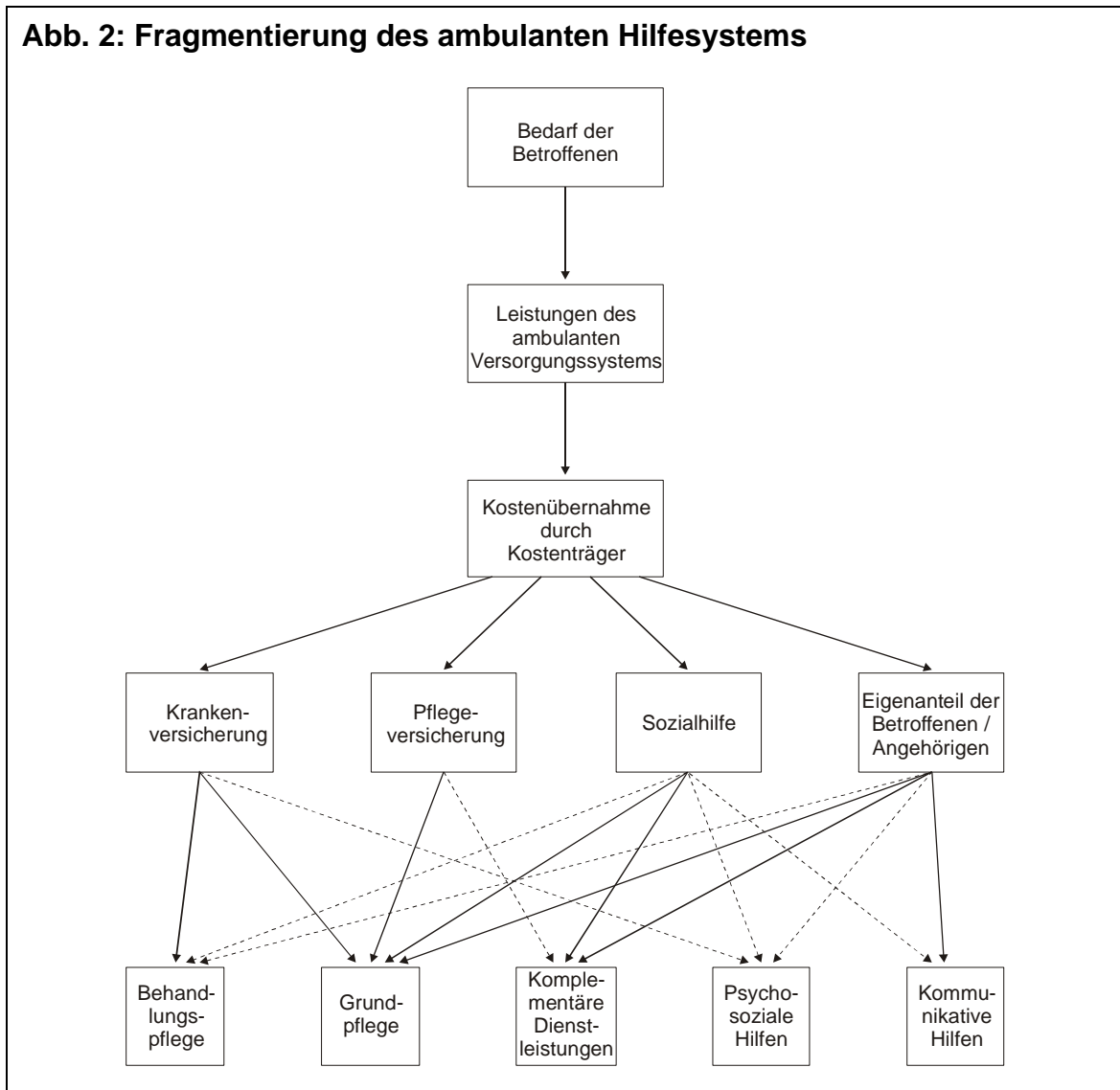
- Medizinische Notfälle (z.B. Schlaganfälle, Herzinfarkte)
- Akute körperliche Hilfebedarfe (z.B. Stürze, unvorhergesehene körperliche Hilflosigkeit)
- Pflegerische Bedarfe (Grund- und Behandlungspflege)
- Psycho-soziale Hilfebedarfe (z.B. bei Angst, Einsamkeit, Lebensproblemen)
- Unterstützungsbedarfe im Haushalt und bei der Alltagsbewältigung
- Hilfebedarfe bei der gesellschaftlichen Teilhabe
- Lebens- und alltagspraktischer Informationsbedarf (z.B. über mögliche Hilfequellen zur Alltagsbewältigung)

Die Unterstützungen auf diese Bedarfslagen sollten situationsbezogen und wohnortnah geleistet werden. Dies erfordert u.a. ein Kundenverständnis, bei dem sich das Angebot an den Bedarfen der Betroffenen ausrichtet und sich hilfebedürftige Menschen nicht an eine bestehende Infrastruktur anpassen müssen.

4.2 Spezialisierung und Fragmentierung der ambulanten Versorgung

Das Ambulanzsystem besteht aus einer Vielzahl spezialisierter Einzeldienstleistungen, die von verschiedenen professionellen Akteuren erbracht werden. Dabei weisen die ambulanten Versorgungsstrukturen auf das fragmentierte Kostenträgersystem hin. Damit ergibt sich eine besondere Situation: Einerseits haben sich bestimmte Dienstleister auf bestimmte Bedarfslagen spezialisiert. Andererseits hängt die Kostenübernahme für diese Dienstleistungen von dem fragmentierten Kostenträgersystem ab. Dies führt bei komplexen Unterstützungsarrangements zu der notwendigen Kombination verschiedener Dienstleister und verschiedener Kostenträger (ggf. 3-4 Kostenträger). Für eine bedarfsgerechte Versorgung muss es deshalb gelingen, die Dienstleister und Kostenträger auf die individuelle Situation unterstützungsbedürftiger Menschen abzustimmen.

Weil sich die ambulanten Dienstleistungen am sozialstaatlichen Kostenträgersystem orientieren, haben sich die verschiedenen Hilfeangebote analog zu diesem System ausdifferenziert und spezialisiert. Dabei sind die Leistungen hauptsächlich unter folgenden „Leistungsbausteinen“ zusammenzufassen: Behandlungspflege, Grundpflege, Komplementäre Dienstleistungen, Psycho-soziale Hilfen und Kommunikative Hilfen. Die Kostenübernahme dieser Leistungen erfolgt in erster Linie durch die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe oder durch einen Eigenanteil der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen. Andere Kostenträger, wie z.B. Entschädigungsleistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (z.B. Pflegezulage) oder nach entsprechend anwendbaren Gesetzen (z.B. für Opfer von Gewalttaten), nach der gesetzlichen Unfallversicherung, nach dem öffentlichen Dienstrecht (z.B. Dienstunfälle von Beamten, Soldaten etc.) spielen insgesamt eher eine untergeordnete Rolle. Diese Aufspaltung ambulanter Leistungen nach Kostenträgern macht die Versorgungsstrukturen unübersichtlich und geht damit zu Lasten der Betroffenen.

Abb. 2: Fragmentierung des ambulanten Hilfesystems

Das Ambulanzsystem wird durch eine Vielzahl spezialisierter Einzeldienstleistungen geprägt. Diese Strukturen mit jeweils verschiedenen Organisations- und Finanzierungsbedingungen stammen zum Teil noch aus der „Frühphase“ der Armen- und Krankenpflege. Als Konsequenz setzt sich die ambulante Infrastruktur aus einer Gemengelage unterschiedlicher Dienste und Einrichtungen zusammen, mit dem Resultat eines fragmentierten Versorgungssystems. Dabei bestehen außerdem qualitative und quantitative Regionalunterschiede. Diese Entwicklung wurde insbesondere durch folgende Faktoren begünstigt (vgl. GEISER/ROSENDAHL 1995: 149 f.):

- Die einzelnen Dienstleistungen werden durch unterschiedliche Kostenträger in wechselnden Kombinationen finanziert (insbesondere Pflegekassen, Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Betroffene).

- Die Versorgungslandschaft ist von einer Trägerpluralität geprägt, deren Organisationen unterschiedliche Ziele verfolgen. Dies führt in Verbindung mit den Kostenträgern zu einer Unübersichtlichkeit, die durch eine steigende Anzahl privat-gewerblicher Anbieter verstärkt wird. Diese Situation führt häufig dazu, dass bestimmte Leistungen innerhalb eines Versorgungsgebietes mehrfach angeboten werden, während andere fehlen. Dabei müssen sich die Betroffenen zumeist selbständig über die verschiedenen Angebote informieren.
- Die einzelnen Dienstleister haben sich zumeist auf bestimmte Angebote spezialisiert. Um einen umfassenden Hilfebedarf abzudecken, müssen sich deshalb verschiedene Dienstleistungen und Dienstleister gegenseitig ergänzen.

Während pflegerische Hilfen eher auf somatisch begründete Bedarfe eingehen, decken komplementäre Dienstleistungen eher die Bereiche ab, die für eine ganzheitliche Versorgung notwendig sind, wie z.B. psycho-soziale Unterstützung von Betroffenen (und deren Angehörigen). Denn eine umfassende ambulante Versorgung beinhaltet mehr als somatische Unterstützung. Komplementäre Dienste dienen dazu, vorpflegerische und pflegeergänzende Leistungen zu erbringen. Dabei werden sie durch ehrenamtliche Hilfen begleitet und unterstützen Selbsthilfeaktivitäten (vgl. MAGS 1996: 1208). Dadurch sollen bei den Betroffenen intensivere Unterstützungsbedarfe vermieden und Angehörige entlastet werden. Komplementäre Dienste sind damit ein „ergänzender“ Baustein zur Pflege und für die ganzheitliche Versorgung und die Absicherung eigenständiger Lebensformen unverzichtbar. Zu diesen Dienstleistungen zählen z.B.:

- | | |
|--|---|
| • Hauswirtschaftliche Hilfen | • Pflegehilfsmittelverleih |
| • Psycho-soziale Unterstützungen/Beratungen, gerontopsychiatrische Betreuung | • Wohnraumberatung |
| • Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB), Assistenz für behinderte Menschen | • Kommunikative Hilfen/Hilfestellungen zur gesellschaftlichen Integration |
| • Hausnotruf-Dienste | • Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen |
| • Mahlzeitendienste | • Spezifische rehabilitative und aktivierende Maßnahmen |
| | • Sterbebegleitung |
| | (vgl. FfG 1998: 32) |

Die Kostenübernahme für diese Dienstleistungen gestaltet sich uneinheitlich und wirft häufig Probleme auf. Schwierigkeiten entstehen insbesondere dort, wo

keine klar abgegrenzten und definierten Leistungsansprüche bestehen, wie z.B. bei kommunikativen Hilfen und Hilfestellungen zur gesellschaftlichen Integration. Denn soziale Indikatoren sind für die Finanzierung ambulanter Dienstleistungen durch die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung oder andere Kostenträger nicht relevant. Allerdings werden für Personen mit einer anerkannten Behinderung diese Kosten teilweise durch die sogenannte Eingliederungshilfe abgedeckt (vgl. § 56 Abs. 1 SGB XII).

Diese Konstellationen sind für viele Betroffene nicht transparent und verstärken zum Teil ihre spezifischen Problemlagen. Multifaktorielle Beeinträchtigungen erfordern den Zugriff auf verschiedene Dienstleistungsangebote. Gerade hier zeigen sich die Schwierigkeiten des heterogenen, fragmentierten Ambulanzsystems. Dabei bewirkt das hohe Maß an Trägerpluralität ein gewisses „Überangebot“ am Markt, so dass bestimmte Leistungen innerhalb eines Versorgungsgebietes mehrfach angeboten werden. Im Sinne einer positiven Konkurrenz ist dies zwar nicht negativ zu sehen, den Betroffenen wird damit jedoch mehr Sachkompetenz abverlangt. Denn nominell gleichlautende Dienste müssen keinesfalls über identische Angebotspaletten und Kostenstrukturen verfügen. Die Betroffenen müssen sich selbst informieren, vergleichen und entscheiden, um eine angemessene Versorgung zu erreichen. Die Intransparenz des ambulanten Versorgungssystems kann damit zu „Zugangsbarrieren“ führen, die einer adäquaten Unterstützung entgegenstehen.

Insbesondere bei der Hauptzielgruppe alter, chronisch kranker und behinderter Menschen kumulieren häufig verschiedene Risikolagen (Multimorbidität). Deshalb sollten die ambulanten Dienstleistungen in die bestehenden primären sozialen Unterstützungsnetze (emotionale und praktische Hilfen) und die räumlichen Bedingungen (z.B. Barrierefreiheit der eigenen Wohnung und individuelle Lebensumstände) eingepasst werden (vgl. ZEMAN 1998: 73). Bei umfassenden Bedarfslagen gibt es in der Regel jedoch keine zentrale Instanz, die für die Bereitstellung und Passgenauigkeit aller benötigten Hilfen sorgt. Vielmehr muss bei jedem Betroffenen individuell entschieden werden, welche Dienstleistungen sich effektiv ergänzen, denn das isolierte Agieren von Einzelakteuren kann eine bedarfsgerechte ambulante Unterstützung verhindern.

4.3 Exemplarische Darstellung von ambulanten Diensten

Das ambulante Dienstleistungsspektrum ist in hohem Maß ausdifferenziert und spezialisiert. Dabei sind relativ viele Anbieter auf pflegerische Dienstleistungen spezialisiert, gefolgt von sogenannten Mobilien Sozialen Diensten und ergänzenden Angeboten, wie z.B. institutionalisierte psycho-soziale Beratungsangebote oder gerontopsychiatrische Hilfen. Hier ist allgemein festzustellen, dass die Infrastruktur bei Angeboten, deren Kostenübernahme eindeutig geregelt ist, besser ausgebaut ist.

Anhand von exemplarischen Darstellungen wird aufgezeigt, welche Unterstützungen die verschiedenen Dienstleister hilfebedürftigen Menschen anbieten. Dabei wird deutlich, dass jeweils nur ein Ausschnitt des Bedarfsspektrums beachtet wird. Umfassende Unterstützungsarrangements lassen sich deshalb nur durch eine Kombination unterschiedlicher Dienstleistungsangebote erzielen.

Unterstützungen durch Pflegedienste

Pflegeleistungen stellen keinen eigenen Komplex dar, sondern sind in Leistungen der Grund- und Behandlungspflege differenziert. Diese Trennung wurde durch die Pflegeversicherung eingeführt. Die Behandlungspflege wird durch die Krankenversicherung finanziert und ist auf Maßnahmen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung beschränkt. Sie ist am medizinisch Notwendigen orientiert, mit dem Ziel, die Heilung voranzutreiben, die Krankheitsbeschwerden zu lindern oder zumindest den Status quo zu erhalten. Dabei spielen soziale Indikatoren keine Rolle (vgl. § 37 SGB V, SCHMIDT/WINKLER 1997: 173). Die Behandlungspflege umfasst insbesondere:

- Wechseln von Verbänden
 - Wundbehandlung
 - Injektionen (sofern vom Arzt auf das Pflegepersonal übertragen)
 - Nachversorgung des Patienten
 - Katheterhygiene
 - Aufrechterhaltung der Kontakte zwischen Pflegebedürftigem und Arzt
 - Kommunikation mit dem Arzt über Pflegeziele und –maßnahmen
- (vgl. KDA 1997: 28)

Maßnahmen, die früher zur „einfachen Behandlungspflege“ gezählt wurden, gelten inzwischen als Maßnahmen der Grundpflege und sind die Kernleistung der Pflegeversicherung. Die Grundpflege beschränkt sich auf nicht-

medizinische Leistungen, die zur Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens erforderlich sind und umfasst z.B.:

- Hilfe beim An- und Ausziehen,
 - Hilfe bei der Intimhygiene, Hilfe bei der Verrichtung der Notdurft
 - Betten und Lagern
 - Pflege bzw. Hilfe bei der Pflege und Reinigung von Zahnprothesen /Fuß- und Nagelpflege/Mundhygiene/Haar- und Hautpflege
 - Zubereiten von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
 - Hilfe beim Aufstehen und Laufen
 - Prophylaxe von Dekubitus, Pneumonie, Thrombosen etc.
 - Hygiene im Krankenzimmer
 - Vermeidung von Gefahren für den Patienten und seine Umgebung
- (vgl. HESSE-SCHILLER 1997: 425, KDA 1997: 27).

Die Grund- und Behandlungspflege wird zumeist von Pflegediensten (gemeinnützig oder gewerblich) oder von Sozialstationen durchgeführt, wobei hauswirtschaftliche Hilfen untergeordnet sind. Sie werden im Sinne des SGB XI als eine Ergänzung zu den pflegerischen Leistungen begriffen. Der Leistungskomplex „Hauswirtschaft“ hat deshalb lediglich einen nachrangigen Stellenwert und kann im Sinne der Pflegeversicherung nicht separat geleistet werden. Die hauswirtschaftliche Versorgung stellt mit ihrer Aufgabenstellung eine Schnittstelle von pflegerischer zu komplementärer Versorgung dar, weshalb ihre Kostenübernahme teilweise unklar ist.

Exkurs: Unterstützungen durch Sozialstationen

Sozialstationen sind ein interdisziplinäres Angebot im ambulanten Sektor. Unter dem Begriff Sozialstation wird die Bündelung verschiedener sozialpflegerischer Dienste für einen überschaubaren Einzugsbereich verstanden (vgl. MAGS 1983: 5; FELDMANN 1997: 898 f.). Mit dem Aufbau von Sozialstationen wurde Anfang der 70er Jahre in Baden-Württemberg begonnen, um die ambulante Versorgung der Bevölkerung zu verbessern. Dabei sollte jede Sozialstation Dienstleistungen aus den Bereichen Krankenpflege, Altenpflege sowie Haus- und Familienpflege erbringen. Sozialstationen bieten heute verschiedene Unterstützungen an, so gehören neben der Pflege insbesondere auch pflegeergänzende Dienstleistungen zu den originären Angeboten. Das Leistungsangebot umfasst z.B. Grundpflege, Behandlungspflege, Hilfen im Haushalt, Haus- und Familienpflege, Dorfhilfe, Nachbarschaftshilfe, Reinigungsdienste, Menü-

service, Pflegehilfsmittelverleih und Kurse in häuslicher Krankenpflege. Dabei werden hauswirtschaftliche Hilfen in der Regel nicht separat bereitgestellt. Seit Einführung der Pflegeversicherung werden tendenziell mehr Leistungen im Bereich Behandlungspflege erbracht werden, da diese Leistungen lukrativer entlohnt werden. Dabei setzen sich Sozialstationen häufig aus multiprofessionellen Teams zusammen (z.B. Krankenpfleger, Altenpfleger, Haus- und Familienpfleger, Dorfhelfer).

Unterstützungen durch Mobile Soziale Dienste

Über somatisch orientierte Pflegeleistungen hinaus muss häufig die alltägliche Lebensführung unterstützt werden. Diese Unterstützungen werden vielfach durch sogenannte Mobile Soziale Dienste vorgehalten. Dabei ergänzen z.B. Haushaltshilfen die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen.

Diese Leistungen sind zum Teil in der Grundpflege eingeschlossen, allerdings nur wenn sie einen untergeordneten Stellenwert einnehmen. Überwiegend übernehmen die Mobilen Sozialen Dienste die Aufgabe, auf körperliche, soziale, häusliche oder kulturelle Bedürfnisse der Betroffenen zu reagieren. Diese Dienste werden zumeist von den Wohlfahrtsverbänden getragen. Darüber hinaus bieten einige privat-gewerbliche Anbieter auch solitäre Dienstleistungen, wie z.B. Hausnotruf-Dienste, Fahrdienste oder Mahlzeitendienste an. Zu den Mobilen Sozialen Diensten zählen z.B.:

- **Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) / Assistenzdienste:** Die Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) ist ein übergreifendes Angebot. Mit ihrer Hilfe werden Menschen, die aufgrund schwerer körperlicher Beeinträchtigungen einen komplexen Hilfebedarf haben, möglichst individuell unterstützt. Die ISB stellt dabei eine personal- und zeitaufwändige Unterstützungsform dar, weil sie zum Teil als persönliche Assistenz für die Betroffenen realisiert wird. Art und Umfang der jeweiligen Unterstützung wird auf den Einzelfall zurechtgeschnitten. Deshalb ist die ISB häufig ein Konglomerat aus Grundpflege, Hilfe im Haushalt, Fahr- und Begleitdienst sowie Assistenz in Beruf und Freizeit (vgl. MAGS 1995: 69).
- **Hilfen zur Haushaltsführung:** Die Hilfe zur Haushaltsführung umfasst diejenigen Arbeiten in der eigenen Wohnung, die durch den Unterstützungsbedürftigen nicht mehr oder nur unter erheblichen Schwierigkeiten selbständig

realisiert werden können. Dazu zählen z.B. das Einkaufen, Hilfe bei der Wäschepflege, Hilfe beim Kochen, Hilfe beim Heizen der Wohnung sowie das Putzen der Treppe.

- **Mahlzeitendienste:** Diese Dienste („Essen auf Rädern“) sorgen für eine tägliche „warme Mahlzeit“ oder liefern einen Vorrat aufzuwärmender Speisen ins Haus. Daneben existieren Angebote wie der sogenannte stationäre Mittagstisch, bei dem die Betroffenen z.B. in einem nahegelegenen Altenheim ihre Mahlzeiten einnehmen.
- **Fahr- und Begleitdienste:** Fahr- und Begleitdienste unterstützen Menschen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Darüber hinaus werden Betroffene z.B. bei Arztbesuchen und kulturellen/gesellschaftlichen Ereignissen begleitet.
- **Körperpflegedienste:** Körperpflegedienste unterstützen bei der Körperhygiene, wie z.B. dem Baden und Waschen. Dazu zählen ebenso Leistungen zur Fuß-, Haar- und Hautpflege, die für das Wohlbefinden der Betroffenen eine große Rolle spielen.

Unterstützungen durch psycho-soziale Hilfen und Beratungsangebote

Psycho-soziale Beratungsangebote stellen eine wesentliche Komponente zur ganzheitlichen Unterstützung dar. Dabei können diese Leistungen im Gegensatz zu kompensatorischen Maßnahmen (z.B. von Pflegediensten) nicht trennscharf abgegrenzt werden. Häufig haben körperliche Beeinträchtigungen psychischen Belastungen zur Folge. Deshalb haben psycho-soziale Angebote das Ziel „die psychische Verfassung der Patienten und seine soziale Situation zu stabilisieren: Durch Gespräche, wenn gewünscht durch seelsorgerischen Beistand und Lebenshilfe, wenn nötig durch Anleitung zur Tagesstrukturierung sowie auch durch stützende Angebote für die Angehörigen“ (MAGS 1995: 74).

Psycho-soziale Unterstützungen können teilweise in andere Angebote integriert sein. So kann erwartet werden, dass auch andere Dienstleister in gewissem Umfang psycho-sozial unterstützen, indem sie z.B. bei der Bewältigung spezifischer Lebenssituationen helfen („helfende Gespräche“) oder dem Gefühl von Vereinsamung und Isolierung entgegenwirken. Spezielle Anbieter psychosozialer Unterstützungen sind häufig der seelsorgerischen Arbeit von Kirchen-

gemeinden zugeordnet oder werden durch andere ehrenamtlich geleistete Angebote abgesichert. Professionelle Hilfen bestehen aufgrund ungeklärter Finanzierungsmodalitäten nur in geringem Umfang.

Unterstützungen durch kommunikative Hilfen

Unter kommunikativen Hilfen versteht man im weiteren Sinne Unterstützungen, die einer gesellschaftlichen Teilhabe dienen und der Gefahr einer sozialen Isolation vorbeugen sollen. Der Bedarf an solchen Hilfen wird daran deutlich, dass z.B. ein Großteil der unterstützungsbedürftigen Menschen eine Verringerung ihrer Sozialkontakte beklagt. Dazu gehört z.B. das Freizeitverhalten, das häufig durch körperliche Beeinträchtigungen eingeschränkt wird und sich deshalb vornehmlich im häuslichen Umfeld abspielt (vgl. SCHNEEKLOTH/POTTTHOFF 1996: 221 ff.). Kommunikative Hilfen basieren häufig auf ehrenamtlichem Engagement (z.B. regelmäßige Besuchsdienste in Kirchengemeinden, Telefonketten usw.), es kommen jedoch auch professionelle Angebote wie Hausteledienste („virtuelles Altenheim“) hinzu, bei denen kommunikative Prozesse gefördert werden sollen. Obwohl der Nutzen kommunikativer Hilfen – gerade aus psychosozialen Gesichtspunkten – unbestritten ist, ist die Kostenübernahme nicht ausreichend geklärt. Dies hemmt auch die Gestaltung ehrenamtlicher Angebote.

5 Komplikationen bei der Absicherung risikohafter Lebenslagen durch professionelle ambulante Dienstleistungen

Professionelle Dienste unterstützen heute in der Regel Menschen, die aufgrund von Alter, chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen spezifische Bedarfe haben. Es handelt sich dabei um Unterstützungen, die zumeist anstelle von Hilfen durch primäre Netzwerke geleistet werden. Menschen mit Unterstützungsbedarfen sind auf eine angemessene Versorgung angewiesen. Der Sozialstaat regelt auf der normativen Ebene die Befriedigung von Hilfebedarfen und sorgt in gewissem Maß für die Bereitstellung von Diensten und Hilfen. Diese Dienstleistungen werden im Rahmen der dualen Wohlfahrtspflege von freien Anbietern bereitgestellt, wobei die Kostenübernahme durch die verschiedenen Kostenträger erfolgt (z.B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Sozialhilfe). Hier wird bereits deutlich, dass die ambulanten Versorgungsstrukturen in hohem Maß arbeitsteilig geregelt sind. Es gilt zu analysieren, ob die gewählte Arbeitsteilung als nachteilig einzustufen ist oder welche positiven Effekte mit ihr verbunden sind.

Die sozialstaatliche Absicherung ist ein organisch gewachsenes Konstrukt, dessen einzelne „Bausteine“ sich nacheinander und über einen relativ langen Zeitraum entwickelt haben. Die Vielzahl von Bausteinen wird deutlich an der Vielzahl von Kostenträgern, die für die Finanzierung einer ambulanten Versorgung zuständig sind. Die Grundsätze und Zielrichtungen der einzelnen Kostenträger sind höchst unterschiedlich und wirken sich in einer Fragmentierung der ambulanten Versorgungsstrukturen aus. Im Rahmen dieser Fragmentierung haben sich darüber hinaus spezialisierte Einzeldienstleistungen entwickelt. Die Folge ist ein leistungsfähiges, aber für die Betroffenen „unübersichtliches“ und zum Teil widersprüchliches Versorgungssystem. Dies kann im Einzelfall zu Problemen führen, adäquate Unterstützungsnetzwerke aufzubauen.

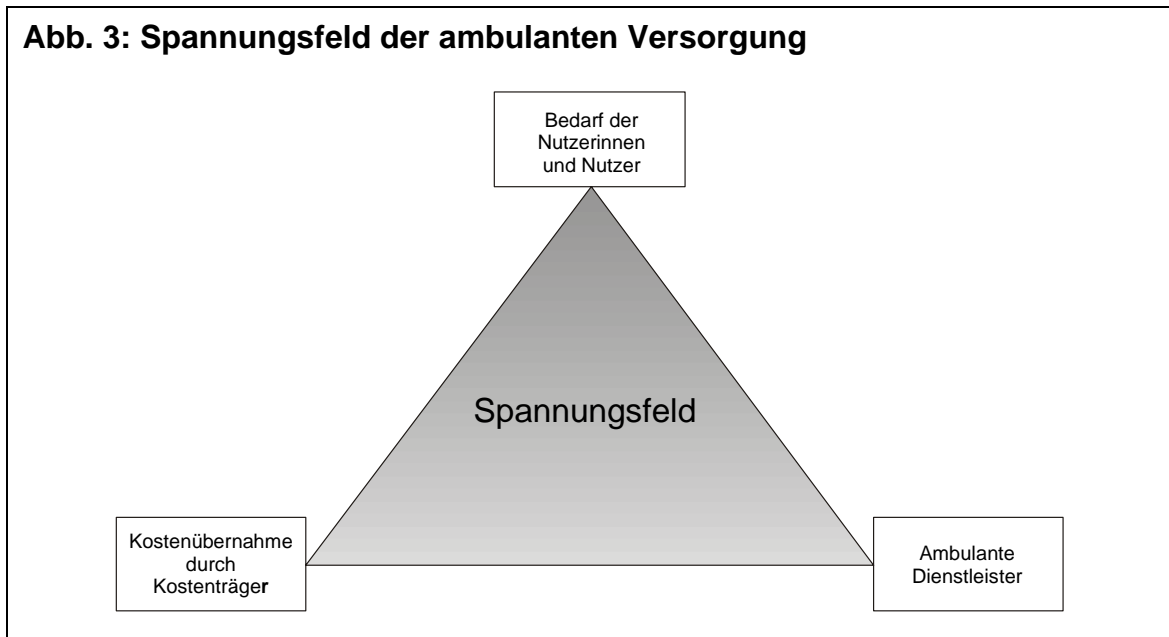
Häufig haben sich die Unterstützungsbedarfe der Betroffenen allmählich über einen längeren Zeitraum entwickelt (z.B. bei alten Menschen). Das heißt umfassende Unterstützungsarrangements werden nicht kurzfristig notwendig, sondern es werden nach und nach verschiedene Unterstützungen benötigt. Wenn nacheinander verschiedene Angebote unterschiedlicher Träger beansprucht

werden, wird in der Regel voneinander isoliert oder sogar gegeneinander gehandelt.

Komplikationen, die bei ambulanten Dienstleistungen entstehen, sind allerdings weniger auf die Qualität der verschiedenen spezialisierten Einzeldienstleistungen zurückzuführen als vielmehr auf Abstimmungsprobleme der verschiedenen Kostenträger und daraus resultierend der Dienstleister. So ergeben sich die Probleme hauptsächlich an den Schnittstellen der verschiedenen Unterstützungen. Denn häufig lassen sich die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer in der Praxis nicht mit der vorgesehenen Kostenübernahme durch die jeweiligen Kostenträger und der daraus abgeleiteten Infrastruktur in Einklang bringen.

Multifaktorielle Beeinträchtigungen von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen führen häufig dazu, dass eine umfassende, dem jeweiligen Bedarf entsprechende Versorgung nur durch eine Kombination verschiedener Angebote zustande kommen kann. Dazu sind in der Regel verschiedene Kostenträger erforderlich.

Insgesamt entsteht dadurch ein Spannungsfeld aus verschiedenen Ausgangs- und Interessenlagen unterstützungsbedürftiger Menschen, ambulanter Dienstleister und der Kostenträger. Dieses Spannungsfeld der ambulanten Versorgung hat verschiedene Dimensionen: Die Betroffenen haben spezifische Unterstützungsbedarfe und müssen versuchen, sich mit dem fragmentierten System ambulanter Dienste zu arrangieren, um Hilfen zu erhalten, mit denen sie ihre Bedarfe angemessen kompensieren können. Die ambulanten Dienstleister leisten die Hilfen vor Ort. Dabei haben sie zumeist ein spezialisiertes und sehr begrenztes Leistungsangebot, das mit den Kostenträgerstrukturen korrespondiert. Die Kostenträger haben zwar die Aufgabe, risikohafte Lebenslagen wirkungsvoll abzusichern, müssen sich dabei jedoch an den normativen Vorgaben orientieren, die sie auf einen bestimmten Zuständigkeitsbereich eingrenzen. Auch die im SGB IX vorgesehene Koordinierung der Leistungen (vgl. § 10) hat dabei in der Praxis bislang noch keine befriedigenden Auswirkungen gezeigt.

Abb. 3: Spannungsfeld der ambulanten Versorgung

Dieses Spannungsfeld resultiert sowohl aus Schnittstellenproblemen zwischen Betroffenen, Dienstleistern und Kostenträgern als auch aus Schnittstellenproblemen der Dienstleister untereinander. Pauschal lässt sich deshalb die Forderung aufstellen, die verschiedenen Elemente besser als bisher aufeinander abzustimmen, um Reibungsverluste zu vermeiden und bedarfsgerechtere Versorgungsstrukturen zu schaffen. Auch mit dem Persönlichen Budget verändert sich diese Situation nicht grundlegend, da nach wie vor das Konfliktpotenzial einer möglichen Diskrepanz zwischen individuellem Bedarf und Kostenübernahme – d.h. Bemessung der budgetfähigen Leistungen – bleibt.

Diese erste Bestandsaufnahme stellt die Abstimmungsprobleme der ambulanten Versorgung dar. Weitergehende Schritte bedürfen detaillierter Analysen der Organisationsformen des Ambulanzsystems. Bislang wurde bereits festgestellt, dass es sich beim Ambulanzsystem um organisch gewachsene Strukturen handelt. Wie sich diese Strukturen seit ihrer Entstehung verändert haben, muss detaillierter untersucht werden. Schon jetzt scheint sich jedoch ein klarer Handlungsbedarf hinsichtlich der Kooperation und Vernetzung von ambulanten Diensten herauszukristallisieren.

Wenn man das Zusammenspiel der verschiedenen Elemente verbessern will, sollte dies auf der Basis organisationstheoretischer Erkenntnisse erfolgen. Mit Hilfe dieser Organisationstheorien kann differenziert festgestellt werden, wie Entwicklungsprozesse verlaufen sind, ob bzw. wo wechselseitige Abhängigkeiten bestehen, woher die bestehenden Schwierigkeiten tatsächlich resultieren

und welche Maßnahmen gegen bestehende Ineffizienzen eingeleitet werden können.

Teil 2

Die Organisation der ambulanten Versorgung

1 Organisationstheorien und ihre Bedeutung für das System der ambulanten Versorgung

In Teil 1 wurde aufgezeigt, dass in Deutschland leistungsfähige sozialstaatliche Maßnahmen gibt, um alte, chronisch kranke und behinderte Menschen zu versorgen. Das Leistungspotential des ambulanten Versorgungssystems wird jedoch durch die fragmentierten Versorgungsstrukturen negativ beeinflusst. Diese Fragmentierung resultiert aus der Gliederung des Sozialstaats (z.B. Kostenträgerstrukturen) und den daraus abgeleiteten Dienstleistungsspezialisierungen resultiert. Um diese Probleme einzugrenzen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, ist es notwendig, die Organisationsstrukturen des Ambulanzsystems detailliert zu analysieren. Organisationstheorien bieten hier den geeigneten Bezugsrahmen, um die ambulanten Dienstleistungsstrukturen von ihrer Entstehung bis zu ihrem aktuellen Stand zu untersuchen und Handlungsoptionen für die Zukunft zu formulieren.

Das System ambulanter Dienste und Hilfen ist durch ein arbeitsteiliges spezialisiertes Vorgehen geprägt. Diese Diversifizierung der Leistungen ist ein zentrales Problem und bislang steht deshalb nicht fest, ob die ambulante Versorgung eher als eine große „Organisation“ oder als Addition verschiedener Subeinheiten zu betrachten ist. Folgende Ausgangshypothese wird angenommen: Das Ambulanzsystem weist zwar zentrale Merkmale einer Organisation auf (z.B. Arbeitsteilung, Aufgliederung in Subsysteme), gleichzeitig jedoch elementare Kennzeichen (z.B. zentrale Leitungsfunktion, Koordination) fehlen. Diese Widersprüchlichkeiten sollen mit den verschiedenen Organisationstheorien näher untersucht werden, um Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Es ist davon auszugehen, dass die Wohlfahrtsverbände wesentliche Anhaltspunkte zur Organisation der ambulanten Versorgung liefern. Das Verbändewesen der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege ist zu wesentlichen Teilen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts entstanden und prägt die ambulante Versorgung noch immer. Deshalb ist zu vermuten, dass organisationstheoretische Erkenntnisse dieser Zeit die Versorgungsstrukturen beeinflusst haben. Diese Entstehungsphase des Versorgungssystems ist deshalb zu berücksichtigen, um die aktuellen Strukturen nachvollziehen zu können. In einem ersten Schritt soll erhoben werden, ob bestimmte organisatorische Merkmale kontinu-

ierlich beibehalten wurden oder ob es grundlegende Reformen und Modernisierungen gab. So sollen z.B. folgende charakteristische Merkmale des Ambulanzsystems zurückverfolgt werden:

- Normative Richtlinienkompetenz und Ressourcenzuweisungen des Staats für das Versorgungssystem
- Hierarchische Gliederung der ambulanten Versorgung, letztes Glied der Versorgungskette sind die Dienstleister, die mit den Nutzerinnen und Nutzern vor Ort in Kontakt treten.
- Mitwirkungsmöglichkeiten und Aufgabenverteilung im Rahmen einer vertikalen Hierarchie, bei gleichzeitiger horizontaler Aufgabenverteilung und einer gleichrangigen Existenz verschiedener Dienstleister

Als Besonderheit kumulieren bei der ambulanten Versorgung Organisationsprinzipien des Sozialstaats mit den Organisationen, die vor Ort Dienstleistungen für die Nutzerinnen und Nutzer erbringen. Die ambulanten Dienste gehören zum überwiegenden Teil einem Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege an. Diese für das Ambulanzsystem charakteristischen Wohlfahrtsverbände und ihre Partikularorganisationen lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- „Politische Interessengruppen, die klassische Einflusspolitiken und stellvertretende advokatische Interessenwahrnehmung betreiben,
- parastaatliche Institutionen, die in hohem Maße in die Politikformulierung und in den bürokratischen Vollzug inkorporiert sind,
- betriebswirtschaftliche und professionell orientierte soziale Dienstleistungsunternehmen,
- fachlich und regional ausdifferenzierte formal organisierte Untergliederungen mit zentralen Koordinierungsmechanismen,
- lokale Vereinigungen, die auf Freiwilligkeit, Partizipation und Selbstbestimmung basieren,
- verbandsspezifische Wertvorstellungen und Traditionen mit beachtlichen normativen Rigiditäten“ (SCHMID 1996: 41).

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege – und damit auch ihre Mitgliedsorganisationen, d.h. die vor Ort tätigen Dienstleister – sind komplexe multiprofessionelle Gebilde. Für die Arbeit dieser Institutionen sind neben den Bedarfslagen der Betroffenen auch andere Faktoren maßgeblich, wie z.B. betriebswirtschaftliche Berechnungen und bestimmte Wertvorstellungen. Die oben zusammengefassten Merkmale veranschaulichen nochmals die ambulante Versorgungssituation und werden den weiteren Analyseschritten zugrunde gelegt. Zunächst

wird der Organisationsbegriff näher eingegrenzt und für das Ambulanzsystem handhabbar gemacht.

1.1 Zur Definition eines allgemeinen Organisationsbegriffs

Allgemein formuliert sind Organisationen Zusammenschlüsse von mehreren Personen, die gemeinsame Ziele verfolgen, arbeitsteilig vorgehen und eine Leitungsinstanz besitzen. Derartige Zusammenschlüsse arbeitsteilig handelnder Akteure haben spätestens mit der Industrialisierung eine immense Bedeutung erlangt. So hat Talcott Parsons bereits zum Beginn des 20. Jahrhunderts versucht, die Grundlagen individuellen und sozialen Handelns aufzuzeigen. „Die Organisationsbildung ist der wichtigste Mechanismus für eine hochdifferenzierte Gesellschaft, um das System ‚in Gang zu halten‘ und Ziele verwirklichen zu können, die die Möglichkeiten des einzelnen übersteigen“ (Parsons 1960 nach SCOTT 1986: 24). Eine wesentliche Erkenntnis der damaligen Zeit war, dass das arbeitsteilige Handeln neue Handlungsmöglichkeiten erschließt.

Organisationen bestehen aus komplexen (sozialen) Gefügen, die den strukturellen Rahmen ihrer Handlungsprozesse bilden (vgl. SCOTT 1986: 51). Eine Organisation lässt sich allgemein definieren als:

„Von bestimmten Personen gegründetes, zur Verwirklichung spezifischer Ziele planmäßig geschaffenes, hierarchisch verfasstes, mit Ressourcen ausgestattetes, relativ dauerhaftes und strukturiertes Aggregat (Kollektiv) arbeitsteilig interagierender Personen, das über wenigstens ein Entscheidungs- und Kontrollzentrum verfügt, welches zur Erreichung des Organisationszweckes notwendige Kooperation zwischen den Akteuren steuert, und dem als Aggregat Aktivitäten oder wenigstens deren Resultate zugerechnet werden können“ (BÜSCHGES/ABRAHAM 1997, 52).

Organisationen kombinieren verschiedene produktive Elemente miteinander, um antizipierte Ziele zu erreichen. Bei diesem arbeitsteiligen Vorgehen werden Handlungen in Einzelsequenzen zerlegt, um die vorhandene Fähigkeiten der Akteure zielgerichteter einzusetzen (vgl. RAU 1994: 36). Diese Spezialisierung erfordert es, die Einzelelemente und Teilleistungen zielorientiert zu koordinieren und aufeinander abzustimmen. Zur Koordination dient eine interne formalisierte Struktur, die Organisationsspezifika, wie z.B. Aufgabeninhalte, Hierarchien und

Entscheidungsspielräume festgelegt. Damit sind Organisationen ein Zusammenschluss korporativer Akteure und zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- Bündelung von Ressourcen, um ein gemeinsames Ziel zu verwirklichen
- Arbeitsteiliges Vorgehen, indem die Akteure spezifische Beiträge leisten
- Übergeordnete „Leitung“, die für die Abstimmung der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und die gemeinsame Zielorientierung verantwortlich ist
- Formelle und informelle Regeln legen die hierarchische Ordnung und die Pflichten der einzelnen Akteure fest (vgl. BÜSCHGES/ABRAHAM 1997, 19)

Organisationen ermöglichen es damit, Handlungsabläufe zu rationalisieren und zu effektivieren. Deshalb haben Organisationstheorien ihren Ursprung in der Analyse industrieller Fertigungsprozesse, wobei ihre grundlegenden Erkenntnisse auch auf Dienstleistungsprozesse zutreffen (z.B. Wohlfahrtsverbände). Denn Organisationen bieten den Bezugsrahmen für professionelles Handeln, indem sie mit Hilfe formaler Strukturen „betriebliche Prozesse“ gliedern und koordinieren. Bezogen auf das Ambulanzsystem sollten jedoch insbesondere die interorganisatorischen Abläufe beachtet werden, weil die Probleme aus einem fehlenden Zusammenspiel der verschiedenen Organisationen resultieren. Dementsprechend werden Theorien benötigt, die sowohl die internen Strukturen als auch die Außenbeziehungen von Organisationen analysieren.

Theoriebildung der Organisation

Ende des 19. Jahrhunderts sind die ersten Theorien zur „Organisation“ entstanden. Diese Theoriebildungen waren von dem Wunsch geleitet, inter- und intraorganisatorische Prozesse zu erkennen und zur Rationalisierung betrieblicher Abläufe zu nutzen. Diese frühen organisationstheoretischen Ansätze vermitteln noch heute grundlegende Einsichten in Wirkungszusammenhänge von Organisationen und waren außerdem der Ausgangspunkt für alle späteren Ansätze. Häufig haben jedoch die späteren Theorien nur einen eingeschränkten Blickwinkel und konzentrieren sich entweder auf innerorganisatorische Prozesse oder auf externe Umwelteinflüsse.

In Anlehnung an die Erkenntnisse von SCOTT können Organisationen nach drei Kategorien unterschieden werden: Organisationen können aus der Perspektive rationaler Systeme, aus der Perspektive natürlicher Systeme oder aus

der Perspektive offener Systeme betrachtet werden (vgl. SCOTT 1981 und 1986: 89 ff., SCHULTE-ZURHAUSEN 1995: 1 ff.). Im folgenden werden die Theorien zunächst in ihren Grundzügen vorgestellt, um daraus ihre Bedeutung für eine Analyse der ambulanten Versorgungsstrukturen abzuleiten.

1.2 Organisationen als rationale Systeme

Die frühen Organisationstheorien sehen Organisationen unter einem instrumentellen Aspekt als Mittel zum Zweck. Es war das Ziel, Instrumente zu entwickeln, die eine möglichst rationale Führung von Organisationen ermöglichen. Rationalität heißt, dass „eine Sequenz von Aktionen so organisiert ist, dass sie mit einem Maximum an Effizienz zu einem vorher bestimmten Ziel führt“ (SCOTT 1986: 92). Dabei sollte eine formalisierte Struktur mit definierten Regeln das Verhalten der einzelnen Organisationsmitglieder möglichst präzise steuern. Hier sind vor allem der physiologische Ansatz des Scientific Management (begründet von Frederik Winslow Taylor) und der bürokratisch-administrative Ansatz (begründet von Max Weber) zu nennen. Diese Theorien beziehen sich auf arbeitsteilige Prozesse, die besonders durch die Industrialisierung entstanden und waren von der Suche nach der größtmöglichen Effizienz motiviert. Das arbeitsteilige Vorgehen wurde dabei als vorteilhaft empfunden, da einzelne Organisationselemente modifiziert werden können, um die Effizienz zu steigern.

Frederik Winslow Taylor entwickelte als Ingenieur und Industriepraktiker die sogenannte wissenschaftliche Betriebsführung (Scientific Management). Er versuchte, durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen einen Produktionszuwachs pro Arbeitseinheit zu erzielen, um mit einem möglichst minimalen Arbeitskräfteeinsatz die Produktivität zu erhöhen.

Taylor analysierte die Tätigkeiten der einzelnen Arbeiter. Als Ergebnis vollzog er eine konsequente und differenzierte Spezialisierung, zu deren wesentlichsten Organisationsprinzipien z.B. die Trennung von Hand- und Kopfarbeit gehörte. Die exekutiven Akteure sollten lediglich vorgegebene Tätigkeiten erfüllen, nicht aber planen (vgl. ENDRUWEIT 1981: 34). Dabei hatte er bereits erkannt, dass durch eine mangelnde Koordination der Arbeit zusätzliche Kosten entstehen. Taylors Ziel war es deshalb, ein System von Organisationsmaßnahmen zu ent-

wickeln, das den Akteuren einen Handlungs- und Orientierungsrahmen im Arbeitsprozess gewährleistet.

Die Vorstellungen des Scientific Management beeinflussen die Organisationsforschung bis heute (vgl. PUCH 1994: 51). Obwohl nach wie vor gilt, dass die Ressourcen einer Organisation durch eine gezielte Arbeitsteilung effizienter genutzt werden können, handelt es sich bei dem Taylorismus um eine übersteigerte Form des arbeitsteiligen Vorgehens, da Gesamtaufgaben bis ins kleinste zerlegt werden.

1.2.1 Bürokratisch-administrativer Ansatz

Die Bürokratietheorie wurde in der Zeit zwischen 1910 und 1920 von Max Weber entwickelt¹¹. Er hat versucht, die Rationalität moderner Gesellschaften am Beispiel der Bürokratie aufzuzeigen und Organisationsformen zu entwickeln, die eine effektive und effiziente Organisation von Verwaltungen ermöglichen (vgl. WEBER 1956: 122 ff.). Dabei begreift er die Bürokratie als eine politische Herrschaftsform, die durch festgelegte Amtspflichten feste Zuständigkeiten, Hierarchien und ein System einzuhaltender Regeln gekennzeichnet ist (vgl. PUCH 1994: 52). Für Max Weber sind diese Organisationsformen eine Errungenschaft der Moderne.

Bürokratie basiert auf Spezialisierung, Spezialisierung erfordert Koordination und Koordination soll durch Hierarchien erreicht werden. Deshalb versuchen bürokratisch-administrative Organisationstheorien die Organisationen nach einer vertikalen Hierarchie zu strukturieren. Rationale bürokratische Systeme sind demnach insbesondere durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Innerhalb der Organisation bestehen klar definierte Zuständigkeitsbereiche für die einzelnen Tätigkeiten.
- Es existiert ein geordnetes Hierarchieprinzip von Über- und Unterordnungen der einzelnen Akteure. Dies impliziert, dass die Organisationseinheiten durch

¹¹ Als weiterer Vertreter ist z.B. Henry Fayol zu nennen, der bereits zur Jahrhundertwende über administrative Prozesse geforscht hat, jedoch erst später Beachtung fand.

- die jeweils übergeordneten Einheiten beaufsichtigt werden.
- Die zur Aufgabenerfüllung notwendigen Entscheidungen und Handlungen werden durch ein sorgfältig konzipiertes System von Regeln geleitet.
 - Die einzelnen Vorgänge und Handlungsschritte werden durch eine Fixierung in Akten nachvollziehbar und überprüfbar gemacht.
- (vgl. WEBER 1956, KIESER 1995: 40 f., KIESER/KUBICEK 1992: 35 ff., SCOTT 1986: 106 f.)

Mit diesen Maßgaben soll der stabile Bestand einer rationalen Arbeitsorganisation gewährleistet werden. Organisationen sollen dadurch transparent und kalkulierbar werden, um eine möglichst hohe Effizienz zu erzielen. Das hohe Maß an Spezialisierung und Formalisierung engt jedoch den individuellen Handlungsspielraum der Akteure ein. Durch die engen Vorgaben besteht die Gefahr, dass Organisationen „träge“ werden, weil sie sich durch diese Strukturen nur schwer an veränderte Umweltbedingungen anpassen können. Webers Effizienzaussagen gelten nämlich nur unter den von ihm gesetzten Bedingungen. Zugleich besteht die Gefahr, dass aufgestellte Regeln allmählich zum Selbstzweck avancieren, ohne regelmäßig reflektiert zu werden. Dies kann zur Dysfunktionalität von Organisationen führen.

Kritik wurde an Max Webers Bürokratieansatz vor allem deswegen geübt, weil er in seinen Darstellungen einen Idealtypus festgelegt und seine Theorie hauptsächlich auf die mechanistische Verrichtung vorgegebener Tätigkeiten ausgerichtet hat. Notwendige Anpassungs- und Problemlösungsfähigkeiten von Organisation bleiben unberücksichtigt. Der Ansatz hat insofern eher einen deskriptiven Charakter.

1.2.2 Die Bedeutung rationaler Ansätze für die Analyse des Ambulanzsystems

Rationale Ansätze der Organisationstheorie, wie die Bürokratietheorie oder das Scientific Management beschreiben formale Abläufe von Organisationen und favorisieren bestimmte Organisationsmerkmale, wie das arbeitsteilige Vorgehen, die Formulierung detaillierter Vorgaben und reproduzierbare Prozessabläufe. Die Ausführungen beziehen sich gleichermaßen auf industrielle Produktionen und Dienstleistungen. Einen besonderen Beitrag hat Max Weber geleistet,

indem er zeigt, wie der Staat bzw. seine Verwaltung durch das spezifische Zusammenwirken verschiedener Akteure funktioniert (vgl. LENK 1993: 992).

Auf das System ambulanter Dienste und Hilfen angewendet, dienen diese Ansätze dazu, die Entstehung der bestehenden Strukturen nachzuvollziehen. Die arbeitsteiligen und spezialisierten Strukturen der ambulanten Versorgung können noch immer mit Hilfe dieser Ansätze beschrieben werden. Im Ambulanzsystem besteht eine differenzierte Arbeitsteilung, die auf der normativen Ebene beginnt (gesetzliche Aufgabenzuweisung) und sich bis auf die Ebene der Dienstleistungen durch „freie“ Anbieter fortsetzt. Hier werden die jeweiligen Leistungen nach den verschiedenen sozialstaatlichen Kostenträgern (z.B. Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe) aufgespalten (vgl. BRONKE/WENZEL 1989: 31). Diese Praxis entspricht einem Zusammenwirken verschiedener Akteure, wie es in der Bürokratietheorie beschrieben wird. Als diese Grundformen der sozialen Sicherung etabliert wurden, waren bürokratische Handlungsweisen oder die Trennung von exekutiver und dispositiver Tätigkeit Stand der Zeit.

Die funktionale Trennung der Dualen Wohlfahrtspflege¹² wurde als „Frankfurter System“ bzw. „Frankfurter Ansatz“ eingeführt und resultiert aus der Zeit des wilhelminischen Deutschland. Beeinflusst von den organisationstheoretischen Erkenntnissen dieser Zeit haben die Duale Wohlfahrtspflege und der Wohlfahrtspluralismus – mit einer institutionalisierten Verflechtung zwischen Staat und Verbänden – hier ihre Ursprünge. Die Verantwortlichen der damaligen Zeit versprachen sich von diesen Konzepten neue Handlungsspielräume. Sie erwarteten, dass „freie“ Anbieter flexibler als der Staat auf sich verändernde Bedingungen reagieren können. Dabei wurden feste Regeln und Koordinationsprinzipien wie z.B. das Subsidiaritätsprinzip bereits in Ansätzen eingeführt. Gleichzeitig begann die „Privatwohlfahrt“, zentralisierte Strukturen aufzubauen, um die öffentlichen Aktivitäten planmäßig zu ergänzen (vgl. OLK 1997: 577, SACHSE 1995: 125 ff.). Die freien Anbieter orientierten sich am Staat und kopierten bestimmte Organisationsmerkmale. So wurden z.B. die Versorgungsstrukturen der

¹² vgl. Teil 1, 3.1 Entwicklungslinien der Dualen Wohlfahrtspflege und die Suche nach einem neuen Welfare-Mix

Wohlfahrtsverbände an die Organisationsstrukturen öffentlicher Verwaltungen angelehnt.

Diese Entwicklung ist heute daran zu erkennen, dass sich Organisationen des Ambulanzsystems arbeitsteilig aus verschiedenen Angeboten zusammensetzen, die auf den „Säulen“ der sozialen Sicherung basieren. Diese Feststellung gilt insbesondere für die Wohlfahrtsverbände. Gleichzeitig besteht eine vertikale Hierarchie, indem häufig dispositive Leitungstätigkeiten von den exekutiven Tätigkeiten der vor Ort tätigen Akteure getrennt werden. Im wesentlichen entspricht dies einem tayloristischen Prinzip.

Rationale Ansätze konzentrieren sich auf Solitärorganisationen und stoßen deshalb bei der Analyse der ambulanten Versorgung an ihre Grenzen, da Umwelteinflüsse nicht integriert werden können. Sie sind aber nützlich, um die ambulanten Versorgungsstrukturen und die Bedeutung der Spezialisierung aufzuzeigen: Im Ambulanzsystem existiert eine Vielzahl spezialisierter Dienstleister, wie z.B. Pflegedienste, Mahlzeitendienste und Mobile Soziale Hilfsdienste. Erst durch ein Zusammenspiel wird eine (umfassende), dem Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer angemessene ambulante Versorgung möglich. Die Sozialbürokratie ist dabei hierarchisch übergeordnet. Dazu müssen die an der Versorgung beteiligten Dienstleister im Kontext des Ambulanzsystems gesehen werden.

Eine wesentliche Erkenntnis der Bürokratiethorie ist die Feststellung, dass arbeitsteiliges spezialisiertes Vorgehen einen hohen Koordinationsbedarf erzeugt. Die ambulante Versorgung wird nur ansatzweise durch gesetzliche Vorgaben und die übergeordnete staatliche (Sozial-)Bürokratie koordiniert. Eine eindeutige nutzerbezogene Steuerung der Leistungen vor Ort (durch hierarchisch übergeordnete Instanzen) z.B. findet jedoch bislang nicht statt. Das von Weber geforderte Hierarchieprinzip, nach dem übergeordnete Einheiten jeweils weisungsbefugt für nachgeordnete Einheiten sind, kann nur bedingt zutreffen, weil an einer Reihe von Schnittstellen Reibungsverluste auftreten (z.B. zwischen den Kostenträgern).

Mit Hilfe rationaler Ansätze wird deutlich, welche Überlegungen und konzeptionellen Vorstellungen dem Versorgungssystem zugrunde liegen. So gelten die grundsätzlichen Aussagen rationaler Ansätze zur Arbeitsteilung, Spezialisierung und zum Koordinationsbedarf nach wie vor, wobei auch die Aussagen Taylors

zum unverzichtbaren Zusammenspiel verschiedener Funktionsträger noch immer relevant sind. Bestimmte Organisationsmerkmale des Versorgungssystems haben sich seitdem nicht verändert. Dazu gehört z.B. die Auslagerung staatlicher Aufgaben an freie Träger. Dieses Konzept war zur Jahrhundertwende sehr fortschrittlich, es hat sich seitdem jedoch kaum weiterentwickelt und es wurde versäumt, schnittstellenspezifische Probleme zu beseitigen. So sind heute noch immer „Spuren“ des ursprünglichen Bürokratiekonzepts zu erkennen.

Rationale Ansätze repräsentieren die Ursprünge der Organisationstheorien und wurden etwa zeitgleich mit den Anfängen der sozialstaatlichen Absicherungen etabliert. Obwohl seitdem eine lange Zeit vergangen ist und sich die Anforderungen an das Versorgungssystem gewandelt haben, wird die Organisation der ambulanten Versorgung noch immer durch zentrale Strukturmerkmale dieser rationalen Ansätze geprägt. Im Hinblick darauf, wie einzelnen Dienstleister besser zusammenwirken können und was gezielt zu verbessern ist, müssen diese Theorien jedoch durch andere Ansätze ergänzt werden.

1.3 Organisationen als natürliche Systeme

Der Versuch, Organisationen als natürliche Systeme zu definieren, ist vornehmlich aus der kritischen Auseinandersetzung mit den rationalen Erklärungsversuchen entstanden. Diese Ansätze betrachten Organisationen als soziale Systeme und untersuchen hauptsächlich Zusammenhänge zwischen der Organisationsstruktur und dem Verhalten einzelner Akteure. Der Stellenwert der formalen Organisationsstruktur wird zwar nicht in Frage gestellt, aber es wird der direkte Einfluss auf das Verhalten der Mitglieder bezweifelt. Neben der formalen Struktur einer Organisation wird von der Existenz einer informellen Struktur ausgegangen.

Natürliche Ansätze setzen sich kaum mit den Organisationsstrukturen auseinander und sind deswegen nur ergänzend dazu geeignet, die ambulanten Versorgungsstrukturen zu analysieren. Allerdings sind sie in dem Kontinuum von Organisationstheorien zwischen rationalen und offenen Ansätzen einzuordnen und werden hier deshalb der Vollständigkeit halber erwähnt.

1.3.1 Motivationstheoretische Ansätze und verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie

Die Motivationstheorie (Human-Relations-Theorie) geht von der Zufriedenheit der handelnden Personen innerhalb einer Organisation aus¹³. Und sehen die Organisation lediglich als Bedingungsrahmen für das Handeln der Akteure (vgl. KIESER 1995: 91). Eine positive Einstellung zur Arbeit und zu den anderen Akteuren soll Zufriedenheit schaffen und sich in einer hohen Arbeitsleistung niederschlagen (vgl. SCHULTE-ZURHAUSEN 1995: 13). Bestehende Unterschiede von Organisationsstrukturen werden dabei jedoch ausgeblendet, statt dessen werden Faktoren wie das Führungsverhalten der Vorgesetzten und die Bedürfnisse der Organisationsmitglieder beachtet. Die Folge ist, dass zwar die informellen Beziehungen der Akteure untereinander, nicht aber die formalen Organisationsstrukturen berücksichtigt werden (vgl. KIESER/KUBICEK 1992: 41).

Die verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie geht von Prozessen aus, die zur Entscheidungsfindung von Organisationen führen. Die Entscheidungsprozesse werden als menschliche Verhaltensweisen aufgefasst und es soll geklärt werden, wie Organisationen falsche Entscheidungen vermeiden und sich an verändernde Bedingungen anpassen können (vgl. BERGER/MEHLICH 1995: 123). Der Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur und Organisationsmitgliedern wird dabei z.B. für die Koordination einer Organisation als bedeutsam angesehen. Deshalb werden auch die Verhaltensreaktionen der einzelnen Akteure den Organisationsstrukturen und ihren Beeinflussungsvariablen gegenübergestellt. Es werden allerdings überwiegend interne Prozesse und Strukturen analysiert, ohne jedoch ihre Entstehung zu erläutern.

Die zentrale Erkenntnis dieser Ansätze liegt darin, die Bedeutung einer zielgerichteten Koordination verschiedener Akteure zu erkennen und Wege aufzuzei-

¹³ Dieser Ansatz wurde 1939 durch die sogenannten Hawthorne-Experimente begründet, mit denen analog zum Scientific Management der Einfluss der Arbeitsplatzgestaltung auf die Produktivität der Mitarbeiterschaft untersucht wurde. Es wurde z.B. der Effekt der Beleuchtungsstärke auf die Arbeitsleistung der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemessen wurde. Dabei wurde herausgefunden, dass auch psychische Faktoren einen Einfluss auf die Arbeitsleistung haben.

gen, die nicht ausschließlich funktional geprägt sind. Sie machen deutlich, wie diffizil das Zusammenspiel der jeweiligen Akteure aufeinander aufbaut und dabei auch von dem individuellen Verhalten bzw. dem Befinden der einzelnen abhängt.

1.3.2 Die Bedeutung natürlicher Ansätze für die Analyse des Ambulanzsystems

Natürliche Ansätze sind mikrosoziologisch ausgerichtet und befassen sich weniger mit der formalen Organisationsstruktur als vielmehr mit der informellen Struktur. Sie sind geeignet, um Optionen für eine gezielte Organisationsentwicklung ambulanter Dienstleister aufzuzeigen, sofern Fragestellungen wie Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter oder das Führungsverhalten der Vorgesetzten im Vordergrund stehen. Unternehmensberater setzen durchaus motivationstheoretische Ansätze ein, um gruppendynamische Prozesse auszunutzen und Solitärorganisationen gezielt weiterzuentwickeln. Für eine Untersuchung des Ambulanzsystems, die auch externe Faktoren, wie z.B. den Sozialstaat einschließt, sind natürliche Ansätze jedoch zu eng gefasst und können deshalb nur ergänzend hinzugezogen werden, z.B. im Hinblick auf die interne Koordination.

1.4 Organisationen als offene Systeme

Offene Ansätze sehen Organisationen als „locker verkoppelte“ Systeme an, deren einzelne Bereiche häufig nur schwach miteinander verbunden sind (vgl. SCOTT 1986: 156). Bei dieser Sichtweise werden die Austauschbeziehungen von Organisationen mit ihrer Umwelt hervorgehoben, wobei alle Einflussfaktoren, die nicht zur eigentlichen Organisation gehören, als Umwelt angesehen werden, z.B. andere Organisationen oder die Kostenträger im Sozialstaat, die die Arbeit der ambulanten Dienstleister beeinflussen können.

Die Grenzen einer Organisation werden durch ihre Umwelt definiert (vgl. LUHMANN 1996: 35 ff., 242 ff.). „Die Umwelt ihrerseits ist nicht ‚an sich‘ Umwelt, sondern immer Umwelt eines Systems, für das sie das Außen (‚alles übrige‘) ist. In bezug auf ein System gehört alles, was nicht in das System hineinfällt, zur Umwelt – die für jedes System eine andere ist“ (BARALDI/COSI/EXPOSITO 1997: 196). Umwelt wird damit als ein Negativkorrelat der Organisation defi-

niert, deren Veränderungen sich direkt auf die Organisationen auswirken. Die hohe Bedeutung für das Ambulanzsystem wird daran ersichtlich, wie sich z.B. die Angebote ambulanter Dienstleister durch die Einführung der Pflegeversicherung verändert haben.

Organisationen sind von ihrer Umwelt bzw. ihrem übergeordneten System abhängig. Als Folge wird die Organisation von zentralen Umweltmerkmalen determiniert und geprägt. Dieses interdependente Verhältnis führt häufig zu einer an die Komplexität der Umwelt adaptierten Organisationsstruktur. Die Umwelt weist dabei stets eine größere Komplexität auf als die Organisation. „Die Unterscheidung System/Umwelt stabilisiert ein Komplexitätsgefälle, das das System zu ständigen Selektionen zwingt und ihm die Kontingenz aller Operationen auferlegt; die Umwelt schließt immer mehr Möglichkeiten ein, als das System aktualisieren kann“ (BARALDI/COSI/EXPOSITO 1997: 197). Bei der Abgrenzung offener Systeme können allerdings definitorische Probleme auftreten, wenn sich Organisationen aus verschiedenen Subsystemen zusammensetzen, die gleichzeitig in übergeordnete Systeme eingebunden sind.

Organisationen sind demnach nur „lebensfähig“, wenn sie in einer Austauschbeziehung mit ihrer Umwelt stehen und sich auf Veränderungen einstellen können. Diese Sichtweise kann durch die strukturell-funktionale Theorie nach Parsons¹⁴ verdeutlicht werden, der die Gesellschaft in verschiedene Subsysteme (eigenständige Einheiten) unterteilt. Die Subsysteme bilden dabei jeweils die Umwelt für andere Subsysteme (vgl. GUKENBIEHL 1998: 389 f.). Dabei strebt jedes Subsystem eigene Ziele an, passt sich an externe Einflüsse an, integriert

¹⁴ Die strukturell-funktionale Theorie von Parsons nimmt dabei eine „Brückenfunktion“ ein: Parsons hat seine Theorie selbst als eine Synthese anderer Theorien, u.a. der von Max Weber gesehen. Scott stuft ihn in die Theorierichtung „Organisationen als natürliche Systeme“ ein, was auf seine starke Betonung des menschlichen Handelns zurückzuführen ist (vgl. SCOTT 1986: 139 ff.). Gleichzeitig hat Parsons jedoch auch begonnen, die Umwelt, d.h. den Zusammenhang zwischen Organisation und Umwelt in seine Überlegungen einzubeziehen. Es ist davon auszugehen, dass dies Luhmann in seinen frühen Werken dazu bewogen hat, seine Theoriebildung auf Parsons aufzubauen. Insgesamt wird die Theorie Parsons deswegen auch als Strukturfunktionalistische Systemtheorie bezeichnet. (vgl. HALLER 1999: 197 ff.).

sie und versucht seine eigene Struktur zu erhalten¹⁵ (vgl. HALLER 1999: 217 ff., SCOTT 1986: 141). Unterbleiben diese Anpassungsreaktionen können Organisationen langfristig nicht bestehen.

Innerhalb von Organisationen wird der Selbstregulierung ein hoher Stellenwert beigemessen. Komplexe Systeme werden deshalb durch Rückkoppelungsmechanismen gesteuert, die Zielabweichungen rechtzeitig aufdecken, um Gegenmaßnahmen einzuleiten. Dabei wird die Zielerreichung am Verhältnis von Input und Output gemessen: Mit welchem Ressourceneinsatz kann bei welcher Verarbeitungsmenge welches Ergebnis erreicht werden (vgl. LUHMANN 1996: 275 ff.). In modernen Organisationen übernehmen Kontroll- und Planungszentren diese Rückkoppelungs- und Steuerungsaufgaben.

1.4.1 Systemtheoretische Ansätze¹⁶

Die Systemtheorie geht davon aus, dass alle Formen der Sozialordnung als ein System von Handlungen aufgefasst und analysiert werden können. Der Begriff „System“ kann dabei als stetig reproduzierte Beziehung zwischen Akteuren oder Kollektiven definiert werden (vgl. GIDDENS 1988: 77). System ist ein Synonym für den Zusammenhang interagierender Subeinheiten, die eine system-spezifische Handlungsorientierung haben.

Soziale Systeme werden durch die Verknüpfung ihrer verschiedenen Einheiten bestimmt. „Ein System besteht darin, dass Einheiten (Substanzen) durch Beziehungen als Teile zu einem Ganzen verbunden werden. Das System ist die Interdependenz der Teile im Rahmen eines Ganzen. Die Art, wie diese Teile

¹⁵ Parsons definiert dies als „AGIL-Funktion“: A = Adaption (Anpassung an die Systemumwelt, Bereitstellung von Ressourcen, Aufgabenbereich der Wirtschaft), G = Goal-Attainment/-Selection (Zielverwirklichung, Festlegung der Ziele für die Ressourcenverwendung, Aufgabenbereich der Politik), I = Integration (Verknüpfung der verschiedenen Elemente eines Systems und Kontrolle des Zusammenhalts, Aufgabenbereich der sozialen Kontrolle und des Rechtssystems, L = Latent pattern maintenance (Strukturerhaltung, Aufrechterhaltung einer Grundstruktur verinnerlichter kultureller Elemente) (vgl. HILLMANN 1994: 11, SCOTT 1986: 59).

¹⁶ Im folgenden wird ein kurzer Abriss über wesentliche Aspekte der Systemtheorie gegeben, die im Zusammenhang mit der Organisation der ambulanten Versorgung bedeutsam sind. Die Systemtheorie bietet darüber hinaus weiterreichende Möglichkeiten.

zusammengeordnet sind, macht die Struktur des Systems aus“ (LUHMANN 1972: 23). Wenn z.B. Reibungsverluste zwischen den verschiedenen Subsystemen entstehen, so wirkt sich dies negativ auf die Gesamtstruktur des Systems aus.

Systeme bedürfen einer inneren Ordnung, um sich mit ihren Handlungen von der Umwelt abgrenzen zu können, allerdings sieht die Systemtheorie in formalen Organisationsstrukturen lediglich einen Teilaspekt von Organisationen. Die innere Struktur einer Organisation hängt davon ab, welche Ziele intern formuliert werden und welche Erwartungen von außen an das System gerichtet werden. Dabei müssen die Grenzen zur Umwelt explizit formuliert sein.

Ein System wird identifizierbar, indem es einen Komplex formaler Erwartungen festlegt (z.B. Mitgliedschaftsregeln), Mitglieder rekrutiert und Rollenzuschreibungen vornimmt. Die Systemstrukturen werden in erster Linie durch die Akteure, ihre Kommunikationswege, ihre Programme usw. bestimmt (vgl. BARALDI/CORSI/EXPOSITO 1997: 129 f.). Im Sinne der Systemtheorie sind Organisationen selbstreferentielle Systeme. Luhmann bezeichnet dieses Phänomen als Autopoiesis, die Eigenart von bestimmten Systemen, ihre Elemente fortlaufend zu reproduzieren (z.B. auf ihre Subeinheiten und ihre Struktur) (vgl. LUHMANN 1996: 60 ff., KASPER 1990: 158).

Infolge von Umwelteinflüssen sind Organisationen einem permanenten Entscheidungsdruck ausgesetzt. Jede Entscheidung unterliegt einer gewissen Zufälligkeit und erfordert neue Entscheidungen und jede Entscheidung impliziert Unsicherheiten. Organisationen entwickeln deshalb Strategien, um dem Entscheidungsdruck gewachsen zu sein, so ist es z.B. eine Strategie, die eigene Organisationsstruktur möglichst genau an die Struktur der Umwelt anzupassen.

In der Regel werden systemspezifische Probleme in den entsprechenden Subsystemen behandelt, dementsprechend werden auch gesamtgesellschaftliche Probleme in den jeweils relevanten Teilsystemen behandelt. Die verschiedenen Subsysteme sind dabei voneinander abhängig. Zugleich sind sie wiederum mit zahlreichen anderen Systemen verbunden. Dementsprechend bestehen zahlreiche autonom organisierte Systeme, die in ihrer Handlungsfähigkeit jedoch voneinander abhängig sind (vgl. BARALDI/CORSI/EXPOSITO 1997: 69 ff.). Systeme müssen deshalb immer in ihrer Gesamtheit gesehen werden. Kom-

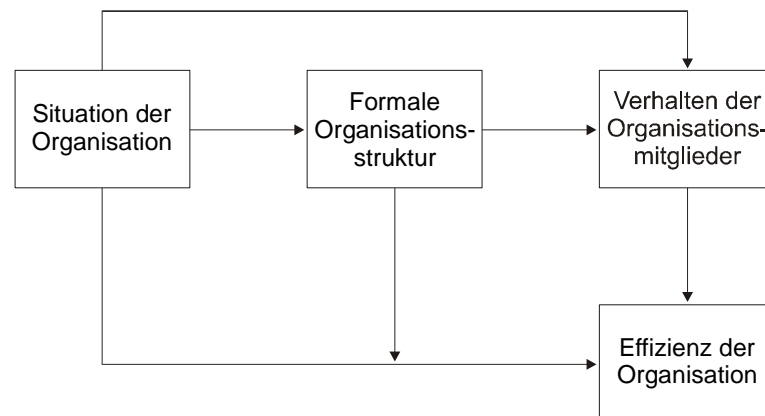
plexe Systeme können nicht dadurch analysiert werden, dass sie in ihre Bestandteile zerlegt werden (vgl. SCOTT 1986: 161). Für die gezielte Analyse ist eine ganzheitliche Sichtweise unverzichtbar, die durch die Systemtheorie eröffnet wird.

1.4.2 Situative Ansätze

Der situative Ansatz hat die Organisationsforschung seit den 60er Jahren nachhaltig beeinflusst und ist auf die Kritik an „klassischen“ Organisationstheorien, wie dem Bürokratieansatz zurückzuführen¹⁷. Die ersten situativen Analysen basierten auf der Beobachtung, dass Organisationsstrukturen in der Praxis nicht mit bestehenden Theorien übereinstimmen. Deshalb wurde nach Möglichkeiten gesucht, Einflussgrößen zu beschreiben, die zu Abweichungen von früheren Theorien führen. Damit sollte herausgefunden werden, ob bzw. in welchem Umfang externe Einflüsse die Organisationsstruktur beeinflussen (vgl. KIESER 1995: 155 f.). Die Beiträge des situativen Ansatzes können in analytische und pragmatische Versionen unterschieden werden. Die analytischen Varianten bemühen sich um die theoretische Erklärung auftretender Phänomene. Demgegenüber formulieren die pragmatischen Varianten Gestaltungsmöglichkeiten von Organisationen. Beide Varianten basieren dabei auf den Umweltfaktoren (situativen Faktoren), die Organisationen beeinflussen. Der situative Ansatz behandelt im wesentlichen vier verschiedene Aspekte:

1. Organisationsstruktur
2. Externe Einflussgrößen als situative Faktoren
3. Auswirkungen der situativen Faktoren auf das Verhalten der Akteure
4. Einfluss dieser Aspekte auf die Effizienz (Zielerreichung) der Organisation (vgl. KIESER/KUBICEK 1992: 63)

¹⁷ Der situative Ansatz ist auch als Kontingenztheorie bekannt. Zu den wesentlichen Begründern gehören z.B. Pugh (Aston-Gruppe) sowie Lawrence und Lorsch (Harvard-Gruppe).

Abb. 4: Der Aufbau des situativen Ansatzes

(Quelle: KIESER/KUBICEK 1992: 57)

Der Situationsbegriff bleibt bei dieser Darstellung zunächst offen. In der Abbildung 4 werden alle Faktoren, die eine Organisation, ihre Organisationsstruktur und ihre Akteure beeinflussen, dargestellt. Daran wird deutlich, dass Organisationen umso effizienter arbeiten, je optimaler die Passung von situativen Faktoren, Organisationsstruktur und Akteuren ist.

Situative Faktoren werden in erster Linie von der Umwelt hervorgebracht, die zumeist auch als Ressourcenlieferant für Organisationen dient. Mit der Bereitstellung von Ressourcen sind gezielte Anforderungen und Erwartungen verbunden: „Offene Systeme zeichnen sich durch eine Austauschbeziehung mit ihrer Umwelt aus: Sie beziehen Inputs in Form von Material, Menschen und Informationen aus der Umwelt und geben Outputs ebenfalls in Form von Material, Menschen und Informationen an die Umwelt ab. Die verlangten Eigenschaften der Outputs in Relation zu den Eigenschaften der gelieferten Inputs bestimmen die Anforderungen der Umwelt an das System“ (HILL/FEHLBAUM/ULRICH 1976: 336). Dieser Zusammenhang zeigt, wie interdependent Organisationen mit ihrer Umwelt verknüpft sind. Ein unabhängiges und von ihrer Umwelt losgelöstes Operieren ist deshalb nicht möglich. Neben den externen Einflüssen berücksichtigt der situative Ansatz gleichermaßen die internen Organisationsstrukturen, die letztendlich dafür ausschlaggebend sind, wie auf die Umwelt reagiert wird. Beispielhaft können folgende interne und externe situative Faktoren genannt werden:

Interne situative Faktoren:

- Leistungsangebot
- Organisationsgröße
- Informationsverarbeitung
- Rechtsform
- Alter der Organisation
- Entwicklungsstadium

Externe situative Faktoren:

- Normative Grundlagen
- Entwicklungsdynamik
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen
- Konkurrenzverhältnisse
- Kundenstruktur

(vgl. KIESER 1995: 161)

Der situative Ansatz sieht in der Organisationsstruktur einen wichtigen Einflussfaktor für die Leistungsfähigkeit einer Organisation. Dieser Analyseschritt findet sich bereits in Webers Bürokratieansatz, der darauf hingewiesen hat, dass eine steigende Organisationsgröße auch eine angemessene Organisationsstruktur erfordert. Vertreter des situativen Ansatzes (z.B. Pugh) haben dies trotz ihrer Kritik an der Bürokratietheorie aufgegriffen. Demnach wird die Organisationsstruktur durch folgende prozessorientierte Variablen beeinflusst:

- Spezialisierung und Arbeitsteilung
- Standardisierung von Arbeitsabläufen, z.B. durch die Anwendung bürokratischer Regeln oder Verfahrensrichtlinien
- Verteilung von Kompetenzen innerhalb der Organisation, z.B. durch Zentralisierung der Verantwortung
- Formalisierung, z.B. schriftliche Fixierung von Abläufen, Regeln, Anweisungen

(vgl. KIESER 1995: 159)

Der Spezialisierungsgrad einer Organisation nimmt in der Regel mit steigender Größe zu, wie verschiedene Untersuchungen von Pugh, Blau und Schoenherr, Child und Kieser belegen (vgl. KIESER/KUBICEK 1992: 303). Je größer eine Organisation ist, desto höher ist ihr Anteil von Mitarbeitern, die auf bestimmte Tätigkeiten spezialisiert sind. Dieses Phänomen erhöht zwar die Professionalität von Organisationen, steigert aber gleichzeitig auch ihren Formalisierungsgrad.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht kann die Spezialisierung einer Organisation einerseits wirtschaftliche Vorzüge beinhalten, andererseits kann sie jedoch auch zu prozessimmanenten Schwierigkeiten führen. Die Spezialisierung erzeugt einen hohen Koordinationsbedarf. Die einzelnen Akteure sind in ihrem Handeln von den spezialisierten Aktivitäten anderer Akteure abhängig. Um die Effektivität der Organisation zu gewährleisten, müssen die Aktivitäten der Mitglieder deshalb so koordiniert werden, dass sie möglichst nahtlos ineinander

greifen und eine gemeinsame Zielorientierung gewährleisten. Wird auf eine ausreichende Koordination verzichtet, so besteht die Gefahr, dass Reibungsverluste entstehen, die zu Ineffizienzen führen. Der Koordinationsbedarf hängt z.B. von folgenden Faktoren ab:

- Je höher der Grad der Arbeitsteilung ist bzw. je mehr Subsysteme bestehen, desto größer ist der Abstimmungsbedarf.
- Je mehr gegenseitige Abhängigkeiten bestehen, desto mehr Absprachen und Vorgaben werden notwendig.
- Je größer räumliche, sachliche und zeitliche Differenzen sind, desto größer ist der Koordinationsbedarf.
- Je komplexer Problemstellungen sind, desto aufwändiger ist die Koordination. (vgl. SCHULTE-ZURHAUSEN 1997: 189 f.)

Organisationen bedienen sich verschiedener Instrumente, um Abstimmungsprozesse zu bündeln und damit den Koordinationsaufwand zu senken. So werden z.B. bestimmte Aufgaben zu einem Verantwortungsbereich zusammengefasst und je nach Organisationsgröße werden einzelne Akteure ausschließlich mit Koordinationsaufgaben betraut (vgl. KIESER/KUBICEK 1992: 96 ff., KIESER 1995: 163 ff.). Die Koordination soll die unterschiedlichen Aktivitäten auf das Gesamtziel abstimmen, dazu werden unter anderem die Entscheidungskompetenzen der einzelnen Akteure definiert, formelle Informationswege festgelegt und Einzelaktivitäten gebündelt. Unter Umständen kann dadurch die Autonomie der einzelnen Arbeitsbereiche eingeschränkt werden (vgl. FRESE 1998: 69 f.).

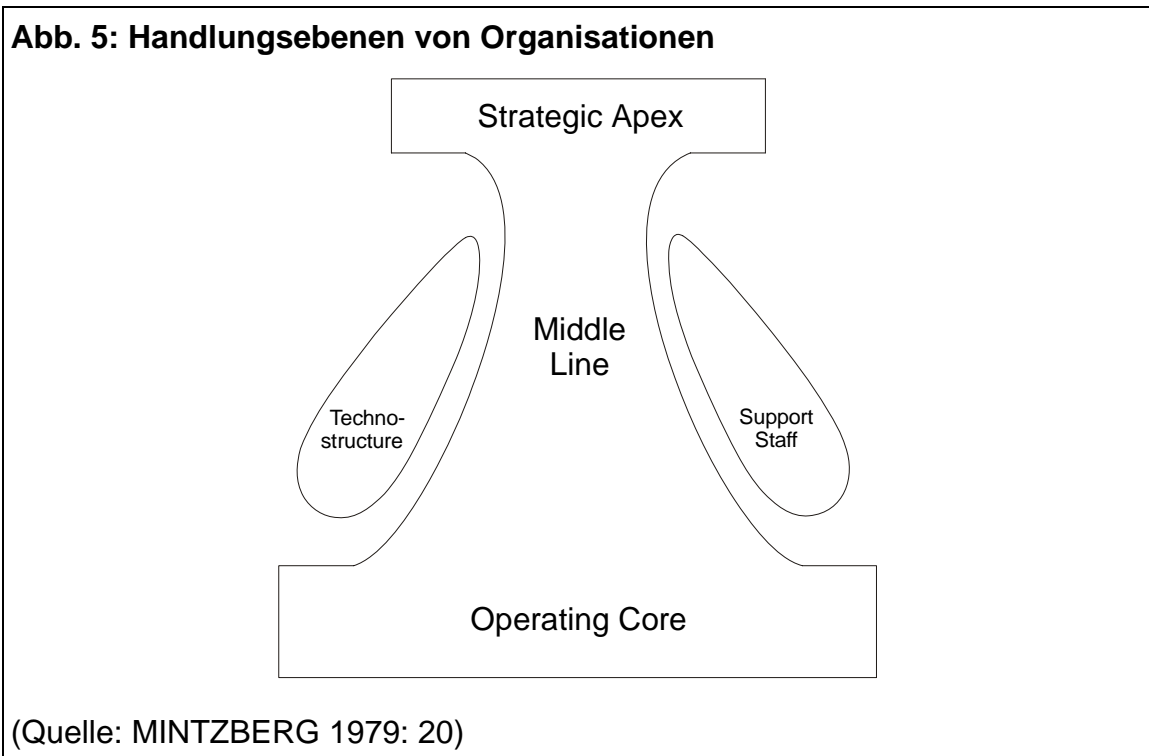
Der Stellenwert der Koordination wird an prozessimmanenten Abhängigkeiten (sequentielle Interdependenzen) bei verschiedenen Teilaktivitäten deutlich, die im Optimalfall ineinandergreifen wie Teile eines Puzzles. Ohne eine zielgerichtete Abstimmung der verschiedenen Abhängigkeiten können sich Prozessabläufe jedoch nicht reibungslos vollziehen. Im Rahmen der innerorganisatorischen Prozesse wird allgemein angestrebt, die zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst optimal zu nutzen und eine möglichst hohe Effizienz zu erzielen (vgl. FRESE 1998: 383 f.).

Lawrence und Lorsch fanden bereits Ende der 60er Jahre heraus, dass Organisationen mit mechanistischen, bürokratischen Organisationsstrukturen lediglich in statischen Umwelten effektiv arbeiten. Dynamische Umwelten erfordern dagegen organische Strukturen, die allerdings einen höheren Koordinationsbedarf

haben. Für Organisationen, die mit unterschiedlichen und sich wandelnden Umwelten konfrontiert sind, ist es deshalb erforderlich, spezifische Koordinatoneinheiten zu installieren. Die Effizienz der Organisationsstruktur kann dementsprechend an der Reaktionsfähigkeit auf wechselnde Umweltfaktoren gemessen werden. Je eher auf situative Anforderungen reagiert wird, desto effizienter arbeiten Organisationen.

Auf diesen Überlegungen aufbauend hat Mintzberg verschiedene Strukturdimensionen und Handlungsebenen von Organisationen beschrieben, demnach setzen sich Organisationen aus fünf Basiskomponenten zusammen:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Der operative Kern der mit der Erstellung der Dienstleistung befasst ist (Operating Core) 2. Die strategische Spitze der Organisation (Strategic Apex) 3. Das mittlere Management (Middle Line) 4. Arbeitsbereiche, die mit der Überwachung und Standardisierung der Arbeit des operativen Kerns befasst sind, wie | <p>z.B. Qualitätsbeauftragte (Technostructure)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Unterstützende Arbeitsbereiche ohne direkten Einfluss auf den operativen Kern, wie z.B. Justizariat (Support Staff) <p>(vgl. MINTZBERG 1979: 18 ff., KIESER 1995: 179)</p> |
|--|--|



Die Abbildung zeigt die verschiedenen Handlungsebenen, nach denen „größere“ Organisationen in der Regel strukturiert sind. In Abhängigkeit von den Auf-

gaben und der Umwelt einer Organisation werden die verschiedenen Ebenen unterschiedlich gewichtet. Je nach dem, ob eher Routineaufgaben erledigt werden (z.B. Verwaltungen) oder ob innovativ gearbeitet wird (z.B. Unternehmensberatungen).

Starre Organisationsformen, Mintzberg nennt sie „Machine Bureaucracy“, lassen sich pyramidenförmig darstellen: Die Entscheidungen sind hochgradig zentralisiert und erfordern ein umfangreiches mittleres Management. Dem operativen Kern der Organisation werden lediglich (Routine-)Aufgaben ohne eigene Entscheidungsbefugnisse zugeteilt. Dabei wird eine stark ausgeprägte Technostructure benötigt, um die verschiedenen Tätigkeiten zu überwachen, wie dies z.B. bei klassischen Behörden der Fall ist. Die „Professional Bureaucracy“, ist demgegenüber weniger starr aufgebaut und eignet sich damit bedingt für dynamische Umwelten. Hier setzt sich der operative Kern bereits aus Spezialisten zusammen, die ihre Arbeit weitgehend selbst koordinieren. Das mittlere Management und die Technostructure fallen demzufolge eher gering aus, wie z.B. in Krankenhäusern. Die „Adhocratie“ ist komplett auf sich verändernde Umwelten und die Entwicklung von Innovationen ausgerichtet. Sie setzt sich dabei hauptsächlich aus einer geringen strategischen Spitze und einem breiten mittleren Management zusammen.

An dieser unterschiedlichen Gewichtung der verschiedenen Handlungsebenen wird deutlich, welcher Zusammenhang zwischen Umwelt und Organisationsstruktur besteht. Die an eine Organisation gerichteten umweltdefinierten Anforderungen indizieren, ob die jeweilige Organisationsstruktur angemessen ist. Je dynamischer die Umwelt ist, desto weniger starr darf eine Organisation strukturiert sein, wenn sie dauerhaft bestehen will. „Je dynamischer die Umwelt einer Organisation ist, desto wichtiger ist es für die Organisation, eine Struktur zu besitzen, die eine schnelle und leichte Anpassung an Umweltveränderungen sicherstellt. Starke Spezialisierung, eine große Gliederungstiefe, starke Programmierung, Konzentration von ‚Entscheidungsbefugnissen und Formalisierung kennzeichnen eine starre Struktur, die bestenfalls in stabilen Umwelten erfolgreich eingesetzt werden kann. Dynamische Umwelten erfordern tendenziell gegensätzlich ausgeprägte Organisationsstrukturen“ (KIESER/KUBICEK 1992: 203). Die Einflussgröße „Umwelt“ ist somit in ihrer Beschaffenheit und

Kontinuität der zentrale situative Faktor. Bestimmte Umwelten erfordern bestimmte Organisationsstrukturen, um zielorientiert und effizient zu arbeiten.

Obwohl vereinzelt methodische Kritik am situativen Ansatz geübt wurde, weil zwar Veränderungs- und Koordinationsnotwendigkeiten identifiziert, aber keine Veränderungskonzepte aufgestellt werden, ist er dennoch gut zur Analyse der ambulanten Versorgungsstrukturen geeignet. Der situative Ansatz baut auf der Bürokratietheorie auf, mit der sich, wie bereits festgestellt wurde, zentrale Merkmale des Ambulanzsystems aufzeigen und herleiten lassen. Die „neue“ Erkenntnis dieser Theorie ist die Berücksichtigung von Umwelteinflüssen. Damit ist es möglich, die Sozialbürokratie als wesentlichen Umweltbestandteil und situativen Faktor ambulanter Dienstleister anzusehen.

Der situative Ansatz leistet einen wesentlichen Beitrag zur Darstellung und Analyse von Organisationen im Kontext ihrer Umwelt und zur funktionalen Bedeutung der Organisationsstruktur. Seine zentrale Aussage lautet: Die Organisationsstruktur muss bestimmten Systemerfordernissen gerecht werden, um für das System funktional zu sein. Da der situative Ansatz aber darauf verzichtet, Prozesse aufzuzeigen, die Veränderungen herbeiführen können, ist sein Beitrag in erster Linie analytisch.

1.4.3 Institutionalistische Ansätze

Institutionalistische Ansätze sehen Organisationen als „gesellschaftliche Konstruktionen der Wirklichkeit“ und als Abbild der Umwelt an. Dies basiert auf der Erkenntnis, dass Organisationen permanenten Einflüssen und Veränderungen ausgesetzt sind, wenn sie sich an der Umwelt orientieren¹⁸.

¹⁸ Der zugrundeliegende Begriff der Institution ist uneinheitlich definiert. „Der Begriff Institution bringt insbesondere zum Ausdruck, dass wiederkehrende Regelmäßigkeiten und abgrenzbare Gleichförmigkeiten (...) nicht nur zufällig (...) ablaufen sondern auch in erster Linie Produkte menschlicher Kultur und Sinnggebung sind“ (HILLMANN 1994: 375 f.). Institutionen sind nach Schelsky im Kern „Funktionssynthesen“ und stellen elastische, polyfunktionale Mechanismen dar (vgl. LIPP 1998: 149). Mit dem Institutionenbegriff werden vor allem Regelungsaspekte wie Macht, Definition von Zuständigkeiten, Verfügung über Ressourcen sowie Autoritäts- und Abhängigkeitsverhältnisse beschrieben (vgl. MAYNTZ/SCHARPF 1995: 40).

Institutionalisierung ist ein Prozess, der soziale Beziehungen und Handlungen zunehmend selbstverständlich erscheinen lässt. Strukturelemente werden als unverzichtbar und objektiv gegeben angesehen und schließlich nicht mehr hinterfragt. Dieser Institutionalisierungsprozess wird angeregt, indem Handlungen vielfach wiederholt werden. Diese Wiederholungen führen zu einer „Modellbildung“, die in der Folge als Rationalisierung aufgefasst wird, da jede Wiederholung weniger aufwändig ist als die Erstaussführung (vgl. BERGER/LUCKMANN 1999: 49 ff.). Mit dieser Institutionalisierung können Probleme verbunden sein, wenn die Selbstverständlichkeit der Handlungen dazu führt, notwendige Rückkoppelungen und Reflexionen zu unterlassen.

Institutionalisierung bezieht sich in erster Linie auf interorganisatorische Prozesse, wie z.B. beim Zusammenspiel ambulanter Dienstleister. Es wird von Analogien ausgegangen, die zwischen Organisationen auftreten, die in demselben Umfeld operieren. Aus diesen Konstellationen resultieren häufig horizontale und/oder vertikale Verbindungen. Dabei besteht eine Tendenz, andere Organisationen zu kopieren, insbesondere wenn sie eine zentrale Stellung innehaben. Mit der Institutionalisierung entsteht ein „organisatorisches Feld“. Dieser Prozess bildet gleichzeitig die Grundlage für eine zielgerichtete Zusammenarbeit von Organisationen, wie sie z.B. im Rahmen von Kooperationen erfolgen sollte:

1. Zunächst nimmt die Interaktion zwischen den Organisationen zu und es werden erste symbolische Ordnungen bzw. Codierungen herausgebildet.
2. Es bilden sich erste Autoritätsstrukturen und Verbindungsmuster unter den Organisationen heraus. Die vorhandenen Ressourcen müssen auf die beteiligten
3. Organisationen aufgeteilt werden. Die Informationsproblematik steigt und muss bewältigt werden.
3. Die Herausbildung einer gemeinsamen Ideologie bzw. eines gemeinsamen Rechtssystems (vgl. GIDDENS 1988: 81 ff., WALGENBACH 1995: 282 f.)

Organisationen assimilieren die Strukturen ihrer Umwelt und legitimieren damit ihr Dasein. Die Organisationsstruktur ist insofern weniger das Resultat komplexer interner und externer Beziehungen als vielmehr ein Spiegel der (komplexen) Umwelt. Organisationen richten also ihre Strukturen auf die Anforderungen und Erwartungen der Umwelt aus, um mit dieser „organisatorischen Nähe“ ihren Erhalt zu sichern (vgl. WALGENBACH 1995: 269). Die Organisationsstruktur wird dabei nicht unbedingt als Instrument zur effizienten Steuerung und Überwindung innerorganisatorischer Abhängigkeiten gesehen. Nach dieser Theorie

reicht es häufig aus, wenn Organisationsstrukturen den Erwartungen der Umwelt entsprechen (z.B. wenn sich ambulante Dienstleister an den Strukturen der Sozialbürokratie orientieren). Formale Organisationsstrukturen werden dementsprechend als Ausdruck bestehender Regeln und Erwartungen der Umwelt gesehen.

Die Motivation für dieses Vorgehen ist einfach zu erklären, denn wenn Organisation diesen Vorstellungen nicht entsprechen, kann dies ihren Ressourcenzufluss (Input aus der Umwelt) negativ beeinflussen. Effizienzerwägungen sind deshalb für die Gestaltung von Organisationen häufig eher zweitrangig. „Viele der in Organisationen aufzufindenden Stellen, Abteilungen Verfahrensweisen oder Programme werden aufgrund der öffentlichen Meinung und der Sichtweise wichtiger Kunden erforderlich oder durch Gesetze erzwungen, sie werden adoptiert, und zwar unabhängig von ihren Auswirkungen auf das Arbeitsergebnis“ (WALGENBACH 1995: 270). Diese Widersprüchlichkeiten sind für das ambulante Versorgungssystem charakteristisch.

Die Umwelt wird in diesem Sinne nach „dynamischer“ oder „institutioneller“ Prägung unterschieden: Organisationen in dynamischen Umwelten sind eher auf Output und Markt ausgerichtet und ihre Organisationsstruktur zielt auf effektives und effizientes Handeln ab. Organisationen in institutionalisierten Umwelten sind demgegenüber auf die Zuweisung von Ressourcen aus ihrer Umwelt angewiesen und haben ein starkes Interesse, mit ihrer Umwelt konform zu sein. Sie stehen nicht unter einem marktorientierten Ergebnisdruk, sondern sie versuchen Erfolg durch die Übernahme vorhandener Regeln nachzuweisen. „Durch die Adoption formaler Strukturen, die den dort vorherrschenden Vorstellungen von Rationalität entsprechen, erreichen Organisationen hier Legitimität und Stabilität und erhöhen so den Ressourcenzufluss“ (WALGENBACH 1995: 276). Die Chance, die erforderlichen Ressourcen zu beschaffen, nimmt auf dem Kontinuum von Angleichung bis Isomorphie¹⁹ der Organisationsstruktur mit den institutionell definierten strukturellen Mustern stetig zu (vgl. Meyer/Rowan 1977 nach SCOTT 1986: 329 f.). Insbesondere Organisationen, die in stark institutio-

¹⁹ Isomorphie ist die weitgehende Identität zweier oder mehrerer formaler Strukturen. Die identischen Eigenschaften beziehen sich auf operative Regeln und daraus resultierende Strukturbindungen (vgl. HOLLSTEIN-BRINKMANN 1993: 27).

nalisierten Umwelten operieren, verwenden häufig mehr Aufwand auf die Einhaltung auferlegter Regeln als darauf, einen möglichst effizienten Output zu erzielen.

Als Beispiele für Organisationen in institutionalisierten Umwelten können Einrichtungen des Non-Profit-Sektors und der öffentlichen Verwaltungen angeführt werden. Hier ist die Beziehung zum Staat – als der gesetzgebenden, d.h. strukturierenden und ressourcenerliefernden Umwelt – von zentralem Interesse. Denn der Sozialstaat nimmt in seiner übergeordneten Funktion einen maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung dieser Organisationen – z.B. in seiner Funktion als Kostenträger²⁰. Häufig übernehmen Non-Profit-Organisationen strukturelle Elemente des Staats, um in seiner Umwelt zu bestehen. Diese Organisationsstrukturen werden konzipiert, weil sie extern legitimiert sind und nicht weil sie effizient sind. Gleichzeitig werden externe und nicht eigene Bewertungskriterien angelegt, um den Wert struktureller Elemente festzulegen. Die Adaption dieser Umwelt kann zwar für die Aufgabenerfüllung der Organisation dysfunktional sein, ist jedoch durch die Umwelt legitimiert. Konflikte mit der institutionellen Umwelt werden vermieden, um sich weiterhin die Unterstützung zu sichern (vgl. WALGENBACH 1995: 280 ff.)

Die zentrale Erkenntnis des institutionalistischen Ansatzes ist es, dass bestehende Widersprüche zwischen Organisationsstrukturen und Effizienzerwägungen aufgezeigt und im Kontext ihrer Umwelt gesehen werden. Dies hat zur Folge, dass sich Organisationen nicht immer an einem Zweck-Mittel-Schema orientieren und ihre Handlungen auf ihr Organisationsziel abstellen, sondern ebenso Imitationsprozesse und institutionalisierte Erwartungen der Umwelt die Organisationsstruktur beeinflussen. Diese Tradierung und permanente Reproduktion bestehender Strukturen kann zur strukturellen Trägheit von Organisationen führen. Mit diesen Erkenntnissen hat dieser Ansatz – ergänzt durch die anderen offenen Ansätze – eine zentrale Bedeutung für die Analyse des Ambulanzsystems.

²⁰ Der Begriff Kostenträger wird synonym zu dem inzwischen sozialrechtlich gebräuchlichen Begriff Leistungsträger verwendet.

Exkurs: Selbsthilfeorganisationen als Beispiel isomorpher Angleichung

Als Gegenpol zur klassischen korporativen Dienstleistungsproduktion der Wohlfahrtsverbände haben seit den 70er Jahren Selbsthilfeorganisationen einen besonderen Stellenwert gewonnen. Einerseits wurden die engen Kooperationsbeziehungen zum Staat kritisiert und in Frage gestellt, andererseits wurden die Vorteile von Selbsthilfeorganisationen in weniger komplexen Strukturen und flacheren Hierarchien gesehen. Die Selbsthilfeorganisationen haben sich vom Sozialstaat unabhängig gebildet. Mit ihrer Initiative wendeten sich die Betroffenen gegen professionalisierte, bürokratisierte und spezialisierte sozialstaatliche Leistungssysteme, die sie als nicht angemessen empfanden (vgl. HEINZE/OLK/HILBERT 1988: 130 f.). Damit bekam das Hilfemonopol der Wohlfahrtsverbände erstmalig Konkurrenz. Die alternativen Angebote etablierten sich schrittweise und wurden später teilweise aus Projektmitteln des Bundes oder ähnlichen Quellen gefördert.

Mit der finanziellen Unterstützung setzte jedoch ein Prozess der stärkeren Strukturierung und verbandsmäßigen Angleichung ein, der von dem Ziel einer langfristigen Ressourcensicherung geleitet war. „Dieser in der Organisations- theorie als „Isomorphismus“ bezeichnete Mechanismus der Anpassung an bestehende administrative Strukturen und dominante Organisationskulturen führte in der Folge zu dem paradoxen Effekt, dass das ursprüngliche „Wir-Gefühl“ der alternativen Szene sukzessiv verlorenging und sich zunehmend bereichsspezifisch ausdifferenzierte“ (ZIMMER 1998: 90). Folge dieser Entwicklung war auch hier ein Verlust an Flexibilität und Innovationsbereitschaft (vgl. HEINZE/VOELKOW 1998: 231 f.). Der Bereich der Selbsthilfe wird heute als eine zusätzliche Trägersäule im System ambulanter Dienste und Hilfen angesehen.

1.4.4 Die Bedeutung offener Ansätze für eine Analyse des Ambulanzsystems

Offene Ansätze der Organisationstheorie gehen davon aus, dass Organisationen in einer Austauschbeziehung mit ihrer Umwelt stehen und berücksichtigen gleichzeitig die internen Organisationsstrukturen. Eben diese Kombination ist erforderlich, um die fragmentierten Strukturen der ambulanten Versorgung zu analysieren. Dabei fasst z.B. die Systemtheorie jegliche Form sozialer Ordnung als System auf. Diese integrierende Sichtweise erlaubt es, das System der am-

bulanten Versorgung sowohl in seiner Gesamtheit zu betrachten als auch auf Solitärorganisationen als Subsysteme abzuheben.

Das Ambulanzsystem als Gesamtheit betrachtet ist ein sozialstaatliches Sicherungssystem, das darauf ausgerichtet ist, unterstützende Dienstleistungen bereitzustellen (immaterielle Hilfen). Der Staat delegiert die Hilfemaßnahmen im Rahmen seines sozialen Sicherungssystems an freie Träger. Diese Konstellation ist historisch gewachsen. De facto ist er inzwischen mangels eigener Infrastruktur zur Kooperation mit freien Trägern gezwungen, um sozialstaatliche Leistungen vorzuhalten. Das Ambulanzsystem und seine Dienstleister sind in hohem Maß von dieser wechselseitigen Beziehung zwischen Staat und Dienstleistern geprägt.

Die Beteiligung freier Träger an der Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben entspricht einem wechselseitigen Organisationszusammenhang sozialstaatlicher Institutionen und ambulanter Dienstleister, der als Korporatismus bzw. Neokorporatismus bezeichnet wird. Die Besonderheit ist, dass diese Dienstleister sowohl an der Ausführung als auch an der Planung der „Sozialpolitik“ beteiligt bzw. „inkorporiert“ sind (vgl. CZADA 1995: 365). Ihnen kommt damit eine intermediäre Stellung zwischen Sozialstaat und unterstützungsbedürftigen Individuen zu (vgl. HEINZE/VOELZKOW 1998: 229). Diese intermediären Organisationen haben die Funktion von Bindegliedern, die sozialstaatliche Leistungen für die Betroffenen zugänglich machen.

Im Ambulanzsystem wird die Abhängigkeit der Dienstleister von ihrer Umwelt besonders deutlich. Die situativen Faktoren werden dabei in erster Linie durch die vorherrschende soziale Ordnung bestimmt, die sich z.B. in der Sozialgesetzgebung und dem sozialstaatlichen Kostenträgersystem niederschlägt. Nach STREECK und SCHMITTER (1996) wird diese Ordnung durch die Institutionen Gemeinschaft, Markt und Staat bestimmt, deren leitende Prinzipien zwischen Solidarität, atomistischer Konkurrenz und hierarchischer Kontrolle variieren. Beide Autoren stellen die These auf, dass Verbände in modernen Industriestaaten eine zusätzliche vierte Institution repräsentieren und dadurch die organisatorische Konzentrierung bestimmter Leistungen realisieren. Diese These wird durch das Verbändewesen der freien Wohlfahrtspflege belegt, die im System ambulanter Dienste und Hilfen eine dominante Stellung innehaben. Dabei wei-

sen insbesondere die Wohlfahrtsverbände Merkmale auf, die darauf schließen lassen, dass sie keinen direkten Marktbedingungen unterliegen (z.B. durch subventionierte Leistungen).

Die korporatistische Arbeitsteilung hat zu einer organisatorischen Angleichung der Organisationsstrukturen von Staat und freier Wohlfahrtspflege geführt, wie sie die institutionalistischen Ansätze analysieren. Mit den Angleichungsprozessen an die sozialbürokratischen Strukturen scheint jedoch ein gleichzeitiger Verlust von Flexibilität und Sensibilität gegenüber neuen Problemlagen und Zielgruppen verbunden zu sein (vgl. HEINZE/VOELZKOW 1998: 230 f.). Der institutionalistischen Theorie entsprechend richten sich die ambulanten Dienstleister an der Struktur ihrer Umwelt aus. Die Wohlfahrtsverbände haben sich der Struktur öffentlicher Verwaltungen angeglichen, um ihre Legitimationsbasis und damit ihre Mittelzuweisungen zu sichern. Auch die Untereinheiten (z.B. Ortsverbände) und hierarchisch nachgeordneten Institutionen haben diese Strukturmerkmale übernommen. Privat-gewerbliche Anbieter sind demgegenüber jedoch eher auf die Gesetzmäßigkeiten des Marktes ausgerichtet.

Der Staat stellt die nächste Umwelt von ambulanten Organisation dar. Da sie der wesentliche Kostenträger für ihre Leistungen ist, sind die ambulanten Dienstleister wirtschaftlich von der Sozialbürokratie abhängig. Dabei wird auch den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege eine politische Beteiligung und Selbstregulierung nur bedingt zugestanden. Dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend, beschränkt sich die Beteiligung dieser Organisationen häufig auf „die Durchführung von Aufgaben, deren Inhalt durch staatliche Regulierung und Finanzierung weitgehend vorgegeben ist“ (CZADA 1995: 367). Die staatliche Bürokratie, die sowohl die normative Legitimation als auch den erforderlichen Ressourceninput liefert, ist eine statische Umwelt. Dementsprechend waren ambulante Dienstleister bislang nicht zu dynamischen Anpassungsreaktionen gezwungen. Weitere situative Einflüsse erfolgen z.B. durch Konkurrenten am ambulanten „Markt“.

Das Ambulanzsystem und seine sozialstaatlichen Voraussetzungen sind eine institutionalisierte Umwelt. Die in ihr operierenden Organisationen sind auf die Zuweisung von Mitteln bzw. auf die Kostenübernahme durch den Sozialstaat angewiesen und deshalb bemüht, den aufgestellten Regeln zu entsprechen.

Für die praktische Arbeit der ambulanten Dienstleister kann die organisatorische Nähe zur Bürokratie dysfunktional sein kann, dennoch werden – wenn überhaupt – nur zögerlich Anstrengungen unternommen, bestehende Isomorphien zu durchbrechen. Statt dessen passen sich ambulante Dienstleister nach wie vor an. So bestehen z.B. Widersprüche hinsichtlich der künstlich getrennten Kostenträgerstrukturen, die sich bedarfsorientiert nicht begründen lassen. Diese Konflikte werden jedoch aus den oben genannten Gründen nicht oder nur selten ausgetragen.

Diese Widersprüche sind möglich, weil sich die ambulanten Dienstleister bislang in einer institutionalisierten Umwelt befanden und nur bedingt unter einem marktorientierten Ergebnisdruck standen. Anders als Dienstleister, die sich in dynamischen Umwelten befinden, sind sie nicht vorrangig auf den Markt und die Steigerung ihres Outputs orientiert. Auch in Zeiten knapper Finanzlagen haben Effizienzerwägungen bei der Organisation der ambulanten Versorgung keine Priorität. Statt dessen wird nach wie vor das Bekannte und bereits Vorhandene dupliziert, so dass die seit Jahrzehnten bekannte Isomorphie der Organisationsstrukturen von sozialen Diensten und staatlichen Bürokratien weiter manifestiert wird. Als Resultat setzt sich eine Fragmentierung von der Ebene der normativen sozialstaatlichen Vorgaben nahtlos auf die Ebene der ambulanten Dienstleistungen für unterstützungsbedürftige Menschen fort.

Folge dieser, von Umwelterwartungen gesteuerten und durch Imitationsprozesse angeglichenen Organisationsstrukturen ist die Veränderungsträgheit der Organisationen des ambulanten Sektors. Veränderungen werden bei den Dienstleistern vor Ort häufig erst dann angestoßen, wenn die Vergabemodalitäten der Ressourcen verändert werden. So sind z.B. der Grundsatz „ambulant vor stationär“, der seit Mitte der 90er Jahre proklamiert wird sowie die durch die Pflegeversicherung veränderten Finanzierungsmodalitäten zu wesentlichen situativen Faktoren für soziale Dienste geworden. Gleichzeitig fordert die bisher statische Umwelt inzwischen eine stärkere Outputorientierung der Dienste ein. Hier ist ein Bruch entstanden, da die Umwelt inzwischen Anforderungen stellt, denen sie selbst nicht entspricht, denn an den sozialbürokratischen Strukturen wurde diesbezüglich nichts verändert.

Mit diesen Veränderungen war auch die Öffnung des ambulanten Sektors für privat-gewerbliche Anbieter verbunden. Damit wurde für die etablierten Träger der freien Wohlfahrtspflege ein bis dato unbekannter Konkurrenz- und Wirtschaftlichkeitsdruck geschaffen (vgl. NOKIELSKI/PANKOKE 1996: 147). Bereits seit den 80er Jahren findet ein Paradigmenwechsel in der Versorgung unterstützungsbedürftiger Menschen statt und Betroffene fordern zunehmend die Wahrung ihrer Interessen und bedarfsadäquate Angebote. Diese vielschichtigen Entwicklungen setzen die Organisation des Ambulanzsystems – insbesondere die klassischen Organisationen der freien Wohlfahrtspflege – situativen Einflüssen und Veränderungsnotwendigkeiten aus.

Infolge einer symbiotischen Austausch- und Abhängigkeitsbeziehung zwischen Umwelt und Organisation beziehen ambulante Dienstleister Input in Form staatlich reglementierter Mittelzuweisungen aus der sozialstaatlichen Umwelt. Als Gegenleistung produzieren sie Output in Form von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Ihre zukünftige Bedeutung hängt deshalb davon ab, ob und inwieweit sie sich auf Veränderungen ihres Umfelds einstellen können. Zusätzlich entwickeln sich neue, marktorientierte Beurteilungskriterien abseits der klassischen Bürokratie, so werden z.B. Qualitätsstandards, Bedarfsgerechtigkeit, Kundenzufriedenheit und Effizienzerwägungen zu Beurteilungsgrößen.

Im Zusammenhang mit diesen Veränderungsprozessen gilt es zu überprüfen, inwieweit die strikte Aufgabentrennung sozialer Sicherungssysteme mit den Folgen eines fragmentierten Dienstleistungsangebots die adäquate Antwort auf sich verändernde Umweltbedingungen ist. Die eher „lose Verkoppelung“ verschiedener Angebote und Leistungsbereiche erscheint inzwischen wenig geeignet, um zielgerichtete und koordinierte Gesamtergebnisse zu erreichen.

Nach einer Studie von ZIMMER und PRILLER, die gemeinnützige Organisationen im gesellschaftlichen Wandel untersucht haben, ist der Großteil der gemeinnützigen Organisationen bereits älter als 50 Jahre (vgl. ZIMMER/PRILLER 1999: 10 f.). Weiterhin muss festgestellt werden, dass die Organisationsstrukturen des Ambulanzsystems nach wie vor bürokratisch geprägt sind und sich seit ihrer Entstehung nicht grundlegend verändert haben. Diese Organisationsstrukturen entstanden in der Regel nicht organisch, sondern basierten auf einem Hierarchieprinzip. Diese Konstellationen schlagen sich inzwischen in Anpas-

sungsproblemen an eine dynamisierte Umwelt nieder. Insbesondere im Verlauf der letzten Jahre sind Veränderungen eingetreten, die statische Strukturen im Ambulanzsystem als wenig effektiv erscheinen lassen.

Probleme der ambulanten Versorgung resultieren jedoch nicht nur aus der isomorphen Angleichung von Sozialbürokratie und ambulanten Dienstleistern. Auf der Dienstleistungsebene arbeitet eine Vielzahl divergierender Partikularorganisationen, die – auch wenn sie sich unter dem Dach eines Verbands befinden – einen enormen Koordinationsbedarf erzeugen. Dieser Koordinationsbedarf erhöht sich, je stärker die verschiedenen Subsystemen voneinander abhängig sind.

Die verschiedenen Dienstleister erfüllen als Subsysteme jeweils nur Teilaufgaben. Geht es um die Versorgung komplexer Bedarfslagen, müssen verschiedene Subsysteme beteiligt werden. Je mehr Subsysteme an der Lösung eines Problems mitwirken müssen, desto schwieriger ist es jedoch, eine gemeinsame Zielorientierung zu gewährleisten. Deshalb ist ein hohes Maß an Koordination notwendig, um die Arbeit der verschiedenen ambulanten Dienste und Hilfen bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen. Dies gilt auch, wenn sich die verschiedenen Dienste bzw. Subsysteme in der Zuständigkeit unterschiedlicher Kostenträger oder konkurrierender Träger befinden. Die Koordination der Arbeit sollte von den verschiedenen Bereichen in erster Linie selbst übernommen werden, so dass eine horizontale Abstimmung erreicht wird.

Eine veränderungsfähige Organisationsstruktur darf weder zu zerfasert noch zu stark zentralisiert sein. Die Partikularorganisationen müssen über ausreichende Entscheidungskompetenzen verfügen, um auf neue – an das Ambulanzsystem gerichtete – Anforderungen zu reagieren. Der situative Ansatz weist nach, dass vertikale Hierarchiegefüge zu unflexibel sind. Ein ausgeprägtes strategisches und mittleres Management, das dem operativen Kern der vor Ort tätigen Akteure nur die Bewältigung von „Routineaufgaben“ zugesteht, ist nicht mehr zeitgemäß. Jeder aus Spezialisten bestehende Bereich der ambulanten Versorgung sollte zu autonomem Handeln befähigt werden, wobei die verbandliche Hierarchie (durch Einbindung in den Spitzen-, Landes- und Ortsverband) nur insoweit Einfluss nimmt als es der gemeinsamen Zielorientierung und Interessenvertre-

tung dient. Gleichzeitig sollten Kooperationen verschiedener, sich ergänzender Dienstleister angestrebt werden.

Auf der Basis der Theorien, die Organisationen als offene Systeme definieren, lassen sich für das Ambulanzsystem folgende Merkmale zusammenfassen:

- Das System der sozialen Sicherung und in seiner Folge das Ambulanzsystem sind in hohem Maß formalisiert und standardisiert. Die festgeschriebenen Anweisungen, Verfahrensweisen und Regeln sind situativen Einflüsse auf die Organisationen des Ambulanzsystems zugeschnitten.
- Sowohl die Leitungskompetenzen innerhalb des Ambulanzsystems als auch innerhalb der diversen Partikularorganisationen sind in hohem Maß zentralisiert und an die Organisation der Sozialbürokratie angelehnt.
- Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege gliedern sich in Kollektive spezialisierter Partikularorganisationen, die häufig wirtschaftlich eigenständig arbeiten. So sind in einem Verband verschiedene Dienstleister, wie z.B. Rettungsdienst, Pflegedienst, Hausnotruf-Dienst, Mahlzeitendienst, Fahrdienst zusammengefasst. Auch hier gilt, dass mit einer steigenden Organisations- bzw. Verbandsgröße der Spezialisierungsgrad und damit der Koordinationsbedarf zunimmt.

Organisationstheorien des offenen Ansatzes haben eine zentrale Bedeutung für die Analyse des Ambulanzsystems. Sie zeigen nachhaltig die Verbindungen und Abhängigkeiten zwischen Dienstleistern und sozialbürokratischer Umwelt sowie zwischen den Dienstleistern als sich ergänzenden Subsystemen auf. Zusätzlich sind insbesondere die Bedarfe unterstützungsbedürftiger Menschen als situative Anforderung zu berücksichtigen. Eine zentrale Rolle für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen wird es spielen, die verschiedenen Elemente und Einflüsse so aufeinander abzustimmen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung multikausaler Bedarfslagen möglich – und selbstverständlich – ist.

1.5 Organisationstheorien – Grundlage zur Veränderung der ambulanten Versorgungsstrukturen?

Bei der Absicherung risikohafter Lebenslagen durch professionelle ambulante Dienstleistungen entstehen Schwierigkeiten, wie bereits in Teil 1 aufgezeigt wurde. Diese Schwierigkeiten warfen die Frage auf, ob sich bestehende Phänomene des Ambulanzsystems anhand gängiger Organisationstheorien klären

lassen. Die Anwendung der verschiedenen organisationstheoretischen Ansätze belegt, dass sie auf die Strukturen des Ambulanzsystems anwendbar sind. Dabei leisten die älteren Theorien rationaler Ansätze einen Beitrag, um die Entstehung der in Teil 1 aufgezeigten Probleme und Widersprüche nachvollziehen zu können. Die offenen Ansätze machen ergänzend dazu deutlich, warum sich Veränderungen bislang nicht vollzogen haben und was zukünftig zu beachten ist.

Die organisationstheoretischen Ausführungen machen deutlich, dass es keine allgemeingültige Organisationstheorie gibt, erst die Kombination verschiedener Theorien kann die Vielschichtigkeit von Organisationen des Ambulanzsystem abbilden. Die einzelnen Ansätze setzen sich – in Abhängigkeit von ihrer wissenschaftlichen Herkunft und Ausgangsfragestellung – in der Regel nur mit Teilaspekten auseinander. So konzentrieren sich rationale Ansätze z.B. auf die Grundlagen arbeitsteiligen Handelns, vernachlässigen dabei jedoch die Koordination und die Reaktion auf Umwelteinflüsse.

Dennoch haben Weber und Taylor mit ihren Theorien den Blick für arbeitsteilige Prozesse geöffnet und Überlegungen zur Effektivität und Effizienz angeregt. Dabei hat Weber mit seinen Abhandlungen über verwaltungsmäßige Abläufe bereits aufschlussreiche Anhaltspunkte geliefert. Seine Ergebnisse spiegeln die aktuellen Erkenntnisse der damaligen Zeit wider, in der auch die sozialstaatlichen Sicherungssysteme ausgebaut wurden. Öffentliche Verwaltungen, wie auch freigemeinnützige Wohlfahrtsverbände haben sich den Organisationsstrukturen sozialstaatlicher Institutionen angeglichen und weisen noch heute Merkmale auf, die Webers Bürokratiethorie beschreibt. Insofern können die deskriptiven Elemente nach wie vor zur Beschreibung von ambulanten Organisationen herangezogen werden.

Mit Hilfe der Organisationstheorien lassen sich die Strukturen der ambulanten Versorgung begreifen, wenn die verschiedenen Ansätze miteinander kombiniert werden. Im Hinblick auf das Ambulanzsystem sollte dabei die historische Dimension berücksichtigt werden: Die konstituierende Phase der Sozialbürokratie entspricht der Entstehungsphase von Webers Bürokratiethorie. Die von ihm dargelegten Faktoren schlugen sich auch in der Sozialbürokratie und den daraus resultierenden Versorgungsstrukturen nieder. Die Folge war die institutio-

nelle Spaltung bzw. Arbeitsteilung zwischen Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsverbänden (vgl. SCHMID 1996: 48, BUTTERWEGGE 1999: 23 ff., NO-KIELSKI/PANKOKE 1996: 144). Diese Strukturen prägen und beeinflussen die ambulante Versorgung nach wie vor.

Ergänzt man die Ergebnisse rationaler Ansätze um essentielle Erkenntnisse der offenen Ansätze, so erhält man eine solide Basis, um das Ambulanzsystem zu analysieren²¹. Rationale Ansätze dienen in einem ersten Schritt dazu, den Habitus der ambulanten Versorgungsstrukturen zu beschreiben und ihre Entstehung nachzuvollziehen. Offene Ansätze ermöglichen es darüber hinaus die Nähe sozialbürokratischer und ambulanter Organisationsstrukturen aufzuzeigen und ihre jahrzehntelange Veränderungsträgheit zu verstehen. Mit diesem neuen Verständnis können Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen aufgezeigt werden.

Offene Ansätze sind deutlich komplexer als die anderen Theorien, weil die einzelnen Organisationen als Subsysteme in einem übergeordneten System gesehen werden. Dabei bestehen sowohl zwischen System (Ambulanzsystem) und Subsystemen (sozialstaatliche Kostenträger und ambulante Dienstleister) als auch zwischen den Subsystemen vielfältige Abhängigkeiten. Die ambulanten Organisationen sind damit multifaktoriellen Einflüssen ausgesetzt. Hinzu kommt, dass sie aus einer Fülle von Einzelpersonen, Gruppierungen, Koalitionen, Handlungsabläufen, Informationen usw. bestehen, die häufig nicht einmal eindeutig abzugrenzen sind.

Die Koordination dieser verschiedenen Systemelemente ist deshalb eine zentrale Aufgabe zur Verbesserung der ambulanten Versorgung. Dabei sollten die Organisationsstrukturen einen organischen Charakter haben und eine prozessuale Orientierung aufweisen. Die „Betonung liegt immer auf der Tätigkeit des Organisierens, nicht auf dem fertigen Gegenstand Organisation“

²¹ Die Perspektive natürlicher Systeme wurde insbesondere der Vollständigkeit halber erwähnt. Sie berücksichtigt lediglich einen Ausschnitt der Organisationswirklichkeit, da sie sich weniger mit den formalen Strukturen einer Organisation als vielmehr mit ihren interpersonalen Prozessen auseinandersetzt. Der Erkenntnisgehalt dieses Ansatzes liegt hauptsächlich in der Bedeutung, die einer internen Koordination beigemessen wird, indem aufgezeigt wird, dass ohne die Abstimmung der Akteure keine zielorientierten Handlungsprozesse möglich sind.

(SCOTT 1986: 171). Die Binnenaktivitäten des Versorgungssystems und seiner Subsysteme sollten deshalb auf die Umwelt als situative Einflussgröße und zentrale Ressourcenquelle ausgerichtet sein. Dabei darf jedoch nicht der eigentliche Versorgungsauftrag aus den Augen verloren werden, denn auch die Betroffenen sind ein wesentlicher Teil der Umwelt.

Die Umwelt ist mehr als ein Ressourcenlieferant, wie institutionelle Ansätze deutlich machen: Sie nimmt maßgeblichen Einfluss auf strukturelle Entwicklungen und Handlungsabläufe eines Systems. Die „Abhängigkeit“ ambulanter Dienstleister von der Sozialbürokratie hat dazu geführt, dass wesentliche Organisationsmerkmale kopiert wurden und zu Isomorphien führten. Bei dieser Angleichung ist es noch immer gleichgültig, ob die kopierten Strukturen zur Erledigung der eigenen Aufgaben geeignet sind. Die Übernahme bestehender Strukturen scheint die Dienstleister jedoch in ihrem Tun zu legitimieren. Dies gilt auch dann, wenn sie nachweislich ineffizient sind, denn der Bewertungsmaßstab ist die kopierte Umwelt. Diese autopoietischen Züge erklären die Veränderungsträgheit der ambulanten Strukturen.

Organisationen des Ambulanzsystems scheinen bei ihrer Entstehung bestehende Strukturen ihrer Umwelt übernommen haben, die ein „Etikett der Unveränderlichkeit“ haben. Dies gilt zumindest für Organisationen der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege. Den Beleg dafür liefern die fragmentierten Strukturen der ambulanten Versorgung sowie die „parastaatliche Organisation“ der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege (vgl. HEINZE/NAEGELE 1994: 203).

Im Hinblick auf Verbesserungen der Versorgungsstrukturen ist insbesondere eine engere Zusammenarbeit der verschiedenen Subsysteme des Ambulanzsystems erforderlich. Aus den bestehenden Schnittstellen der Versorgung, resultieren Reibungsverluste, weil zur Versorgung umfassender Bedarfslagen stets verschiedene Kostenträger und Dienstleister benötigt werden, die nur unzureichend aufeinander abgestimmt sind. Im Sinne einer Outputorientierung ist der Mitteleinsatz im Ambulanzsystem häufig nicht effizient genug, dies gilt insbesondere aus der Sicht betroffener Menschen.

Die verschiedenen Organisationen und Subsystemen des Ambulanzsystems stehen in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander. Dennoch arbeiten die ambulanten Dienstleister bei der Versorgung unterstützungsbedürftiger Menschen

häufig eher zufällig, als gezielt zusammen. Es fehlen insbesondere zielgerichtete Koordinationsmechanismen, deren Notwendigkeit sogar Weber in Ansätzen erkannt hat. Die mangelnde horizontale Koordination wirkt sich im Rahmen der Versorgung z.B. in Kompetenzkonflikten, Zuständigkeitssplittings und Versorgungslücken aus (vgl. OLK/OTTO 1989: 11). Die von der Arbeitsteilung zwischen Staat, Verbänden und privat-gewerblichen Anbietern gekennzeichneten Strukturen könnten mit Hilfe koordinierter und zielgerichteter Zusammenarbeit wesentlich effizienter arbeiten. Damit wäre es möglich, besser auf situative Anforderungen der Umwelt – insbesondere der Betroffenen – zu reagieren.

Die Arbeitsteilung im Ambulanzsystem kann nur dann in einer angemessenen und für die Betroffenen bedarfsgerechten Form realisiert werden, wenn die organisatorischen Aspekte der Aufgabendifferenzierung und Koordinierung zufriedenstellend geklärt sind: Die zu erfüllenden Aufgaben werden in Teilaufgaben zerlegt und verschiedenen Akteuren zugeordnet, wobei die Einzelleistungen, die im Einzelfall für eine umfassende Versorgung benötigt werden, wiederum aufeinander abgestimmt werden müssen, um eine Gesamtleistung „ambulante Versorgung“ vorzuhalten.

Die Organisationstheorien leisten insgesamt einen unverzichtbaren Beitrag für das Verständnis des Ambulanzsystems, indem mit ihrer Hilfe die Entstehung der arbeitsteiligen Versorgungsstrukturen schlüssig hergeleitet wird und bestehende Problemlagen identifiziert werden. So ist es offensichtlich, dass Probleme aus einer mangelhaften Abstimmung der verschiedenen Subsysteme resultieren. Ein zentrales Analyseergebnis ist die Ähnlichkeit von ambulanten Dienstleistungsstrukturen und Sozialbürokratie. Diese Isomorphie muss in Zukunft aufgebrochen werden, um positive Veränderungen zu erreichen. Die Organisationstheorien erfüllen hier insbesondere den Zweck, Veränderungserfordernisse zu identifizieren, für die Erarbeitung weiterreichender Lösungskonzepte sollte darüber hinaus auf aktuelle betriebswirtschaftliche Erkenntnisse zurückgegriffen werden, die sich explizit mit der Optimierung von Betriebsabläufen auseinandersetzen. Dabei bieten sich insbesondere Konzepte zum zielgerichteten Aufbau von Kooperationen und Netzwerken an, um die bisher voneinander losgelösten Subsysteme des Ambulanzsystems zusammenzuführen.

2 Organisationspezifika des Systems ambulanter Dienste und Hilfen

Die Ursachen für Probleme bei der ambulanten Versorgung können mit Hilfe der verschiedenen Organisationstheorien verdeutlicht und analysiert werden. Gleichzeitig werden bestehende Widersprüche identifiziert, Veränderungsnotwendigkeiten aufgezeigt und Handlungsoptionen entwickelt.

Viele Widersprüche des Versorgungssystems resultieren aus der symbiotischen Wechselbeziehung der ambulanten Dienstleister zu ihrer sozialbürokratischen Umwelt. Das Verhältnis zwischen Sozialstaat und freien Anbietern bestimmt die lokale Wohlfahrtsproduktion und resultiert aus einer Vielzahl von politischen, administrativen, ökonomischen und sozialen Faktoren (vgl. GRUNOW 1991: 135). Die Aktivitäten der ambulanten Dienstleister hängen von diesen situativen Faktoren ab.

2.1 Veränderungen der situativen Faktoren des Ambulanzsystems

Die situativen Faktoren des Ambulanzsystems werden in erster Linie durch die wechselseitige Organisationsbeziehung zwischen Sozialstaat und ambulanten Dienstleistern (freigemeinnützige und privat-gewerbliche Anbieter) hervorgebracht. Dieser Organisationszusammenhang wird als Korporatismus bzw. Neokorporatismus bezeichnet und ist weit mehr als eine punktuelle Einbeziehung dieser Dienstleister in den sozialstaatlichen Sicherungsauftrag.

Der fürsorgepflichtige Staat arbeitet gezielt mit den Wohlfahrtsverbänden und privat-gewerblichen Anbietern zusammen, um soziale Dienstleistungen bereitzustellen. Er delegiert die Wohlfahrtsproduktion, die stellvertretend von freien (ambulanten) Dienstleistern übernommen wird. Historisch gesehen wurden die Wohlfahrtsverbände durch den Korporatismus als vorrangige Produzenten sozialer Dienstleistungen etabliert, dies zeigt sich an der nach wie vor dominanten Stellung der Wohlfahrtsverbände im Ambulanzsystem. Dies gilt, obwohl die Vormachtstellung seit Mitte der 90er Jahre rückläufig ist und seitens der Politik

in Frage gestellt wird²². Die Verbände sind „Sozialpartner“ des Staats. In dieser Funktion sind sie neben der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen zumeist auch in übergreifende Entscheidungsprozesse inkorporiert (z.B. im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften, Beratungsgremien und anderen Beteiligungsformen).

Die Anbieter der freien Wohlfahrtspflege sind organisatorisch weder dem „Staat“ noch dem „Markt“ eindeutig zuzurechnen. Diese Organisationen werden eigenständig verwaltet, sind organisatorisch unabhängig vom Staat und formal strukturiert und nehmen daher eine intermediäre Stellung ein (vgl. PRILLER/ZIMMER/ANHEIER 1999: 13). Stellvertretend für den Staat bieten sie soziale Dienstleistungen an. Zumindest die freigemeinnützigen Anbieter arbeiten dabei nicht gewinnorientiert und zählen deshalb zu den sogenannten Non-Profit-Organisationen (vgl. ZIMMER 1998: 78 ff.). Einen Großteil ihrer Ressourcen erhalten sie vom Sozialstaat. Sie sind darauf bedacht, einen möglichst optimalen Zugang zu den benötigten Ressourcen zu sichern und nehmen zum Teil auch Einfluss auf politische Prozesse. Diese Wechselbeziehung führt zu der bereits dargelegten Isomorphie, bei der die Wohlfahrtsverbände dem Staat gegenüber keine konfligierenden, sondern „gleichgeschaltete“ Interessen haben.

Ökonomen sehen in den (Wohlfahrts-)Verbänden einen Grund für ineffiziente Ressourcenallokationen (vgl. STREECK/SCHMITTER 1996: 124 f.). Die Nähe zu den Verwaltungsstrukturen der Sozialbürokratie führt im Ambulanzsystem zu starren, fragmentierten und eng reglementierten Strukturen (vgl. HEGNER 1996: 168 ff.). Den ambulanten Dienstleistern sind dadurch nachhaltige Handlungsrestriktionen gesetzt, die sich in einer geringen Flexibilität und bürokratischen Hierarchiegefügen niederschlagen (vgl. MAYNTZ 1995: 43, GRUNOW 1991: 137 ff., KÜHR 1986: 151 ff.). Dies wird an den Problemen ambulanter Dienstleister deutlich, auf bedarfsdefinierte situative Anforderungen unterstützungsbedürftiger Menschen zu reagieren.

²² Offensichtlich wird dies z.B. im Rahmen der verschiedenen Änderungsanträge zu den verschiedenen Sozialgesetzbüchern im Rahmen der 2006 verabschiedeten Föderalismusreform.

Zwischen Staat und freigemeinnützigen Dienstleistern besteht eine hochentwickelte vertikale Zusammenarbeit, indem Leistungen „von oben nach unten“ delegiert werden (vgl. OLK 1995: 105). Demgegenüber haben horizontale Kooperationen von gleichberechtigten Partnern bzw. Dienstleistern bislang eher einen marginalen Stellenwert. Die Folgen sind an der Segmentierung und Fragmentierung der ambulanten Versorgungsstrukturen abzulesen (vgl. HEINZE/VOELZKOW 1998: 230 f.). Eben diese Konstellationen führen dazu, dass formal zwar alle benötigten Hilfen vorhanden sind, der Zugang für unterstützungsbedürftige Menschen jedoch erschwert wird, weil diese Strukturen nur wenig Sensibilität gegenüber neuen Problemlagen und –gruppen erlauben.

Diese situativen Faktoren führen zu einer geringen Innovationsbereitschaft des Ambulanzsystems. „In seiner gewachsenen Struktur und korporatistischen Einbettung verfügt der Non-Profit-Sektor in Deutschland mit dem Subsidiaritätsprinzip als ‚ideologischer Klammer‘ und dominantem Leitbild über ein erhebliches institutionelles Beharrungsvermögen. (...) Er ist funktional ausdifferenziert und segmentiert in einzelne Bereiche, die verbandsmäßig straff organisiert und vertikal von der lokalen über die Landes- bis zur Bundesebene hin integriert sind“ (ZIMMER 1998: 92). Dabei besteht aufgrund ihrer Zwitterhaftigkeit die Gefahr, dass in Non-Profit-Organisationen die negativen Eigenschaften von Markt, Staat und Gesellschaft/Gemeinschaft kumulieren und zu ineffizienten Organisationsstrukturen führen (vgl. OLK 1995: 100).

Ambulante Dienstleister sind durch ihre intermediäre Stellung in besonderer Weise situativen Faktoren ausgesetzt (vgl. MAYNTZ 1992: 26). Einflüsse werden vom Staat, von den Betroffenen und in immer stärkerem Umfang von konkurrierenden Dienstleistern ausgeübt. Wie die institutionalistischen Organisationstheorien zeigen, ist der Non-Profit-Sektor deshalb kein isoliertes Phänomen, sondern ein integraler gesellschaftlicher Bestandteil (vgl. SALAMON/ANHEIER 1998: 243). Die intermediäre Position führt für die ambulanten Dienstleister (Wohlfahrtsverbände, deren Subsysteme und privat-gewerbliche Anbieter) dazu, dass sie sich in einer bipolaren Umwelt behaupten müssen, die einerseits von den Mechanismen des Markts und Wettbewerbs, andererseits von Steuerung, Planung und Kontrolle der öffentlichen Sozialbürokratie geprägt ist (vgl. OLK 1995: 102). Darüber hinaus müssen die Bedarfe unterstützungsbedürftiger Menschen angemessen berücksichtigt werden.

Die Finanzierung dieses sogenannten Dritten Sektors erfolgt hauptsächlich durch direkte und indirekte Zuwendungen des Sozialstaats (vgl. PRILLER/ZIMMER/ANHEIER 1999: 14). Die Abhängigkeit von öffentlichen Ressourcen sowie die parastaatliche Organisation freigemeinnütziger Dienstleister verstärkt den situativen Einfluss des Sozialstaats. Zugleich beansprucht der Staat eine gewisse Planungsverantwortung für wesentliche Bereiche der freien Wohlfahrtspflege und nimmt durch die Sozialgesetzgebung Einfluss. So hat insbesondere die Einführung der Pflegeversicherung eine neue Situation für die Dienste geschaffen. Mit der Etablierung des Persönlichen Budgets ergibt sich für die ambulanten Anbieter eine völlig neuartige Situation, d.h. ein neuer, elementarer situativer Einfluss: Das Persönliche Budget hebt das altbekannte sozialstaatliche Dreiecksverhältnis zwischen Leistungsträgern, Leistungserbringern und Betroffenen auf. Statt dessen entstehen zwei sich ergänzende bilaterale Beziehungen 1) Leistungsträger und Betroffene und 2) Betroffene und Leistungserbringer. Den Betroffenen, die Leistungen in Anspruch nehmen, kommt damit viel eher der Status von Kunden zu (vgl. MÜLLER-FEHLING 2006: 55). Hier bleibt abzuwarten, wie sich die Dienste perspektivisch auf diese neue Situation einstellen werden.

Der Sozialstaat verfolgt seit Einführung der Pflegeversicherung eine andere Versorgungsstrategie, indem er die Dienstleister einem Konkurrenzdruck aussetzt. Damit verbunden hat er seine Modalitäten zur Kostenübernahme verändert: Das SGB XI räumt den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege keine privilegierte Stellung mehr ein, statt dessen wurde der Markt für privatkommerzielle Anbieter geöffnet. Diese Veränderung hat für die freigemeinnützigen Dienstleister zu einer bis dato unbekanntenen Kommerzialisierung geführt, die mit einem Modernisierungs- und Anpassungsdruck und sich verändernden Umweltbedingungen verbunden ist (vgl. OLK 1995: 112). Sozialstaatliche Veränderungen fordern die im Ambulanzsystem tätigen Organisationen heraus, sich anzupassen und regen damit ihre Entwicklungsdynamik an (vgl. SCHMID 1996: 194). Mit diesen veränderten Prinzipien tritt jedoch die Fragmentierung des Versorgungssystems offenkundiger hervor als früher, weil die Sozialbürokratie bis dato als statische Umwelt nur relativ wenige Veränderungsnotwendigkeiten hervorgebracht hat.

Um dauerhaft auf dem „ambulanten Markt“ bestehen zu können, müssen die Dienste und Hilfen inzwischen Anforderungen bewältigen, wie z.B. veränderte Finanzierungsmodalitäten, Wirtschaftlichkeitsanforderungen, neuartige Konkurrenzsituationen und Effizienzkriterien. Die Dienstleister können sich deshalb nicht mehr sicher sein, dass ihr Bestehen „automatisch“ gesichert ist. Die Sozialverwaltungen geben inzwischen Reprivatisierungs- und Entbürokratisierungskonzepte vor. Damit haben ambulante Dienstleister ihr gewohntes „Zuwendungsrecht“ verloren (vgl. BRAUNS 1997: 352, KÜHN 1994: 124, SEIBERT 1997: 338). Um sich auch zukünftig behaupten zu können, müssen sie sich deshalb umorientieren und neu strukturieren.

Der seit Jahrzehnten etablierte funktionale Separatismus, der sich auf eine zentralistische Administration berief, ist überholt. Anstelle einer übersteigerten (tayloristischen) Arbeitsteilung sind zukünftig verbindliche Formen der Zusammenarbeit erforderlich, um Synergien zu erschließen. Diese Mechanismen sind bereits aus der Wirtschaft bekannt (vgl. SEIBERT 1997: 340). Ambulante Dienstleister müssen sich deshalb von partikularistischen Wertgemeinschaften zu betriebswirtschaftlich orientierten Dienstleistungsanbietern weiterentwickeln (vgl. OLK 1995: 108). Diese Entwicklung steht allerdings nach wie vor am Anfang und wird durch das institutionelle Beharrungsvermögen der Organisationen behindert. Veränderungen können nur durch einen gewissen Druck von außen erreicht werden. Aktuell äußert sich dieser Druck in einer politisch angestrebten Effizienzsteigerung (Kostenminimierung) des Ambulanzbereichs. Neben der Einführung betriebswirtschaftlicher Kriterien werden Organisationen in Dienstleistungsbetriebe umgewandelt. Diese Entwicklung erfolgt analog zu neuen Steuerungsmodellen, die bereits in Kommunalverwaltungen angewendet werden.

Die freie Wohlfahrtspflege verfügt durch ihre multifunktionale Ausrichtung im Ambulanzsystem über ausreichende Kompetenzen und strategisches Handlungspotential. Dennoch gelingt es den Diensten im Alltagsgeschäft nicht, dieses Potential zu nutzen und sich flexibel an die situativen Erfordernisse anzupassen. Hemmend wirken sich neben bürokratischen Strukturen mangelnde Kooperationen der einzelnen Tätigkeitsbereiche bzw. Partikularorganisationen und bestehende Bereichsegoismen aus.

Die angestrebten Veränderungen dürfen jedoch nicht ausschließlich darauf abzielen, wirtschaftlich defizitäre Bereiche aufzudecken, da sonst die Gefahr besteht, dass in Zukunft nur noch lukrative Tätigkeitsfelder abgedeckt werden. Eine derartige Tendenz war schon früh bei den privat-gewerblichen Anbietern des Ambulanzsystems zu erkennen (vgl. BÄCKER/BISPINK/HOFEMANN/NAEGELE 1989: 320). Eine zu starke Outputorientierung der ambulanten Versorgung birgt die Gefahr, notwendige, jedoch nicht kostendeckende Tätigkeitsfelder einzusparen. Als Folge würde das bisher breit gefächerte professionelle Angebotsspektrum eingeschränkt, wobei davon insbesondere Dienstleistungen betroffen wären, deren Finanzierungsmodalitäten ohnehin nicht ausreichend geklärt sind.

Eine überwiegend an betriebswirtschaftlichen Überlegungen ausgerichtete Organisation würde die Vorzüge der korporatistischen freien Wohlfahrtspflege konterkarieren. Statt dessen sollten im Rahmen der korporativen Strukturen des Dritten Sektors neue Handlungsoptionen gesucht werden, um bei gleichem sozialstaatlichen Input einen optimaleren Output für die Betroffenen zu erreichen. Auf den Charakteristika der ambulanten Versorgung (Arbeitsteilung, Segmentierung und Fragmentierung) aufbauend, ist es möglich, das Versorgungssystem ohne den Wegfall von Arbeitsbereichen effizienter als bisher zu organisieren. Mit neuen Formen der Zusammenarbeit wird es möglich sein, suboptimal genutzte Potentiale freizusetzen. Dazu wird es allerdings notwendig sein, die isomorphen Strukturen und die Nähe zur Sozialbürokratie aufzugeben.

Diesen veränderten Erwartungen, Anforderungen und Problemlagen kann nur mit neuen Strategien, wie einer Stärkung der örtlichen Netzwerkbeziehungen begegnet werden (vg. DONATI 1996: 131 ff.). Abseits der dominierenden Bereiche Markt, Staat und Gesellschaft ist es denkbar, selbstverwaltete, dezentrale Versorgungsformen zu etablieren, die eine zeitgemäße Aufgabenwahrnehmung der Wohlfahrt ermöglichen.

Im Hinblick auf situative Einflüsse erhöht Dezentralisierung die Problemlösungssensibilität, indem die Subsysteme weniger bürokratisch-administrative Regeln berücksichtigen müssen (vgl. JAPP 1989: 101). Gleichzeitig müssen diese verschiedenen dezentralen Bereiche jedoch koordiniert und gegebenenfalls einer „Binnenkontrolle“ unterzogen werden. Langfristig können sich durch

dezentrale Rückverlagerung von Aufgaben in den intermediären Bereich neue institutionelle Arrangements entwickeln. Mit diesen Organisationsformen kann besser auf bestehende Problemlagen reagiert werden als mit traditionellen Wohlfahrtsarrangements (z.B. durch Public-Private-Partnerships) (vgl. HEINZE 1998: 202 f.). Auf das Ambulanzsystem bezogen würde der Staat eine eher moderierende und „diagnostische“ Funktion übernehmen.

2.2 Zur Arbeitsteilung im Ambulanzsystem

Das Ambulanzsystem hat sich bisher an Organisationsmerkmalen orientiert, die zu einer klassischen funktionalen Organisationsstruktur geführt haben. Die Folgen sind eine stark ausgeprägte Arbeitsteilung und eine fachliche Spezialisierung. Das Ambulanzsystem wird dementsprechend von vielen Schnittstellen zwischen den Subsystemen bestimmt. Die Bezeichnung Schnittstelle kennzeichnet dabei die Beziehung an der Grenze zwischen zwei arbeitsteilig gebildeten (Sub-)Systemen. Aus dieser Versorgungssituation resultiert ein hoher Diversifikationsgrad der Leistungen und ein hoher Koordinationsbedarf (vgl. WERMEMEYER 1994: 7 ff.).

Einerseits soll Arbeitsteilung sowohl in der Wirtschaft als auch im Ambulanzsystem zur Effizienzsteigerung von Organisationen dienen. Andererseits muss überprüft werden, inwieweit diese Erwägungen tatsächlich auf die ambulante Versorgung zutreffen. Es ist zu berücksichtigen, dass die in den Anfängen des Sozialstaats entwickelte Arbeitsteilung zwischen Sozialbürokratie und Dienstleistern (freie Wohlfahrtspflege) nicht mehr unumstritten ist und häufig zu Problemen führt. Sozialstaatliche Unterstützungen wurden bewußt organisatorisch vom Staat abgekoppelt, weil davon ausgegangen wurde, dass freie Träger den staatlichen Auftrag in einer – korporatistisch und subsidiär geprägten – dualen Wohlfahrtsstruktur zielgenauer erfüllen können (vgl. SACHSE 1995: 123 ff.). Zu diesem Zeitpunkt gab es bereits freie Organisationen, die eigenverantwortlich Aufgaben in der Kranken- und Altenpflege sowie der Armenfürsorge übernahmen. Der Sozialstaat hat diese Strukturen inkorporiert und durch Mittelzuweisungen weiter ausgebaut.

Die sozialstaatliche Ebene war somit von Anfang an durch ein arbeitsteiliges Vorgehen gekennzeichnet. Der Staat übernahm die Verantwortung für das So-

zialwesen, während die freie Wohlfahrtspflege die Dienstleistungsproduktion realisierte. Diese zunächst eher monostrukturelle Arbeitsteilung von Staat und freier Wohlfahrtspflege wurde weiter ausdifferenziert, indem die staatliche Kompetenz für das Sozialwesen auf verschiedene „Säulen“ der sozialen Sicherung (Kostenträger) verteilt wurde. Diese Arbeitsteilung hat ihren Niederschlag heute z.B. in den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zur Krankenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung usw. gefunden (vgl. BMA 1997: 29 ff.). Damit wurde die in den Anfängen des Sozialstaats etablierte Arbeitsteilung erhalten und weiter ausdifferenziert. Die einzelnen Verantwortungsbereiche sind dementsprechend jeweils nur für bestimmte Leistungen zuständig.

Die Ebenen des Ambulanzsystems setzen sich darauf aufbauend aus arbeitsteiligen Subsystemen zusammen: Wohlfahrtsverbänden, privat-gewerblichen Anbietern (und ihren jeweiligen Untereinheiten) mit gleichartigen und gleichberechtigten Angeboten. Die Verbände der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege haben ihre Strukturen, wie bereits dargelegt, auf Bundes-, Landes- und örtlichen Verbandsebenen an die Sozialbürokratie angepasst (vgl. BÄCKER/HEINZE/NAEGELE 1995: 87 ff.). Dabei wurde angestrebt, mit den Dienstleistungsstrukturen vor Ort den staatlichen arbeitsteiligen Strukturen zu entsprechen. Die Ausdifferenzierung der Angebote orientiert sich maßgeblich an den Kostenträgerstrukturen. Analog dazu setzen sich auch die Subsysteme des Ambulanzsystems aus verschiedenen Sparten zusammen. Die örtlichen Infrastrukturen bieten zumeist ein breit gefächertes Leistungsangebot, wobei es aufgrund der Trägervielfalt häufig zu einer Vielzahl gleich gearteter Angebote, zum Teil sogar zu Überangeboten kommt. So existieren z.B. Pflege, Hausnotruf, Menüservice usw. nebeneinander und werden von verschiedenen Trägern angeboten.

Die Wohlfahrtsverbände verfügen aufgrund ihrer verbandlichen Konzentration über eine zahlenmäßig größere Präsenz und dementsprechend über ein größeres Handlungs- und Organisationsvolumen als privat-gewerbliche Anbieter. Obwohl die verschiedenen Dienstleistungssparten der Wohlfahrtsverbände einen hohen internen Koordinationsbedarf erzeugen, ist festzustellen, dass die Koordinierungsleistungen und planerischen Gestaltungen der Wohlfahrtsverbände im Ambulanzsystem nicht besonders ausgeprägt sind. So ist es bislang nicht gelungen, die Versorgungsangebote der verschiedenen Akteure bedarfsgerecht miteinander zu verknüpfen. Allerdings muss eingeräumt werden, dass

die Unübersichtlichkeit und fehlende Strukturierung des Ambulanzsystems, eine engere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure erschweren (vgl. FICHTNER 1986: 272, ITTERMANN/SCHARFENORTH 1996: 43).

Bereits in den 80er Jahren wurde versucht, die tradierten Organisationsstrukturen kommunaler Sozialverwaltungen zu modernisieren. Dabei wurde eine Reihe neuer Konzepte diskutiert. Dies hat im Ambulanzsystem jedoch lediglich zur Etablierung neuer „Spezialdienste“ geführt. Indem neue Dienste eingerichtet wurden, erfolgte eine stärkere Dezentralisierung der Angebote, die jedoch weiterhin den traditionellen Strukturen folgten (Einzelhilfe, Maßnahmenorientierung, starke Verrechtlichung). Die aus der Arbeitsteilung resultierenden Problemlagen wurden dadurch nicht verringert, sondern im Gegenteil weiter verstärkt (vgl. LITGES 1999: 36 ff.). Bei den Bemühungen wurde versäumt, verbindende Elemente zu schaffen, um die zergliederten Versorgungsstrukturen zusammenzufügen. Aus diesen Defiziten resultiert ein Mangel an Ganzheitlichkeit, der sich insbesondere bei komplexen Anforderungen negativ auswirkt. „Die an den Erscheinungsformen der sozialen Probleme ansetzenden und nach Sachgebieten organisierten Sozialen Dienste zergliedern die komplexen Strukturen der sozialen Probleme in ‚Fälle‘, deren Äußerungsformen isoliert in den einzelnen Ressorts bearbeitet werden. (...) Der Klient erscheint als Symptombündel, wobei die Zuständigkeit eines Amtes (Sachgebiet) für ein einzelnes Symptom gleichzeitig dazu führt, dass andere Symptome vernachlässigt und ihre Verstärkung in Kauf genommen werden. Eine verantwortliche ‚ganzheitliche‘ (...) Hilfe wird nicht geleistet“ (Bronke/Wenzel 1980 nach LITGES 1999: 42 f.).

Arbeitsteilige Dienstleistungsstrukturen können nur dann effizient arbeiten, wenn auf den örtlichen Verbandsebenen die gleichberechtigten Subsysteme zielgerichtet aufeinander abgestimmt werden. Dies gilt sowohl für die verschiedenen Dienstleistungen innerhalb eines Trägers als auch für die trägerübergreifende Zusammenarbeit. Hier gilt, dass multikausale Bedarfslagen immer durch verschiedene Dienstleister arbeitsteilig beantwortet werden, weil die jeweiligen Dienstleister jeweils nur „Teilleistungen“ erbringen.

In Nordrhein-Westfalen wurde in den 90er Jahren versucht, diesem Abstimmungsbedarf durch eine kommunale Bedarfsplanung zu begegnen. Mit Hilfe

eines indikatorgestützten Planungsmodells soll seit 1998 zumindest in quantitativer Hinsicht eine Bedarfsgerechtigkeit der örtlichen Versorgungsinfrastrukturen gewährleistet werden. Die Planungen schließen allerdings nur ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeleistungen ein. Damit wird wiederum nur ein Teilbereich des Versorgungsspektrums erfasst (vgl. MAGS 1998, ADAM/STARKE 1999: 9 f.) und es gelingt nicht, die prozessimmanente Zusammenarbeit der verschiedenen Arbeitsbereiche zu verbessern.

Weil das Zusammenspiel der verschiedenen Dienstleister in der Praxis häufig nicht funktioniert, wird die Arbeitsteilung im Ambulanzsystem zum Teil negativ empfunden. Es sind vor allem die zersplitterten und konkurrierenden Verwaltungs-, Planungs- und Finanzierungsstrukturen und die daraus resultierenden Zuständigkeitsregelungen zu kritisieren (vgl. MAGS 1995: 41). Verschiedene Anbieter, die sich nicht ausreichend abstimmen, und ungenaue Versorgungszuschüsse der Dienstleistungen schränken die Leistungsfähigkeit des Ambulanzsystems ein. Die vorhandenen Potentiale werden nur suboptimal ausgeschöpft und die Versorgungsqualität für die Betroffenen sinkt. Der Widerspruch zwischen Überangeboten in einigen Bereichen und Versorgungsengpässen bei anderen Leistungen ist nur eine Folge.

Für unterstützungsbedürftige Menschen entstehen bei einer umfassenden professionellen Versorgung vielfältige Abhängigkeiten und Zuständigkeitsüberschneidungen: Einerseits sind für die Finanzierung von Versorgungsarrangements in der Regel verschiedene Verwaltungsressorts (Kostenträger) zuständig. Andererseits müssen die Betroffenen häufig selbst klären, welche Leistungen von welchem Kostenträger finanziert werden. Gleichzeitig müssen sie ihre Arrangements aus dem Spektrum der zur Verfügung stehenden Dienstleister bzw. Dienstleistungen auswählen und zusammenstellen. Diese Situation ist von den Betroffenen häufig nicht aus eigener Kraft zu bewältigen. Wenn die Betroffenen jedoch die komplexen Versorgungsstrukturen nicht durchschauen, besteht die Gefahr, dass sie aufgrund eines mangelhaften Informationsstands keine bedarfsgerecht zusammengestellten Hilfen erhalten. Die fragmentierten und segmentierten Strukturen des Ambulanzsystems können demnach im „worst case“ bestehende Problemlagen verstärken oder neue hervorrufen.

Mit der fehlenden Gesamtabstimmung entstehen Koordinationsmängel, die sich als Zugangsbarrieren für die Betroffenen auswirken können. Eine Ursache dieses Dilemmas liegt in der bereits analysierten Bürokratisierung der sozialen Dienstleistungsproduktion und den daraus resultierenden Schwierigkeiten, auf situative Anforderungen adäquat zu reagieren. „Hinter der Kritik an der Bürokratisierung der Wohlfahrtsverbände steht eine zunehmend schlechter werdende Abstimmung der ‚Organisationstechnologie‘ auf die Adressaten und das sich verändernde Leistungsspektrum“ (HEINZE/NAEGELE/BUCKSTEEG 1994: 214). Koordinierungsbedarfe ergeben sich deshalb für das Zusammenspiel zwischen einflussnehmenden lokalen Politikbereichen, den verschiedenen Verwaltungszweigen der Sozialbürokratie sowie den verschiedenen Trägern und Angebotstypen. Um das Angebot bedarfsgerechter zu gestalten, ist insbesondere eine Abstimmung auf der Dienstleistungsebene unabdingbar.

2.3 Zur Koordination der ambulanten Dienste und Hilfen

Die Arbeitsteilung der ambulanten Versorgung ist trotz bestehender Probleme ein notwendiges und unverzichtbares Organisationsinstrument, weil die differenzierten Aufgabenstellungen eine spezialisierte Bearbeitung erfordern. Eine übergeordnete Stelle, die als koordinierende Instanz im Ambulanzsystem wirkt, existiert bislang jedoch nicht. Eine Koordination durch die Sozialbürokratie findet hauptsächlich im Rahmen einer vertikalen Hierarchie statt, indem mit den ambulanten Dienstleistern die zu erbringenden Leistung festgelegt werden und die Höhe der Kostenübernahme vereinbart wird. Die koordinierende Leistung des Sozialstaats besteht in erster Linie darin, normative Rahmenbedingungen zu schaffen. Durch diese situativen Rahmenbedingungen – und die daraus resultierende Bereitstellung von Ressourcen – werden Vorgänge initiiert, Abläufe beeinflusst und Ergebnisse kontrolliert (vgl. SCHNEIDER 1998: 62 ff.). Dabei befinden sich staatliche Koordinationsmechanismen jedoch immer auf einer „Gradwanderung“ zwischen zu geringer Einflussnahme und einer etatistischen Bevormundung.

Der Sozialstaat hat diesbezüglich sein Handlungspotential in den letzten Jahren jedoch nicht ausgeschöpft. So gibt es z.B. für das Ambulanzsystem immer noch kein Ambulante-Dienste-Gesetz, das analog zum Heimgesetz (stationäre Versorgung) eine normative Handlungsklammer böte, um die Interessen der Nutze-

rinnen und Nutzer zu schützen (vgl. BMFSFJ 1995a, 1995b 1997). Einschneidendere Veränderungen wurden lediglich mit der Einführung der Pflegeversicherung und des Persönlichen Budgets – in Form von neuen situativen Rahmenbedingungen und veränderten Finanzierungsmodalitäten – initiiert. Es wurde erstmals eine reale Konkurrenzsituation und die Möglichkeit von „Preiskämpfen“ unter den Anbietern geschaffen und bis dato unbekannte Koordinationsmechanismen von Markt und Wettbewerb etabliert. Diese Mechanismen unterliegen jedoch einer auf Vorteil bedachten Konkurrenz und fördern keine aufeinander abgestimmte Arbeitsteilung. Insofern ist es für das Ambulanzsystem notwendig, einen organisatorischen „Mittelweg“ zwischen Markt und Sozialbürokratie zu finden.

Das Wesen der Koordination ist es, eine stabile Ordnung und einen eindeutigen Orientierungsrahmen zu schaffen, um die Nachteile der Arbeitsteilung auszugleichen. Koordination bedeutet, die verschiedenen Angebote, Dienstleister und Kostenträger des Ambulanzsystems aufeinander abzustimmen. Ziel ist es dabei, effiziente Strukturen zu schaffen, die den Bedarfen der betroffenen Menschen gerecht werden (vgl. GEISER/ROSENDAHL 1995: 153 f.). Auf der Ebene der örtlichen Sozialbürokratie findet jedoch – wie bereits kritisiert – lediglich eine basale Koordination der verfügbaren Angebote statt, indem sich die Kommunen bemühen, eine quantitativ angemessene Versorgungsinfrastruktur bereitzustellen (z.B. durch Pflegebedarfspläne). Eine gezielte Abstimmung der Angebote gelingt dabei jedoch weder auf der Makroebene der Versorgungslandschaft, noch auf der Mikroebene individueller Arrangements.

Die nutzerbezogenen Probleme des fragmentierten Versorgungssystems sollen teilweise durch spezielle Beratungsstellen verringert werden. In Nordrhein-Westfalen waren in den 90er Jahren z.B. bereits Pflegeberatungsstellen vorgeschrieben (vgl. MAGS 1997). Diese Stellen koordinierten jedoch auch nicht den inhaltlich begrenzten Leistungskomplex „Pflege“, sondern unterstützten lediglich Antrags- und Entscheidungsfindungsprozesse. Darüber hinaus sind seit Einführung der Pflegeversicherung Gremien wie „Runde Tische“ und „Arbeitskreise“ in stärkerem Umfang etabliert worden. Im Rahmen von niedrigschwelligen Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsangeboten für geistig behinderte Menschen und psychisch Kranke sind darüber hinaus zumindest Ansprechpartner vor Ort vorhanden (vgl. HOFFMANN-BADACHE 2006: 31). Es handelt sich dabei je-

doch um informelle Zusammenschlüsse, deren koordinierende Wirkung beschränkt ist.

Die Koordination stößt im Ambulanzsystem auf typische Probleme von Verhandlungssystemen: Bei den Akteuren handelt es sich – unabhängig von ihrer Weltanschauung oder kommerziellen Ausrichtung – um rational handelnde Akteure, die neben dem Gemeinwohl auch „egoistische“ Interessen ihrer Organisation vertreten müssen. Sowohl bei freigemeinnützigen als auch bei privatgewerblichen Anbietern stößt Koordination spätestens dann auf ein Akzeptanzproblem, wenn sie ihre jeweiligen Handlungsspielräume einschränkt. „Der Versuch einer Koordination durch Verhandlung stieße also auf zwei charakteristische Schwierigkeiten: Lösungen welche die aggregierte Wohlfahrt (oder das ‚Gemeinwohl‘) maximieren, werden systematisch ignoriert, wenn sie nicht gleichzeitig auch für jeden einzelnen der Verhandlungspartner eine Verbesserung gegenüber dem Status Quo versprechen“ (SCHARPF 1996: 501). Veränderungen der ambulanten Versorgung können unter Umständen einem Anbieter zugute kommen, während sie einem anderen schaden. Deshalb kann der Aufbau koordinierter Systeme an den utilitaristischen Ansprüchen der einzelnen Dienstleister scheitern. Dies gilt umso mehr als eine hierarchische Koordination im Ambulanzsystem nicht möglich ist.

Für das Ambulanzsystem gilt, je mehr Organisationen beteiligt sind, desto mehr Positionen bestehen und desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, demokratisch verhandelte Ergebnisse gleichberechtigter Partner zu erzielen. Die einzige übergeordnete Instanz ist die Sozialbürokratie, die jedoch infolge der korporatistischen Arbeitsteilung keinen direkten Einfluss ausüben kann. Mit dem SGB IX wurden bundesweit flächendeckend sogenannte Servicestellen etabliert (vgl. § 22f. SGB IX). Gemessen an den gesetzgeberischen Erwartungen und Zielen ist die Bilanz der bisher eingerichteten Servicestellen enttäuschend. Als Probleme werden insbesondere die zu geringe Anzahl fallbezogener Kontakte, flächendeckende Beratungsstandards und die zu geringe Koordinationsleistung identifiziert (vgl. LACHWITZ/SHELLHORN/WELTI 2006: 185). Entgegen der in sie gesetzten Hoffnungen haben die Servicestellen nicht zu einer verbesserten Übersichtlichkeit und Koordination des (ambulanten) Unterstützungssystems geführt.

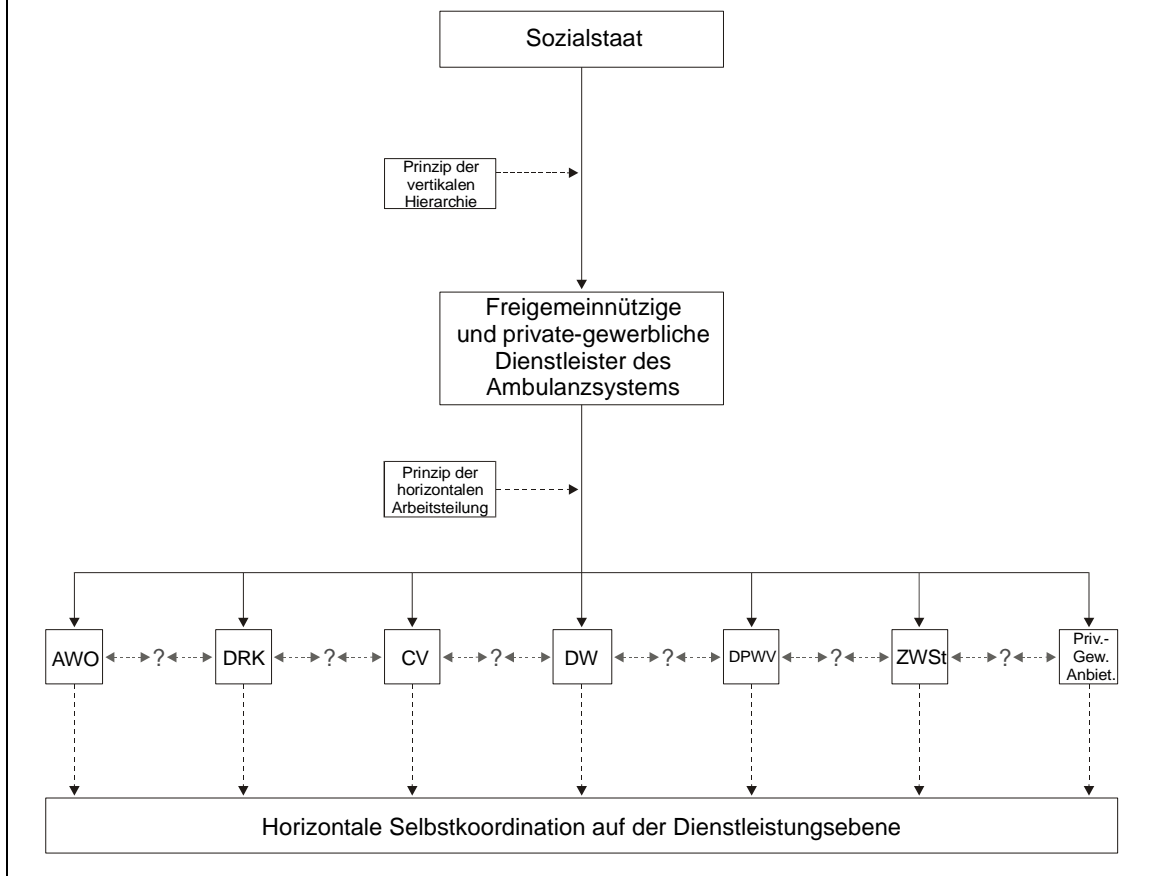
In diesem Zusammenhang muss festgestellt werden, dass auch Modelle einer hierarchischen Koordination in der Gefahr stehen würden, ineffizient zu arbeiten. Diese Instanz müsste beispielsweise entscheiden, welche Angebote und Anbieter zugelassen werden, wer mit wem zusammenarbeitet und welche neuen Angebote erforderlich sind. Zu diesem Zweck würde sie Informationen über die spezifischen Bedingungen und Probleme vor Ort benötigen, um angemessene Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Es würde jedoch einen unverhältnismäßig hohen Aufwand erfordern, die Fülle notwendiger Informationen zentral zu verarbeiten und adäquat zu nutzen. Aufgabenimmanente Organisationsfragen müssten bei einer hierarchischen Koordination stets von der Praxisebene auf die Ebene der Sozialbürokratie delegiert werden, dies entspricht jedoch nicht den aktuellen Erkenntnissen effizienten Handelns, sondern einer bürokratischen Arbeitsweise (vgl. FRESE 1991: 21). Die vielfältigen Variablen des Ambulanzsystems würden es einem zentralen Leistungsgremium unmöglich machen, einen Steuerungsanspruch durchzusetzen. Dadurch verlieren hierarchische Formen der Koordination ihren vermeintlichen Vorzug für das Ambulanzsystem (vgl. SYDOW u.a. 1995: 78 ff., EBERS/GOTSCH 1995: 208 ff.). Diese Analyse wird durch die Erfahrungen mit den Servicestellen gemäß SGB IX belegt.

Eine Alternative dazu können horizontale Formen der Selbstkoordination darstellen (vgl. SCHARPF 1996: 503 ff.). Horizontale Selbstkoordination ist eine verhandlungsgeleitete Koordination, die auf einer gemeinsamen Vorgehensweise basiert. In einem Verhandlungsprozess werden pro und contra abgewägt sowie z.B. gegebenenfalls anfallende Kosten aufgeteilt. Mögliche Verteilungskonflikte werden in Verhandlungssituationen gelöst. Die Anzahl der beteiligten Akteure macht allerdings auch hier die Koordination und ein befriedigendes Ergebnis schwieriger. „Die Schwierigkeiten der ausgehandelten Koordination steigen mit der Zahl der selbständig Beteiligten und ihrer interdependenten Handlungsoptionen und dementsprechend mit der Zahl der Transaktionen, die gleichzeitig zustande kommen müssen“ (SCHARPF 1996: 509).

Ein koordiniertes Vorgehen im Ambulanzsystem ist deswegen so diffizil, weil weder eine hierarchische Steuerung des Gesamtsystems möglich noch eine gemeinschaftliche Aushandlung aller Akteure zu realisieren ist. Allerdings ist davon auszugehen, dass eine Koordination auf der Dienstleistungsebene mög-

lich ist. Die dazu erforderlichen multilateralen Verbindungen der Dienstleister sind im Ambulanzsystem bislang nur gering ausgeprägt. Für die Zukunft werden diese Verbindungen jedoch die Basis bilden, um die verschiedenen Subsysteme aufeinander abzustimmen.

Abb. 6: Horizontale Selbstkoordination als Handlungsoption des Ambulanzsystems



Strategische Verknüpfungen auf der Verbandsebene bestehen in Ansätzen durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege sowie die Ligen und Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene. Für die Arbeit vor Ort fehlen jedoch ausreichende Verbindungen auf der Dienstleistungsebene. Punktuell existieren zwar bereits themenbezogene Verknüpfungen, sie sind aber häufig nur informell und eher zufällig. Für die Zukunft sollte deshalb daran gearbeitet werden, an den Schnittstellen der vor Ort tätigen Akteure effektive Verknüpfungen zu etablieren. Horizontale Verflechtungen stellen eine wirkungsvolle Methode dar, um bestehende Vorteile der Arbeitsteilung auszunutzen und gleichzeitig schnittstellenspezifische Probleme zu vermeiden. Dabei ist es nicht not-

wendig verbandlich gewachsene Strukturen grundlegend zu verändern, sondern es kann auf ihnen aufgebaut werden. Die Dienstleistungsebene ist letztendlich der Indikator für die Tragfähigkeit von sozial- und verbandspolitischen Strategien. Deshalb sind Lösungsmöglichkeiten in einer zielgerichteten Ergänzung der Leistungen, wie z.B. „heterogene Akteurs- und Anbieterketten“ denkbar, um sowohl strukturelle als auch einzelfallbezogene Verbesserungen zu erreichen.

Exkurs: Ambulante Versorgung und institutionenökonomische Theorien

Die Zusammenarbeit zwischen Staat und freien Dienstleistern kann als „Agentensituation“ im Sinne der Principal-Agent-Theorie betrachtet werden. Die Principal-Agent-Theorie geht davon aus, dass bestimmte Aufgaben an externe Dienstleister delegiert werden und ist im Ursprung auf ökonomische Handlungszusammenhänge ausgelegt: Ein „Agent“ arbeitet für einen Auftraggeber (Prinzipal). Der Agent besitzt die erforderliche Fachkompetenz und beeinflusst mit seinen Handlungen und Entscheidungen sowohl seinen eigenen Nutzen als auch den des Prinzipals. Da der Prinzipal jedoch nicht über das gleiche Wissen wie der Agent verfügt, entsteht eine asymmetrische Informationsverteilung (vgl. FÖHR 1991: 124 ff., LAUX 1990: 12 ff., SCHREYÖGG 1996: 78 f.). Im Ambulanzsystem überträgt der Sozialstaat (Prinzipal) bestimmte Leistung an Agenten (z.B. Verbände der freien Wohlfahrtspflege). Es handelt sich bei diesem Verhältnis um eine gegenseitige Austauschbeziehung: Der Sozialstaat macht sich die spezifische Arbeitskraft der sozialen Dienst zunutze, und kauft entsprechende Dienstleistungen ein.

Sowohl Sozialstaat als auch Dienstleister verfolgen das Ziel einer Nutzenmaximierung. Der Staat ist daran interessiert, die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen möglichst effizient einzusetzen. Demgegenüber sind die von ihm beauftragten Dienstleister z.B. auch daran interessiert, die Existenz ihrer Organisationen zu sichern. Diese unterschiedlichen Ausrichtungen können in der Praxis zu Interessenkonflikten, in Extremfällen zu Zieldivergenzen führen. „Je weniger Wissen er [der Prinzipal] über den betreffenden Aufgabenbereich hat, desto mehr ist er auf die Dienste des Agenten angewiesen und desto weniger kann er unmittelbar beobachten und steuern, wie der Agent seinen Handlungsspielraum nutzt. Aufgrund dieser unvollkommenen Koordination ist mit einem

suboptimalen Ergebnis der Auftragsbearbeitung zu rechnen“ (EBERS/GOTSCH 1995: 199).

Das Principal-Agent-Phänomen zeigt sich in einem Schnittstellenproblem zwischen Staat (Leitlinienkompetenz) und exekutiven ambulanten Dienstleistern (Sachkompetenz) und verursacht die Diskrepanz zwischen theoretischem Leistungspotential und tatsächlicher Bedarfsgerechtigkeit. Die Folgen sind Reibungsverluste und höhere Aufwendungen für die Kostenträger. Ambulante Unterstützungen sind jedoch nur mit Hilfe von Agenten, d.h. freigemeinnützigen und privaten Diensten zu realisieren. Der Staat (Prinzipal) ist nicht in die konkrete Arbeit vor Ort involviert und somit auf die Leistungen der freien Wohlfahrtspflege und privat-gewerblicher Anbieter angewiesen. Außerdem verfügt er weder über die notwendigen Ressourcen noch über das erforderliche Spezialwissen. Dementsprechend beschränkt er seine Steuerung auf die normative Ebene und die Zuweisung von Ressourcen. Es sollte deshalb eine Koordination und Steuerung des Ambulanzsystems auf der Dienstleistungsebene angestrebt werden.

Andere institutionenökonomische Theorien, wie die Transaktionskostentheorie²³, gehen davon aus, dass im Rahmen dieser Arbeitsteilung (Koordinations-)Kosten anfallen. Die entscheidende Frage lautet, bei welchen situativen Bedingungen welche Organisationsformen die geringsten Kosten verursachen, d.h. am effizientesten sind (vgl. SCHREYÖGG 1996: 70 ff.). Bei der Suche nach möglichst effizienten Koordinationsformen werden insbesondere vertraglich abgesicherte Formen der Zusammenarbeit präferiert. Verträge²⁴ stellen demnach eine Möglichkeit dar, um Transaktionskosten zu senken.

²³ Transaktionskosten sind Kosten, die bei einem Leistungsaustausch entstehen. Dazu gehören Anbahnungs-, Vereinbarungs-, Kontroll- und Anpassungskosten. „Eine Transaktion findet dann statt, wenn ein Gut oder eine Leistung über eine technisch trennbare Schnittstelle hinweg übertragen wird. Transaktionskosten entsprechen der ‚Reibung‘ bei der Übertragung“ (BALLING 1998: 56 nach Williamson 1990).

²⁴ Es werden drei Alternativen genannt: Klassische Vertragsbindungen (auf kurze Dauer angelegt, präzise Bestimmung des Gegenstands, typisch: Kaufverträge), Neoklassische Vertragsbeziehungen (nicht präzise festgelegt, zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ist Zustandsentwicklung noch unsicher) und Relationale Vertragsbeziehungen (Rahmenverträge, exakte Defini-

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgungssituation sind deshalb insbesondere relationale horizontale Vertragsbeziehungen geeignet, die mit dem Ziel geschlossen werden, alternativ zu den bisherigen Strukturen eine horizontale Selbstkoordination zu erreichen.

tion von Leistung und Gegenleistung, auf eine langfristige Austauschbeziehung angelegt) (vgl. FÖHR 1991: 64 ff., EBERS/GOTSCH 1995: 214 ff.).

3 Strategische Dienstleistungskooperationen als Handlungsoption des Ambulanzsystems

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass viele Probleme bei der ambulanten Versorgung aus dem fehlenden Zusammenspiel der verschiedenen Akteure resultieren. Die beteiligten Dienstleister sind bislang weder aufeinander abgestimmt noch arbeiten sie gezielt zusammen. Das Resultat ist ein – aus der Sicht unterstützungsbedürftiger Menschen – unübersichtliches und teilweise wenig bedarfsgerechtes Ambulanzsystem. Es wurde bereits dargelegt, dass eine horizontale Koordination der vor Ort tätigen Akteure die Versorgung effektivieren könnte. Die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb vor allem auf die Dienstleistungsebene.

Insbesondere auf kommunaler Ebene ist eine strukturelle Abstimmung erforderlich, um für die Betroffenen eine gemeindeorientierte Versorgung mit einem individuellen Fallbezug zu gewährleisten. Ziel ist es dabei, die vorhandenen Ressourcen effizient einzusetzen und ein möglichst optimales Ergebnis zu erreichen. Kooperationen sind aus wirtschaftlichen Kontexten als ein opportunes Instrument bekannt, um eine höhere Effizienz zu erreichen. Indem die Zusammenarbeit verbessert wird, können die beteiligten Partner Nachteile der bestehenden Arbeitsteilung ausgleichen und situative Anforderungen der Umwelt besser bewältigen.

Kooperationen sind Formen der Zusammenarbeit oder gemeinsamen Aufgabenerfüllung. Der Begriff setzt sich zusammen aus der Silbe Ko- für „Gemeinsamkeit“ und –Operation für „Verrichtung“ oder „Handlung“²⁵. Er beschreibt das geordnete und möglichst produktive Zusammenwirken von mehreren Individuen oder Organisationen. Die Begriffe „Kooperation“ und „Koordination“ werden im allgemeinen Sprachgebrauch häufig synonym verwendet. „Bei der Kooperation liegt der Schwerpunkt jedoch auf der (aktiven) Zusammenarbeit, bei der Koordination wird der Bedeutungsgehalt eines aufeinander abgestimmten Verhaltens betont“ (BALLING 1998: 22). In der wirtschaftswissenschaftlichen Literatur haben „Kooperationen“ ungefähr seit den 80er Jahren eine zentrale Bedeutung,

²⁵ Von lat. Cooperatio = Zusammen-Wirken

während sie im Zusammenhang mit Non-Profit-Organisationen bislang vergleichsweise wenig thematisiert werden.

Kooperationen können jedoch im Ambulanzsystem – analog zur Wirtschaft – an den Schnittstellen der verschiedenen (Sub-)Systemgrenzen angebahnt und realisiert werden. Das Ziel kann dabei sein, verschiedene Teilleistungen zu einer Gesamtleistung zu integrieren. In der Regel sind die zu bewältigenden Aufgaben in verschiedene Teilleistungen zerlegt und werden von verschiedenen Dienstleistern erfüllt. Dementsprechend bestimmen die bestehenden Schnittstellen die Komplexität der zu bewältigenden Prozesse und rufen Koordinationschwierigkeiten hervor. Formen der Zusammenarbeit sollen diese Probleme lösen, wobei die möglichen Verknüpfungen von losen Interessengemeinschaften bis hin zu festen Fusionen reichen (vgl. WERMAYER 1994: 3 ff.). Je verbindlicher eine Zusammenarbeit ist, desto größer sind ihre Möglichkeiten, da die Kooperationsformen die Koordinationsmöglichkeiten und -schwierigkeiten bestimmen. Obwohl im Ambulanzsystem äußerst komplexe Aufgaben zu bewältigen sind, bestehen überwiegend nur „lose Interessengemeinschaften“ der verschiedenen Akteure anstatt verbindlicher Kooperationsformen.

Verbindliche Kooperationen müssen koordiniert werden. Die Forderungen nach einem bedarfsgerechten System ambulanter Dienste und Hilfen bedeuten auf der Handlungsebene, dass die Angebote der einzelnen Dienstleister zielgerichtet aufeinander abgestimmt werden müssen, um eine zielgerichtete Zusammenarbeit zu erreichen. Die einzelnen Dienstleister verfügen zumeist nicht über ein umfassendes Leistungsspektrum, deshalb ermöglichen es Kooperationen, ein „Gesamtpaket“ ambulanter Leistungen anstelle fragmentierter Einzelleistungen vorzuhalten. Ein umfassendes Leistungsspektrum kann dementsprechend nur mit Hilfe einer zielgerichteten und abgestimmten Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure des Ambulanzsystems vorgehalten werden (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 53). Um das Ziel eines abgestimmten Leistungsangebots zu erreichen, ist eine hohe Verbindlichkeit erforderlich, die z.B. durch vertragliche Regelungen und eine kontinuierliche Koordination herbeigeführt werden kann.

Ein System kooperativer und sich ergänzender Dienstleistungen muss sich organisch entwickeln und kann nicht von außen „aufgesetzt“ werden. Für den

Aufbau und die Steuerung der Kooperationen sind sowohl die Akteure der kommunalen Sozialbürokratie als auch die Dienstleister des Ambulanzsystems verantwortlich (vgl. FILSINGER/BERGOLD 1993: 35). Unter den Dienstleistern des Ambulanzsystems ist jedoch eine Selbstkoordination unerlässlich, um Kooperationen herauszubilden.

Das Sozialgesetzbuch sieht sogar eine Kooperation der an der Versorgung beteiligten Träger und Dienstleister vor: „Die Leistungsträger, ihre Verbände und die in diesem Gesetzbuch genannten öffentlich-rechtlichen Vereinigungen sind verpflichtet bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch eng zusammenzuarbeiten“ (§ 86 SGB X). Die Paragraphen 86-119 SGB X (Verwaltungsverfahren) regeln die Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten, dabei werden jedoch nur Verwaltungsverfahren vorgegeben, die praktisch umgesetzt werden müssen.

Für das weitere Vorgehen ist zu klären, wie sich Kooperationen tatsächlich entwickeln und welche Einflüsse dabei zu berücksichtigen sind. Es ist davon auszugehen, dass situative Faktoren die Gestaltung von Kooperationen maßgeblich beeinflussen. Zu diesen Einflüssen zählen z.B. Veränderungen wie der allgemeine Wandel zur „Dienstleistungsgesellschaft“. Von dieser Dienstleistungsdebatte sind inzwischen auch die Wohlfahrtsverbände und privat-gewerblichen Anbieter des Ambulanzsystems erfasst worden. Es ist deshalb notwendig, den Dienstleistungsbegriff zu definieren, um Spezifika und Stellenwert von Kooperationen im Ambulanzsystem näher zu fassen.

3.1 Zur Definition des Dienstleistungsbegriffs im Ambulanzsystem

Die Unterstützung hilfebedürftiger Menschen hat sich in den letzten Jahren verändert, wobei neue Sichtweisen, wie z.B. „ambulant vor stationär“, selbstbestimmte Lebensführung, „aktivierende“ Hilfen sowie das „Wunsch- und Wahlrecht“ eingeführt wurden. Damit wurde auch im Ambulanzsystem der Dienstleistungsbegriff etabliert, der ein klassisches Versorgungsverständnis ablöst. Unter Dienstleistungen sind im Ambulanzsystem persönliche Leistungen von Personen oder Organisationen zu verstehen. Das Sozialgesetz bezeichnet mit dem Begriff „Dienstleistung“ immaterielle persönliche Hilfen, wie z.B. die Betreuung oder individuelle Unterstützungen (vgl. HILLMANN 1994: 151, STREPPPEL

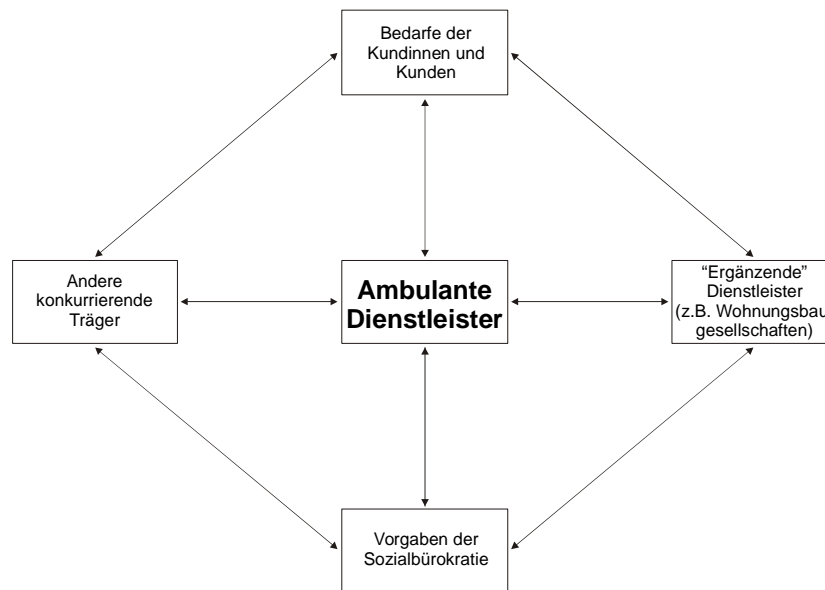
1997: 222). Ambulante Dienstleistungen sind in erster Linie Leistungen, die einem „Nachteilsausgleich“ unterstützungsbedürftiger Menschen dienen. Dienstleistungen müssen dabei einerseits auf die spezifischen Bedarfslagen der Betroffenen reagieren und andererseits situative Faktoren, wie z.B. geltende Regularien der Sozialbürokratie berücksichtigen (vgl. OFFE 1987: 174 f.). Gleichzeitig sind die Leistungen standortgebunden, nicht transportierbar und nicht lagerbar.

Ambulante Dienstleistungen sind Reaktionen auf bestehende Bedarfe und können nicht im Vorgriff auf einen zu erwartenden Bedarf produziert werden. Die Dienstleister sind gefordert, auf die aktuelle, unter Umständen variierende Nachfrage zu reagieren. Die Nutzerinnen und Nutzer stellen damit für die ambulanten Dienstleister externe situative Faktoren dar. Erst durch ihre Einbeziehung wird die Dienstleistungsproduktion und zeitlich simultane Absetzung an die Kundinnen und Kunden möglich (vgl. BRONKE/WENZEL 1989: 27, BRÜLLE/REIS/REISS 1998: 61 ff., FRIESE 1998: 24 ff.). Wirtschaftlich gesehen sind Nutzerinnen und Nutzer eines Pflegedienstes externe Produktionsfaktoren, da sie an der Dienstleistungsproduktion durch ihre simultane (passive) Inanspruchnahme der Leistungen beteiligt sind. Indem die Konsumenten nicht nur Empfänger sondern Koproduzenten der Leistungen sind, fallen Produktion und Konsum der Leistungen zusammen (uno-actu Prinzip).

Ambulante Dienstleistungen basieren auf menschlichen Leistungen und haben damit ein gewisses Maß an Individualität. Die ambulante Dienstleistungsproduktion hat z.T. nur wenig präzise Vorgaben und die „äußere Kontrolle“ vor Ort ist relativ gering. Einerseits kann dadurch auch ad hoc auf situative Anforderungen reagiert werden. Andererseits werden Funktionen wie Planung, Koordination, Steuerung und Kontrolle der Dienstleistungen unerlässlich, um eine Integration der differenzierten und Organisationsgrenzen überschreitenden Arbeitsbereiche zu gewährleisten (vgl. SYDOW u.a. 1995: 42). Probleme, die ambulante Versorgung zu koordinieren, liegen deshalb in der Bewältigung des ständig ansteigenden Kommunikationsbedarfs und der Informationsverarbeitung. Diese Problematik wird durch den individuellen personenbezogenen Charakter ambulanter Dienstleistungen verstärkt.

Die personenbezogenen Leistungen ermöglichen im Ambulanzsystem nur wenige Standardisierungs- und Rationalisierungsmöglichkeiten. Ambulante Unterstützungen bestehen zudem häufig aus einem komplexen Geflecht verschiedener Dienstleistungen, die von verschiedenen Dienstleistern erbracht werden (vgl. BRÜLLE/REIS/REISS 1998: 65). Die Folge der fehlenden Rationalisierungsmöglichkeiten ist die relative Kostenintensität ambulanter Leistungen (vgl. BADELDT 1997: 190). Einsparpotentiale lassen sich deshalb nur auf der Basis struktureller Veränderungen erschließen. Dies gilt vor allem, weil die Kostenintensität u.a. aus Reibungsverlusten zwischen den verschiedenen Dienstleistern bzw. Dienstleistungsangeboten negativ beeinflusst wird. Mit Hilfe von passgenauer Abstimmungen der Dienstleistungen und sich ergänzender Hilfen sollen Reibungsverluste vermieden und bedarfsgerechter Versorgungszuschnitt erreicht werden. Mit Hilfe neuer Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure sollen fragmentierte Versorgungsstrukturen aufgebrochen werden, indem Dienstleistungssparten eines Trägers sowie Dienstleister verschiedener Träger zusammenarbeiten.

Neue Versorgungsstrukturen dürfen dabei keinesfalls im Widerspruch zu den situativen Abhängigkeiten ambulanter Dienstleister stehen. Vielmehr werden Organisationsformen benötigt, mit denen die ambulante Dienstleistungsproduktion möglichst effizient gestaltet werden kann. Dabei ist das Netzwerk situativer Abhängigkeiten zu berücksichtigen, in dem sich die einzelnen ambulanten Dienstleister befinden.

Abb. 7: Netzwerk situativer Abhängigkeiten

(Eigene Darstellung, in Anlehnung an NALEBUFF/BRANDENBURGER 1996: 35)

Die Dienstleister des Ambulanzsystems sind in dieses Geflecht wechselseitiger Disparitäten eingebunden. Über die Kausalverkettung *Sozialbürokratie – ambulante Dienstleister – Betroffene*²⁶ hinaus, bestehen in der Regel Verbindungen zu konkurrierenden Trägern des Ambulanzsystems sowie zu ergänzenden Dienstleistern, wie z.B. Wohnungsbaugesellschaften (alten- und behindertengerechte Wohnungen)(vgl. BRÜLLE 1998: 86 ff.). Diese Querverbindungen müssen aufeinander abgestimmt und durch Kooperationen zielorientierter gestaltet werden. Eine Zusammenarbeit der Dienstleister untereinander dient beispielsweise dazu, das jeweilige Leistungsspektrum zu erweitern, Leistungen zielgenauer zu den Kundinnen und Kunden zu bringen, gezielter auf die Bedarfe der Betroffenen einzugehen und neue Versorgungsgebiete zu erschließen. Dabei ist davon auszugehen, dass die Dienste eine positive Aufwand-Nutzen-Bilanz (Synergien) erzielen werden (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 69 ff.). Synergien resultieren z.B. aus den verbesserten Möglichkeiten, die eigenen Leistungen zu vermarkten. Diese Effekte bedürfen gezielter Planungen und Abstimmungsprozesse.

²⁶ Dies gilt in gleicher Weise für die bilateralen Verbindungen Sozialbürokratie – Betroffene plus Betroffene – ambulante Dienstleister des Persönlichen Budgets.

3.2 Intentionen und Merkmale von Kooperationen

Die Strukturen der ambulanten Versorgung sind historisch gewachsen und heute mit vielfältigen Interessenlagen verbunden. Dabei ist es inzwischen unstrittig, dass positive Effekte nur durch eine veränderte Praxis erzielt werden können. Hier bieten sich insbesondere Verknüpfungen in Form von Kooperationen an. „Da jede der Institutionen, die Wohlfahrt produzieren, für sich allein bestimmte Wohlfahrtsziele nur auf Kosten der Verfehlung anderer zu optimieren in der Lage ist, sind wohlfahrtssteigernde Effekte nur von neuen Kombinationsformen, Verknüpfungen und ‚Mixes‘ zwischen den Institutionen zu erwarten“ (EVERS/OLK 1996: 27). Angesichts der angespannten Lage öffentlicher Haushalte – die eine wesentliche Ressourcenquelle darstellen – dürfen Vorschläge zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen nicht aufgrund ökonomischer Argumente negierbar sein.

Im Ambulanzsystem gelten keine üblichen Marktmechanismen, auch wenn im Zuge der Pflegeversicherung mehr Wettbewerb geschaffen wurde. Der Aufbau effizienterer Versorgungsstrukturen kann nicht auf einem Konkurrenzprinzip basieren. Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde jedoch gezielt eine Konkurrenzsituation geschaffen. Die Verbesserung der ambulanten Versorgung erfordert zumindest eine gezielte Zusammenarbeit der ambulanten Anbieter auf der Dienstleistungsebene. Ein gemeinschaftliches Handeln basiert aus ökonomischer Sicht auf Kooperationen (vgl. BIESECKER 1996: 9), wobei allerdings kein Gegenpol zum Wettbewerb gebildet wird. Vielmehr werden bestimmte „Grundregeln“ und Übereinkünfte hinsichtlich Wettbewerb und Zusammenarbeit getroffen (vgl. BALLING 1998: 9).

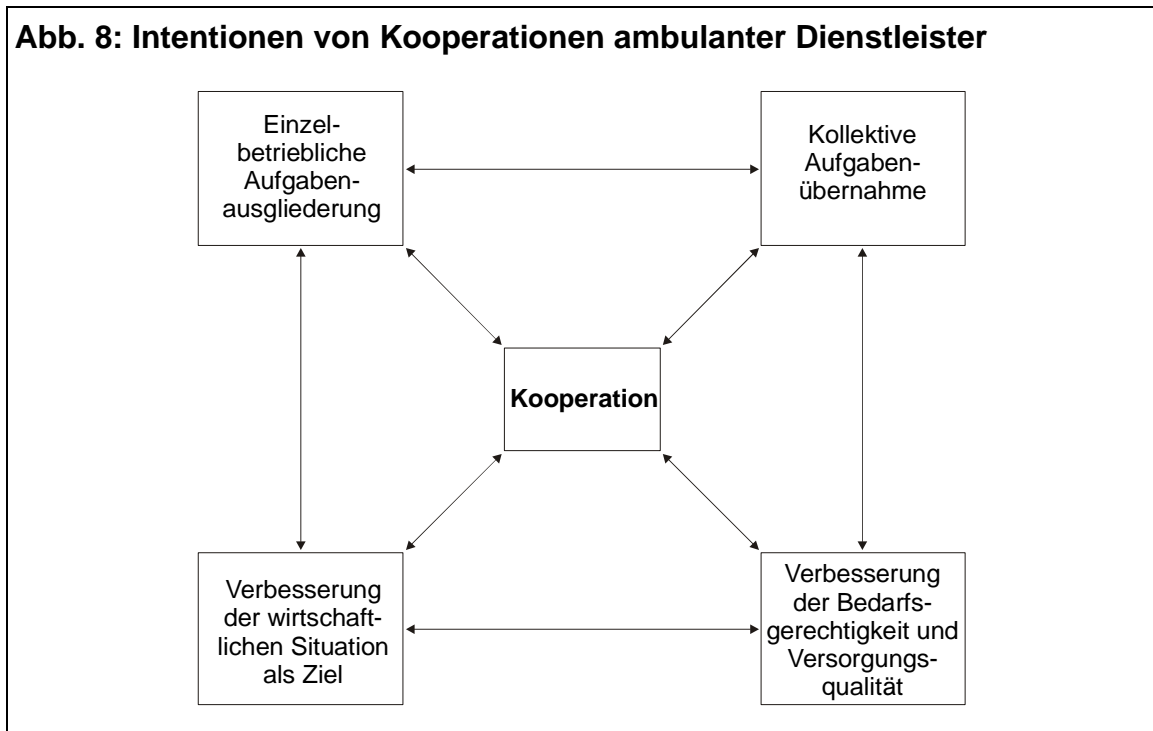
Das Ziel von Kooperationen ist es, die Leistungsfähigkeit von Personen oder Organisationen so zu steigern, dass sie einem solitären Handeln überlegen ist. Durch ein gemeinschaftliches Vorgehen entstehen Wettbewerbsvorteile, indem Synergiepotentiale erschlossen werden. Positive Ergebnisse können durch eine ausgewogene Kombination der richtigen „Kräfte“ erzielt werden. Die individuellen Funktionen verschiedener Subsysteme werden verknüpft, um das Einzelergebnis (offener Systeme) zu verstärken. Dabei beruht der synergetische Effekt von Kooperationen nicht auf einer bloßen Addition von Einzelelementen, sondern auf der zielgerichteten und gesteuerten Kombination (vgl. ECKHARDT

1987: 146 ff.). Eine wesentliche Voraussetzung ist es z.B., dass die Beteiligten ihre Entscheidungen aufeinander abstimmen bzw. gemeinsame Entscheidungen fällen. Auf diese Art und Weise können Reibungsverluste weitgehend aufgehoben bzw. vermieden werden.

Kooperationen entstehen dementsprechend keinesfalls zufällig, sondern sind zielgerichtet. Im Rahmen der Zusammenarbeit begeben sich die Partner dabei in eine freiwillige Abhängigkeit. Kooperationen lassen sich folgendermaßen definieren:

„Kooperation ist die freiwillige Zusammenarbeit von rechtlich selbständigen Unternehmen, die ihre wirtschaftliche Unabhängigkeit partiell zugunsten eines koordinierten Handelns aufgeben, um angestrebte Ziele im Vergleich zum individuellen Vorgehen besser erreichen zu können“ (FRIESE 1998: 64).

Kooperationen intendieren positive Effekte, wie z.B. die wirtschaftliche Situation der Dienste zu verbessern oder die Bedarfsgerechtigkeit und Versorgungsqualität für die Betroffenen zu erhöhen. Dazu können bestimmte (randständige) Aufgabenbereiche an Kooperationspartner „ausgliedert“ werden. Die Partner bewältigen auf der operativen Ebene bestimmte Aufgaben bewusst arbeitsteilig bzw. kollektiv. Dabei beschränken sich die Kooperationspartner in der Regel auf ihr jeweiliges „Kerngeschäft“. Einerseits werden die Leistungen dadurch wirtschaftlich konsolidiert, andererseits kommt eine abgestimmte Aufgabenwahrnehmung der Bedarfsgerechtigkeit zugute.

Abb. 8: Intentionen von Kooperationen ambulanter Dienstleister

Im Ambulanzsystem werden ausschließlich immaterielle Dienstleistungen produziert, wobei die Dienstleistungsproduktion in besonderer Weise arbeitsteilig ist. Eine Aufgabenausgliederung und kollektive Aufgabenübernahme ist insofern systemimmanent. Im Hinblick auf die Gestaltung komplexer Versorgungsarrangements fehlen bislang jedoch zielgerichtete Formen der Zusammenarbeit als „Bindeglieder“. Eine abgestimmte gemeinschaftliche Aufgabenerfüllung erfolgt bislang kaum, dadurch wird lediglich eine suboptimale Effizienz erzielt.

Es bestehen deshalb Chancen, auf der Basis von zielgerichteten Kooperationen sowohl die wirtschaftliche Situation des Gesamtsystems ambulanter Dienste und Hilfen zu konsolidieren als auch präziser als bisher auf die Situation der Nutzerinnen und Nutzer zu reagieren. Dabei kann es als Leitlinie betrachtet werden, den ambulanten Dienstleistungsmarkt auf die bestehenden Bedarfslagen ganzheitlich zuzuschneiden. Gefordert ist ein Welfare-Mix, der einerseits eine Marktaufteilung in Segmente (Dienstleistungssparten) vornimmt und dabei verschiedene Bearbeitungszuständigkeiten vorsieht. Gleichzeitig müssen jedoch Kooperationen zwischen diesen Segmenten institutionalisiert werden („heterogene Akteurs- und Anbieterketten“), um eine ganzheitliche Versorgung ohne Reibungsverluste zu erzielen (vgl. NAEGELE 1994: 245 f.). Dabei gilt es, die beteiligten Akteure strategisch so miteinander zu verknüpfen, dass ein möglichst optimales Ergebnis erreicht wird.

Kooperationen müssen vorrangig unter strategischen Aspekten gesehen werden. Ihre Anbahnung und Aufrechterhaltung erfolgt zielgerichtet. Kooperationen, die der Weiterentwicklung einer Organisation oder der Erschließung von Synergiepotentialen dienen, werden als „strategische Kooperationen“ bezeichnet. Die Kooperationsstrategie wird von den Beteiligten einvernehmlich entwickelt und definiert die systematische und gemeinschaftliche Vorgehensweise und dient der Realisierung der komplementären Aufgabenwahrnehmung (vgl. BALLING 1998: 24). Diese Aussagen treffen jedoch nur bedingt auf Kooperationen zu, die fallbezogen initiiert werden. Denn eine einzelfallorientierte Zusammenarbeit ambulanter Dienstleister hat keine strategische Perspektive.

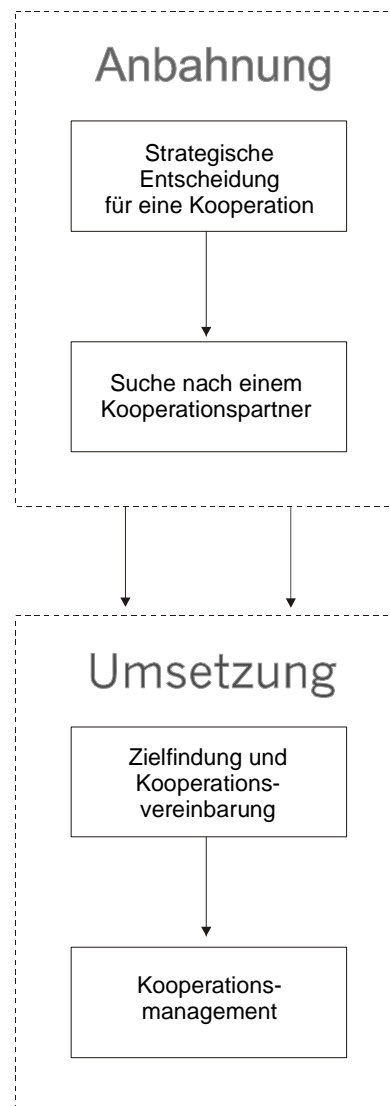
Strategische Kooperationen stellen eine Möglichkeit dar, um die fragmentierten Strukturen des Ambulanzsystems zu verbessern, indem sie die Dienstleistungsstrukturen zusammenführen. Sie können positive Wirkungen erzielen, weil das verfügbare Leistungsspektrum erweitert wird und die Dienstleistungen für die Betroffenen besser zugänglich werden. Um diese positiven Wirkungen zu erzielen, ist eine gezielte Steuerung der Zusammenarbeit erforderlich, da eine mangelhafte Abstimmung der Kooperationspartner auch eine negative Verstärkung bestehender Probleme verursachen kann (vgl. auch BRONKE/WENZEL 1989: 29). Strategische Kooperationen werden dementsprechend durch folgende konstitutive Merkmale bestimmt:

- Beteiligung von zwei oder mehr Organisationen
 - Erhaltung der rechtlichen und wirtschaftlichen Eigenständigkeit der Kooperationspartner
 - Freiwilligkeit der Kooperation
 - Kooperation bezieht sich nur auf Teilbereiche der Organisation.
 - Verbesserte Zielerreichung als Antriebsmoment (ökonomische Vorteile)
 - Kooperation erfolgt auf der Basis einer ausdrücklichen Vereinbarung (z.B. Vertrag)
 - Definition gemeinsamer Ziele
 - Versagen eines Partners führt zu Störungen des Gesamtablaufs
 - Kooperationen können sowohl horizontal als auch vertikal praktiziert werden
 - Zusammenarbeit folgt nicht dem üblichen Konkurrenzprinzip
 - Einschränkung der eigenen Dispositionsfreiheit
- (vgl. BALLING 1998: 17, ECKHARDT 1987: 143 ff., FRIESE 1998: 57 ff.)

Obwohl Kooperationen tendenziell den Handlungsspielraum erweitern, kann es bei den Kooperationspartnern zu einer Einengung, des Handlungsspielraums zugunsten eines koordinierten Vorgehens kommen (vgl. BOETCHER 1974: 42). Die Kooperationen müssen in eine Struktur eingebettet werden, die gegebenenfalls auch einengen bzw. bevormunden kann, ohne das Handeln dabei jedoch vollständig zu determinieren. Gleichzeitig haben Kooperationen eine strukturierende Funktion, indem sie die Schnittstellenkomplexität reduzieren. Kooperationen sind damit eine Möglichkeit soziale Systeme zu strukturieren (vgl. BALLING 1998: 9, SYDOW 1992: 93, SYDOW u.a. 1995: 24, WERMEMEYER 1994: 6). Kooperationen, die eine langfristige Ausrichtung und hohe Wertigkeit für die beteiligten Partner haben, können als „Strategische Allianzen“ bezeichnet werden:

Eine Strategische Allianz ist „eine formalisierte, längerfristige Beziehung zu anderen Unternehmungen, die mit dem Ziel aufgenommen wird, eigene Schwächen durch Stärkepotentiale anderer Organisationen zu kompensieren, um auf diese Art und Weise die Wettbewerbsposition einer Unternehmung oder einer Gruppe von Unternehmungen langfristig zu sichern“ (SYDOW 1992: 63).

Strategische Allianzen sind dabei auf bestimmte „Geschäftsfelder“ wie das Ambulanzsystem ausgerichtet. Diese Geschäftsfeldbezogenheit bedingt überwiegend horizontale Kooperationen (vgl. GAHL 1991: 11, BACKHAUS/VOETH 1995: 63, FRIESE 1998: 163, BALLING 1998: 25). Gezielte Kooperationen ermöglichen es Organisationen, Strategien zu entwickeln, mit denen die eigenen Ziele maximiert werden können (vgl. BIESECKER 1996: 10). Kooperationen entstehen deshalb nicht zufällig, sondern basieren auf Vereinbarungen der beteiligten Partner. Die Gestaltung von Kooperationen ist dabei in zwei Phasen zu unterteilen: Die zielgerichtete Anbahnung von Kooperationen und ihre aufgabenorientierte Umsetzung.

Abb. 9: Gestaltungsphasen von Kooperationen

(Eigene Darstellung, nach LUBRITZ 1998: 26)

Kooperationen können die Marktpositionen einzelner ambulanter Dienstleister verändern, dementsprechend sind mit einer gezielten langfristigen Zusammenarbeit auch potentielle Risiken verbunden. Deshalb ist im Vorfeld von Kooperationen eine detaillierte Analyse der jeweiligen Voraussetzungen der Partner, der angestrebten Ziele, der anfallenden Kosten usw. erforderlich.

3.3 Anbahnung von Kooperationen

3.3.1 Analyse der internen und externen Voraussetzungen für Kooperationen

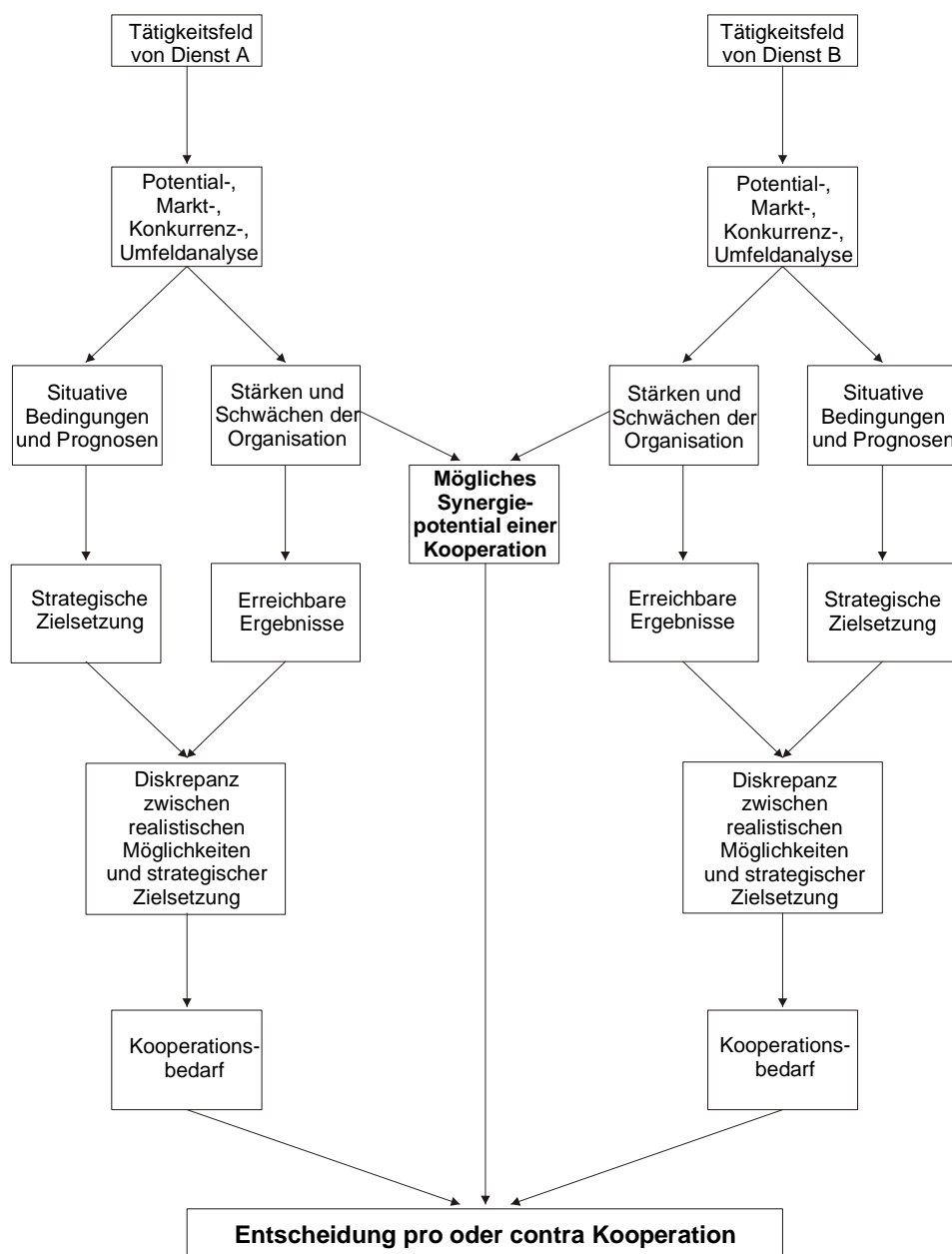
Die Entscheidungen Kooperationen anzubahnen, werden häufig unter Rentabilitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten getroffen. Es sollen Erfolge erzielt werden, indem z.B. defizitäre Bereiche von Organisationen durch die Potentiale der Kooperationspartner ergänzt werden. Im Idealfall gleichen sich „Stärken“ und „Schwächen“ der Kooperationspartner aus. Bevor eine Kooperation angebahnt werden kann, müssen die beteiligten Partner deshalb ihre spezifische Situation reflektieren. Dazu sollten die Tätigkeitsfelder, vorhandene Ressourcen, leistbare Potentiale, Markt- und Konkurrenzsituationen analysiert werden. Mit Hilfe dieser Analyse können ambulante Dienstleister ihre eigenen strategischen Zielsetzungen formulieren bzw. überprüfen. Diese Überprüfung ist die Basis, um mit anderen Diensten zu kooperieren. Denn in der Regel werden Kooperationen erst in Erwägung gezogen, wenn die gesetzten Ziele nicht mit eigenen Mitteln erreicht werden können. Dementsprechend wird der potentielle Kooperationsbedarf einer Organisation durch eine Diskrepanz zwischen den angestrebten strategischen Zielsetzung und den mit eigenen Möglichkeiten realistisch zu erreichenden Zielen identifiziert.

Die Aufnahme von strategischen Kooperationsbeziehungen setzt eine dezidierte Analyse der internen Voraussetzungen der beteiligten Dienstleister voraus. Um einen Kooperationsbedarf exakt einzugrenzen muss der Bedarf für die gemeinsam produzierten Leistungen (Absatzmöglichkeiten), die Konkurrenzsituation im jeweiligen Versorgungsgebiet und das Leistungspotential der beteiligten Dienste festgestellt werden. Diese Analyse ist notwendig, um die bestehenden Rahmenbedingungen und situativen Einflüsse festzustellen und das Vorgehen des eigenen Dienstes darauf auszurichten (Entwicklung strategischer Ziele). Die strategischen Zielsetzungen hängen dabei von den jeweiligen Möglichkeiten und vom situativen Kontext der ambulanten Dienste ab.

Die Auswahl geeigneter Kooperationspartner richtet sich nach den möglichen Synergiepotentialen, die im Rahmen der Zusammenarbeit freigesetzt werden können. Kooperationen sind in der Regel reziprok und Leistungen führen zu einem sofortigen oder späteren Gegentausch. Dieser Austausch der Akteure

kann sowohl formell als auch informell geschehen (vgl. SYDOW 1992: 93 ff.). Reziprozität gehört deshalb zu den zentralen Kooperationsmerkmalen (vgl. AXELROD 1987: 4 f.). Gleichzeitig können synergetische Effekte nur dann erzielt werden, wenn ein intelligentes Zusammenwirken im Hinblick auf die Kooperationsineffizienz erfolgt und der Wirkungsgrad des Verbunds höher ist als bei solitärem Handeln. Der Erfolg der Kooperation hängt letztlich von den Verhandlungen im Vorfeld ab, die zur Zielübereinstimmung der beteiligten Partner führen müssen.

Abb. 10: Entstehungsprozess einer Kooperation:



(Eigene Darstellung, in Anlehnung an FRIESE 1998: 88)

Die Entscheidung pro oder contra Kooperation hängt sowohl von den Kooperationsbedarfen der potentiellen Partner als auch von den zu erwartenden Synergiepotentialen ab. Wenn Kooperationen zustande kommen, so können sie zur Umgestaltung des Leistungsspektrums der einzelnen Dienstleister führen, z.B. durch eine Konzentration auf bestimmte (Kern-)Aufgaben. Die Vorteile von Kooperationen können darin liegen, dass sich jeder der beteiligten Partner möglichst auf die Tätigkeitsfelder beschränkt, die seinen Stärken entsprechen. So ist es z.B. die Hauptaufgabe von Pflegediensten, Hilfestellungen bei somatischen Bedarfslagen zu erbringen. Die Vermittlung weiterer umfassender Unterstützungen (z.B. Individuelle Schwerbehindertenbetreuung, psycho-soziale Hilfen, hauswirtschaftliche Hilfen) wird zwar von einigen Diensten punktuell realisiert, gehört jedoch nicht zu ihren Kernaufgaben. Hier ist es sinnvoller, die jeweiligen Leistungen an spezialisierte Dienstleister zu vermitteln und gleichzeitig für abgestimmte Unterstützungsarrangements zu sorgen. Als Folge kann zwar die Diversifikation der organisatorischen Arrangements weiter ansteigen (vgl. BALLING 1998: 12, SYDOW u.a. 1995; 43 ff.). Gleichzeitig kann jedoch die bestehende Vielfalt besser koordiniert und gesteuert werden. Vergleichbare Prozesse sind aus dem aktuellen Wirtschaftsgeschehen bekannt.

3.3.2 Synergien versus Kosten ambulanter Dienstleistungskooperationen

Kooperationen bieten ambulanten Dienstleistern die Möglichkeit, wechselseitig Angebotslücken zu schließen (vgl. GEISER/ROSENDAHL 1995: 154, BALLING 1998:16). Die Arbeitsabläufe komplexer Unterstützungsarrangements sollen rationalisiert werden, indem externe Fachkompetenzen ausgenutzt und gegenläufige Aktivitäten vermieden werden. Dabei werden z.B. folgende Effekte angestrebt:

- Bedarfsgerechtere Reaktionen auf die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer
- Erweiterung des ambulanten Leistungsangebots
- Effektivere Reaktionen auf situative Anforderungen des Sozialstaats
- Steigerung der Flexibilität und Produktivität

Synergiepotentiale bedeuten, dass durch Kooperationen weniger Input geleistet werden muss, um das gleiche Ergebnis bzw. den gleichen Output zu erzielen. Der zu leistende Input umfasst z.B. Sachressourcen, Expertenwissen, mensch-

liche Arbeitskraft sowie den Aufwand für Aufbau und Erhaltung der Kooperation (vgl. FRIESE 1998: 100). Diese Faktoren geben nach der Identifikation eines Kooperationsbedarfs den Ausschlag, ob Kooperationen sinnvoll sind (vgl. BALLING 1998: 75 ff.). In erster Linie profitieren die beteiligten Akteure bei einer funktionspezifischen Zusammenarbeit jeweils vom Expertentum ihrer Kooperationspartner. Demgegenüber stehen Kooperations- bzw. Transaktionskosten, wie z.B.:

- **Anbahnungskosten:** Kosten für die Information über mögliche Kooperationspartner und deren Konditionen
- **Vereinbarungskosten:** Kosten für die Verhandlung über die Kooperationsbedingungen, die Vertragsformulierung und den verbindlichen Abschluss einer Kooperationsbeziehung
- **Kontrollkosten:** Kosten für die Sicherstellung vereinbarter Qualitätsstandards, Einhaltung von Terminen usw.
- **Anpassungskosten:** Kosten für die Durchsetzung von Veränderungen im Rahmen der Kooperation (vgl. OLSSON/PIECKENBROCK 1998: 341, FRIESE 1998: 71, SYDOW 1992: 130, LUBRITZ 1998: 108)

Bei jeder Kooperation entstehen Transaktionskosten, die „Reibungsverlusten“ gleichzusetzen sind. Ziel ist es deshalb, mit einer möglichst optimalen Abstimmung diese Kosten gering zu halten. Effektive Transaktionen gelingen eher, wenn Kooperationen verbindlich gestaltet und vertraglich abgesichert werden.

Aus organisationstheoretischer Sicht verkörpern Kooperationen eine Organisationsform, die weder den Mechanismen des Marktes noch der Hierarchie zuzuordnen sind. Sie nehmen deshalb eine intermediäre Stellung ein: Wenn die Transaktionskosten für eine marktliche Koordination hoch sind, greifen Organisationen eher auf Hierarchien zurück und umgekehrt. Tendenziell erfordern horizontale Verflechtungen einen höheren Aufwand. Für die ambulante Versorgung ist jedoch – ebenso wie für andere Bereiche – davon auszugehen, dass durch die Zusammenfassung von solitären Austauschprozessen Vorteile zu erzielen sind (vgl. BALLING 1998: 56 ff., POWELL 1996: 213 ff., SYDOW 1992: 213 ff., MOTZ 1998: 96 ff.). Die Transaktionskosten haben dementsprechend einen Einfluss auf das Zustandekommen von Kooperationen.

Situative Ansätze sind aufgrund ihrer funktionalistischen Ausrichtung dazu geeignet, die Entstehung und Funktion strategischer Kooperationen zu analysieren.

ren, weil ambulante Dienste durch Umweltfaktoren determiniert werden. Ein Kooperationsbedarf entsteht, wenn ambulante Dienstleister mit eigenen Ressourcen nicht auf die an sie gerichteten situativen Faktoren reagieren können, die durch die Sozialbürokratie, andere ambulante Dienste und unterstützungsbedürftige Menschen an sie gerichtet werden. Insofern werden Kooperationen zwischen ambulanten Dienstleistern insbesondere dann zustande kommen, wenn aufgrund eigener Schwächen ein Kooperationsbedarf besteht und zugleich notwendige Voraussetzungen erfüllt sind, wie die Komplementarität der Organisationen. Gleichzeitig ist es notwendig, die Kooperationen zu strukturieren, um die Ressourcenfrage, die Weitergabe von Informationen usw. zu regeln.

Eine effektive und effiziente ambulante Versorgung ist nur dann möglich, wenn eine möglichst optimale Passung zwischen den beteiligten Organisationen besteht. Kooperationen können dazu beitragen, diesen „Fit“ herzustellen und Synergien zu erschließen, indem Abläufe vereinfacht, ineffiziente Doppelaktivitäten vermieden und Informations- und Kommunikationsströme zielgerichtet kanalisiert werden. Diese betriebswirtschaftlich geprägten Überlegungen bringen zugleich nutzerbezogene Vorteile, wie z.B. eine ganzheitliche Versorgung.

Kooperationen sind nur dann sinnvoll, wenn ihre Kosten nicht in einem Mißverhältnis zu dem erwarteten Nutzen (Synergien) stehen. In dieser Frage unterscheiden sich Kooperationen ambulanter Dienstleister nicht wesentlich von den Gesetzmäßigkeiten der freien Wirtschaft. So ist generell Reziprozität notwendig, da das Streben einzelner Akteure nach einer einseitigen Vorteilsmaximierung den Erfolg von Kooperationen gefährden würde. Reziprozität von Kooperationen heißt, dass alle beteiligten Partner von einer Zusammenarbeit profitieren. Dies gilt nicht nur für direkte Ausgleichszahlungen, sondern auch für die Vorteile eines Dienstes, sein Leistungsangebot durch Kooperationen zu erweitern oder einen Zugang zu neuen Nutzerinnen und Nutzern bzw. zu einem neuen Regionalraum zu erschließen. So kann es ein wesentliches Synergiepotential sein, von dem Kundenstamm der Kooperationspartner zu profitieren, ohne dabei zu konkurrieren.

3.3.3 Zur Auswahl geeigneter Kooperationspartner

Die Auswahl der richtigen Kooperationspartner beeinflusst das mögliche Synergiepotential, wobei das Anforderungsprofil, wie bereits dargestellt, durch die eigene strategische Ziellücke definiert wird. Dementsprechend müssen potentielle Partner nach bestimmten Kriterien bewertet werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Auswahl der Kooperationspartner auch zu einem Imagegewinn oder –verlust führen kann. Kooperationspartner sollten deshalb insbesondere folgende Anforderungen erfüllen:

- Effektive Kooperationen basieren darauf, die eigenen Schwächen durch komplementäre Stärken und Ressourcen der Kooperationspartner auszugleichen.
- Eine effektive Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern setzt, eine gemeinsame Basis voraus. Die Partner müssen hinsichtlich ihrer Strategien und Ziele kompatibel sein.
- Die Kooperationspartner sollten sich im gleichen Maß für die Kooperation engagieren. Sie werden um so erfolgreicher sein, je gleichberechtigter sie sind (Reziprozität). Dabei bildet das gegenseitige Vertrauen eine wesentliche Grundlage. Andernfalls fallen hohe Transaktions- und Kontrollkosten an, die Kooperationen ineffizient machen.
(vgl. FRIESE 1998: 91 ff.)

Der Nutzen von Kooperationen im Ambulanzsystem liegt hauptsächlich in der Chance, Kosten- und Qualitätsvorteile zu realisieren. Auf einen Pflegedienst bezogen, kann dabei z.B. das abgedeckte Versorgungsgebiet relevant sein, denn bei größeren Versorgungsgebieten können Kooperationen – sowohl in städtischen als auch in ländlichen Räumen – zu Zeitvorteilen führen. Im Ambulanzsystem können Kostenvorteile z.B. erzielt werden, indem bestimmte Dienstleistungsproduktionen von den Partnern wechselseitig bzw. aufeinander abgestimmt wahrgenommen werden und dadurch eine bessere Kapazitätsauslastung der Personalressourcen erzielt wird. Wurde die Fragmentierung des Ambulanzsystems und die daraus resultierende Verrichtungsspezialisierung bislang als Nachteil aufgefasst, lassen sich mit zielgerichteten Kooperationen die Aktivitäten verschiedener Anbieter ergänzen.

In Zeiten „knapper Kassen“ können Dienste im Ambulanzsystem häufig nur dann überleben, wenn sie Prioritäten setzen und sich auf ihr „Kerngeschäft“ spezialisieren (vgl. BANDEMER/HARTMANN/LANGER o.J.: 3). Strategische Kooperationen bieten im Ambulanzsystem die Möglichkeit, die bestehende Po-

lyzentriertheit der Anbieter aufzuheben und damit die fragmentierten, z.T. voneinander losgelösten Dienstleistungen zu (re-)integrieren (vgl. SYDOW u.a. 1995: 48 ff.). Während die Dienstleister und Kostenträger der verschiedenen Sparten von einer höheren Effizienz profitieren, erhalten die Nutzerinnen und Nutzer dadurch verbesserte Zugangsmöglichkeiten zu den von ihnen benötigten Diensten. Kooperationen bieten damit den Handlungsrahmen, um Vorteile der Spezialisierung auszunutzen und gleichzeitig auf die situativen Faktoren der Sozialbürokratie (Kostendruck) sowie die Kundenbedarfe (Aufbau bedarfsgerechter Unterstützungsarrangements) zu reagieren.

3.3.4 Exkurs: Kooperationen aus Sicht der Spieltheorie

Die Frage nach der theoretischen und pragmatischen Sinnhaftigkeit von Kooperationen läßt sich mit Hilfe der Spieltheorie beantworten. Diese Theorie versucht die im Hintergrund ablaufenden Prozesse zu analysieren, um innere und äußere Einflußfaktoren zu identifizieren. Spieltheorien setzen sich damit auseinander, wie Kooperationen überhaupt zustande kommen. „Unter welchen Bedingungen entsteht Kooperation in einer Welt von Egoisten ohne zentralen Herrschaftsstab? (...) Wie kann sich überhaupt Kooperation in Situationen entwickeln, in denen jedes Individuum einen Anreiz besitzt sich eigennützig zu verhalten?“ (AXELROD 1987: 3). Die Frage, wie angesichts der fragmentierten Strukturen des Ambulanzsystems, das aus vielen verschiedenen autonomen Dienstleistern besteht, die neben dem Gemeinwohl auch ihre Organisationsinteressen vertreten müssen, bedarfsgerechte Versorgungsformen entstehen können, hat einen zentralen Stellenwert. Deshalb müssen die Umstände, unter denen ambulante Dienstleistungskooperationen entstehen, näher analysiert werden.

Die Vorzüge von Spieltheorien liegen darin, dass sie die rationalen Entscheidungen voneinander abhängiger Akteure untersuchen. Dabei werden insbesondere Einsichten in die strategischen Entscheidungssituationen, die im Vorfeld einer Zusammenarbeit stattfinden, vermittelt (vgl. GÜTH 1991: 1, WAGNER 1998: 3). Hier handelt es sich um Situationen, in denen ein gemeinsames Ergebnis mehrerer Akteure erreicht werden soll. Diese Akteure sind sich ihrer Interdependenz bewusst, dementsprechend sind diese Entscheidungssituationen durch Interessenkonflikte charakterisiert (vgl. HOLLER/ILLINGER 1996: 1).

Die wesentlichen Merkmale des Spiels lassen sich anhand des sogenannten Gefangenendilemmas aufzeigen. „Das Gefangenendilemma ist ein Spiel mit zwei Spielern, von denen jeder zwei Entscheidungsmöglichkeiten hat, nämlich zu kooperieren oder nicht zu kooperieren. Nichtkooperation nennen wir Defektion. Jeder muss seine Wahl treffen, ohne zu wissen, wie der andere sich verhalten wird. Unabhängig vom Verhalten des jeweils anderen führt Defektion zu einer höheren Auszahlung als Kooperation. Das Dilemma liegt darin, dass es für jeden Spieler unabhängig vom Verhalten des anderen vorteilhafter ist zu defektieren, dass jedoch beiderseitige Defektion für jeden Spieler ungünstiger ist als wechselseitige Kooperation“ (AXELROD 1987: 7). Die wesentlichen Merkmale der Spielsituation des Gefangenendilemmas lassen sich an folgendem Beispiel veranschaulichen: Zwei Verdächtige werden in Einzelhaft genommen. Der Staatsanwalt ist sich sicher, dass sie eines Verbrechens schuldig sind, hat jedoch keine ausreichenden Beweise, um sie zu überführen. Er stellt die Beschuldigten vor folgende Alternativen: 1) Wenn beide nicht gestehen, werden beide eine (mittelmäßige) Strafe erhalten. 2) Wenn beide gestehen werden beide milde verurteilt und keine Maximalstrafe erhalten. 3) Wenn einer gesteht und der andere nicht, erhält derjenige, der gestanden hat eine Minimalstrafe, während der andere eine Maximalstrafe verbüßen muss (vgl. GÜTH 1992: 167, HOLLER/ILLINGER 1996: 2 ff.).

Spieler 1	Spieler 2	
	Nicht Gestehen	Gestehen
Nicht Gestehen	1 Jahr für Spieler 1 1 Jahr für Spieler 2	10 Jahre für Spieler 1 3 Monate für Spieler 2
Gestehen	3 Monate für Spieler 1 10 Jahre für Spieler 2	8 Jahre für Spieler 1 8 Jahre für Spieler 2

Das Gefangenendilemma kennzeichnet eine Situation von zwei Spielern, die verschiedene Strategien – kooperieren oder defektieren – zur Auswahl haben. Es wird angenommen, dass die Spieler ihre Alternativen abwägen und diejenige wählen werden, die ihnen unter den gegebenen Umständen die größtmöglichen Vorteile verspricht. Eine mögliche Strategie ist „wie du mir, so ich dir“ („Tit for

Tat)²⁷. Im ersten Zug kooperiert ein Spieler und verhält sich danach wie der Gegner. Anhand der Spieltheorie kann nachgewiesen werden, dass Kooperationsstrategien einen größeren Nutzen haben können als Wettbewerbsstrategien (vgl. AXELROD 1987: 186 ff., BALLING 1998: 189 ff.). Die Erkenntnis der Spieltheorie und des Gefangenendilemmas lassen sich auf das Ambulanzsystem anwenden. Auch hier kann durch eine angemessene Zusammenarbeit ein möglichst optimales Ergebnis erreicht werden. Statt dessen wurde insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung der Wettbewerb der Anbieter untereinander noch stärker gefördert.

Die Theorie weist nach, dass Kooperationen für die einzelnen Anbieter sowohl Vor- als auch Nachteile haben können. Dies gilt insbesondere bei konkurrierenden Dienstleistern, für die Kooperation auch eigene Entscheidungsfreiheiten einengen können. Im Gegensatz zur „künstlichen“ Situation des Gefangenendilemmas können die Dienstleister jedoch miteinander kommunizieren. Dementsprechend können die Entscheidungen genau abgewogen werden – immer unter der Voraussetzung, dass sich die Partner an die gemeinsamen Abmachungen halten. Neben einer Reihe konkurrierender Angebote existiert eine Vielzahl sich ergänzender Angebote, bei der die Vorteile einer Zusammenarbeit deutlich überwiegen. Aus dem Gefangenendilemma lässt sich ableiten, dass eine fehlende Bereitschaft zur Kooperation Nachteile für alle beteiligten Partner bedeuten können. Nachteile können z.B. in erhöhten Kosten, der fortwährenden Fragmentierung des Ambulanzsystems und Problemen von „Nischenanbietern“ bestehen, sich zu etablieren.

Im Hinblick auf eine umfassende, möglichst effiziente und bedarfsgerechte Versorgung beinhalten Kooperationen ein hohes Vorzugspotential. Die Spieltheorie belegt, dass eine Zusammenarbeit für das zu erwartende Gesamtergebnis positiver ist als das isolierte Handeln solitärer Anbieter. Je besser sich die Kooperationspartner im Vorfeld abstimmen können, desto größer sind die zu erwartenden Synergieeffekte (vgl. Tabelle). Diese positiven Effekte können nur zielorientiert angesteuert werden. Dabei garantiert eine „Tit for Tat“ Strategie noch keine effektive und reziproke Zusammenarbeit. Im Rahmen der ambulanten

²⁷ „Tit for Tat“ wurde von Anatol Rappoport, Psychologieprofessor der Universität Toronto nachgewiesen (vgl. DIXIT/NALEBUFF 1995: 106 ff., AXELROD 1987: 12, WAGNER 1998: 78).

Versorgung können diese Unsicherheiten z.B. durch Kooperationsverträge minimiert werden. Mit Hilfe detaillierter und verbindlich fixierter Zielvereinbarungen reduzieren die Dienstleister ihre Unsicherheit über das Vorgehen ihrer Kooperationspartner. Das langfristige Bestehen von Kooperationen wird hier von der Eindeutigkeit der Zielfindung und –formulierung bestimmt.

3.4 Zielfindung und Zielformulierung als Basis für eine Umsetzung von Kooperationen

Die grundsätzliche Frage, wie sich Kooperationen in der Versorgungspraxis des Ambulanzsystems rechtfertigen lassen, wird durch die „strategische Ziellücke“ (vgl. Abb. 10) erklärt. Das heißt, die Zusammenarbeit von verschiedenen Dienstleistern setzt voraus, dass eindeutige Ziele formuliert werden. Die Kooperationsziele einer Organisation ergeben sich aus der Differenz zwischen strategischen Zielsetzungen und mit eigenen Mitteln zu erreichenden Ergebnissen. Nur wenn alle beteiligten Partner hier einen Konsens finden und gemeinsame Ziele ableiten können, haben Kooperationen Aussicht auf Erfolg. Dabei dürfen die Kooperationsziele nicht im Widerspruch zu den originären Organisationszielen stehen.

Für die Praxis ambulanter Dienstleister lassen sich allgemeine Oberziele formulieren, wie z.B. die Erfüllung spezifischer Leistungsaufträge, die Bereitstellung kundengerechter Dienstleistungen und der wirtschaftliche Einsatz der zur Verfügung gestellten Ressourcen (vgl. TIPPELT 1998: 113). Diese allgemeinen Ziele gelten für alle Akteure. Kooperationsziele dienen darüber hinaus zur klaren Verantwortungsaufteilung der beteiligten Akteure, zur Auswahl der erforderlichen Aktivitäten sowie zur Steuerung der gemeinsamen Leistungserbringung (vgl. KGSt 1994a: 30).

Die zentrale und übergeordnete Zielsetzung ambulanter Dienstleister sollte die bedarfsgerechte Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen sein. Dies impliziert z.B. die Erhaltung der Lebensqualität, den gesicherten Zugang zu benötigten Hilfeleistungen, die gleichberechtigten Versorgungschancen für alle Betroffenen und die Durchsetzung des Vorrangs einer ambulanten Versorgung. Dabei sind qualitative bzw. bedarfsorientierte nicht von wirtschaftlichen Versorgungszielen zu trennen, darum muss eine integrierte Betrachtung erfolgen. In-

haltliche Effizienzkriterien müssen einer Wirtschaftlichkeitskontrolle bei der Leistungserstellung mindestens gleichberechtigt sein (vgl. HORAK/MATUL/SCHEUCH 1999: 160). Für die ambulante Versorgungspraxis lassen sich daraus folgende Zieldimensionen von Kooperationen ableiten:

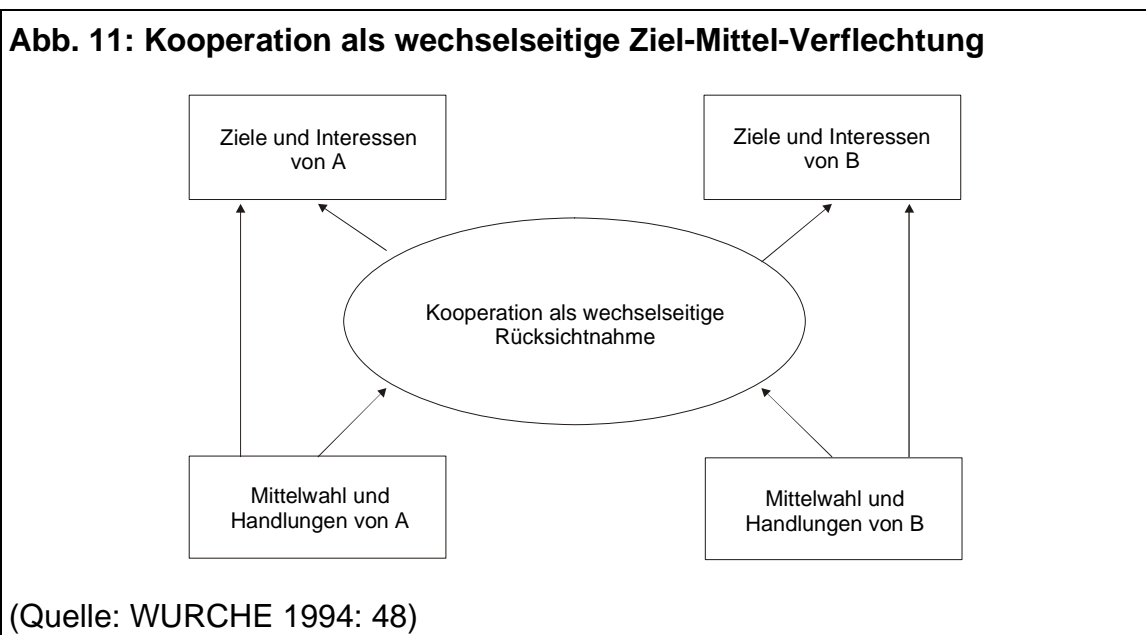
1. Aus qualitativer Sicht soll für die Nutzerinnen und Nutzer eine adäquate Lebensführung gewährleistet werden. Durch bedarfsgerechte Hilfemaßnahmen soll ein körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden gewährleistet werden.
 2. Aus volkswirtschaftlicher Sicht sollen hilfe- und pflegebedürftige Menschen solange wie möglich ambulant versorgt werden. Der Übergang in eine stationäre Einrichtung sollte nur dann erfolgen, wenn er zwingend erforderlich ist. Durch eine möglichst optimale
- Organisation der ambulanten Versorgung sollen die vorhandenen Ressourcen effizient eingesetzt werden.
3. Aus Sicht der Dienstleister müssen die vorhandenen Ressourcen so eingesetzt werden, dass für die o.g. Zieldimensionen ein maximaler Output erreicht werden kann. Gleichzeitig müssen sie aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine Konsolidierung ihrer Finanzen anstreben.

Obwohl bedarfsgerechte Zielsetzungen übergeordnet sind, scheinen sie im Hinblick auf Kooperationen bislang eher untergeordnet zu sein. Kooperationen sind häufig durch ökonomische Ziele motiviert und haben die Intention, Einsparungen zu realisieren. Durch eine effizientere Dienstleistungsproduktion sollen Rationalisierungsgewinne erzielt werden. Diese Effekte sind möglich, wenn die bestehende Spezialisierung ambulanter Dienstleister ausgenutzt und durch ein gemeinsames Handeln „doppelte“ Anstrengungen vermieden werden. Gleichzeitig kann beispielsweise die Marktstellung verbessert werden, weil den Nutzern ein breiteres Leistungsangebot offeriert werden kann. „Differenzierungsziele von Kooperationen werden zum Teil als Differenzierung des eigenen Produktprogramms im Sinne einer Ausweitung des Leistungsangebots oder als eine Differenzierung des Leistungsangebots gegenüber Wettbewerbern im Sinne des Angebots einer spezifischen Qualität gesehen. Die Differenzierung und Ergänzung des Produktprogramms kann ein wichtiges marktstrategisches Ziel von Kooperationen sein“ (BALLING 1998: 82). Einsparungen durch Kooperationen sind grundsätzlich zu begrüßen, dürfen jedoch nicht zu Lasten der Versorgungsqualität und Bedarfsgerechtigkeit gehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass „freigesetzte Ressourcen“ bei einer entsprechenden Kooperations-

planung den Betroffenen zugute kommen werden. Aus der Perspektive der ambulanten Dienste sind deshalb folgende Kooperationsziele zu nennen:

- Qualitätsvorteile für die Nutzerinnen und Nutzer
 - Ausdifferenzierung und Erweiterung des Leistungsangebots
 - Kostenvorteile (z.B. durch niedrigere Kosten bei gemeinsamer Dienstleistungsproduktion, höhere Kapazitätsauslastungen)
 - Rationalisierung der Arbeitsabläufe (z.B. durch Reduzierung des Zeitfaktors
- bei der Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer)
 - Zugang zu neuem „Know-how“
 - Expansion durch den Zugang zu neuen Kundinnen und Kunden
- (Eigene Zusammenstellung, vgl. BACKHAUS/VOETH 1995: 66 ff., BALLING 1998: 74 ff., FRIESE 1998: 89 ff.)

In der Praxis lassen sich die verschiedenen Kooperationsziele kaum voneinander zu trennen. Sie dienen eher dazu, die Zusammenarbeit bereits über die Handlungsabsichten und nicht erst über die Abfolge der Handlungen zu koordinieren. Die Kooperationspartner werden darauf festgelegt, sich bei der Wahl ihrer Mittel und Handlungen nicht mehr ausschließlich an ihren eigenen Zielen zu orientieren, sondern auch die Interessen ihrer Partner zu berücksichtigen. Dementsprechend erwachsen aus Kooperationen wechselseitige Ziel-Mittel-Verflechtung (vgl. WURCHE 1994: 45 ff.):



Die Ziele der Kooperationspartner dürfen sich gegenseitig nicht negativ beeinflussen, sonst besteht keine Aussicht auf dauerhafte Kooperationsvorteile. Im

Idealfall sind die Ziele aufeinander abgestimmt und erlauben eine komplementäre Aufgabenwahrnehmung. Dabei sind Kooperationen häufig eine Reaktion auf bestimmte Umweltkonstellationen, mit denen sich die Kooperationspartner neue Handlungs- und Entscheidungsspielräume verschaffen wollen. Im Ambulanzsystem bietet die zielgerichtete Zusammenarbeit von mehreren Dienstleistern jedoch weiterreichende Möglichkeiten als einen „letzten Ausweg“. Denn mit der Bündelung von Handlungspotentialen ist es möglich, die „Umwelt“ proaktiv zu beeinflussen, anstatt lediglich zu reagieren.

3.5 Kooperationsmanagement

Die Festlegung von Kooperationszielen und gemeinsamen Zielvereinbarungen allein reicht noch nicht aus, damit Kooperationen gelingen. Der Kooperationsalltag muss auf der Basis dieser Ziele gestaltet werden, Dazu bedarf es geeigneter Instrumente, um die arbeitsteiligen Prozesse von Kooperationen zu koordinieren und zu steuern. Mit der Dezentralisierung bestimmter Aufgaben wird eine größere Flexibilität ambulanter Dienstleister angestrebt. Dies funktioniert aber nur, wenn die kleinen Subsysteme zeitnaher und adäquater auf Umwelтанforderungen und -veränderungen reagieren, als große Gesamtsysteme. Ein System miteinander gekoppelter Einheiten kann jedoch nur dann flexible Reaktionen zeigen, wenn es entsprechend koordiniert und gesteuert wird.

Im Kooperationsalltag treten häufig Steuerungs- und Koordinierungsprobleme auf, die als Folge von Teilautonomien einzelner Bereiche entstehen (vgl. PELTZER 1998: 172 f.). Das Resultat ist ein Zwiespalt von leistungsfähigen Subsystemen einerseits und einem nur schwer zu steuernden Gesamtkomplex andererseits. In der bisherigen Praxis ist die Kommunikation an den Schnittstellen der unterschiedlichen sozialen Dienste von Missverständnissen und Kompetenzgerangel gekennzeichnet (vgl. BARTHEL 1998: 151). Diese Schwierigkeiten charakterisieren die Organisationsprobleme des ambulanten Versorgungssystems und können auch bei Kooperationen entstehen, wenn kein adäquates Kooperationsmanagement besteht.

Obwohl das Ambulanzsystem über leistungsfähige Dienstleister mit flexiblen Handlungsmöglichkeiten verfügt, profitieren die Menschen, die auf diese Versorgungsangebote angewiesen sind, nicht in gleicher Weise davon. Es besteht

die Gefahr, dass Leistungspotentiale aufgezehrt werden durch Reibungsverluste, die aus einer mangelhaften Abstimmung und Koordination der ambulanten Versorgung resultieren (vgl. BARTHEL 1998: 151 ff.). Einschnitte der letzten Jahre wie die politisch gewollte Wettbewerbssteigerung haben dabei verstärkend gewirkt. Die Dienstleister des Ambulanzsystems waren jedoch bislang nicht auf ein marktwirtschaftliches Verhalten ausgerichtet. Es ist deshalb das Ziel, Versorgungsformen zu finden, mit denen sowohl Aktivitäten als auch Mittel effizient und passgenau eingesetzt werden können. Kooperationen sind dazu ein angemessenes Instrument, bedürfen jedoch einer adäquaten Steuerung, um positive Wirkungen zu erzielen und nicht bestehende Problemlagen zusätzlich zu verstärken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch im gemeinnützigen Bereich ambulanter Dienstleistungen ausgeprägte Konkurrenzen und Bereichs-egoismen bestehen, die positive Wirkungen von Kooperationen konterkarieren können. Diese Negativeinflüsse sollen durch eine gezielte Koordination und Steuerung des Kooperationsprozesses verhindert werden.

Das Kooperationsmanagement muss dazu geeignet sein, die Widersprüche zu überwinden, denen kooperierende ambulante Dienstleister ausgesetzt sind. So waren ambulante Dienste bisher überwiegend auf einen am Gemeinwohl ausgerichteten Versorgungsauftrag fixiert. Organisatorisch orientierten sie sich dabei in erster Linie an der „statischen“ Sozialbürokratie, die als zentrale Ressourcenquelle ihre entscheidende Einflussgröße war. Inzwischen wird von dieser Sozialbürokratie jedoch mehr „Marktwirtschaft“ in der ambulanten Versorgung gefordert. Damit werden jedoch situative Anforderungen an die ambulanten Dienstleister gestellt, die von der Sozialbürokratie bislang noch nicht bzw. erst in Ansätzen erfüllt werden. Dementsprechend sind die Anbieter aufgefordert, sich von der organisatorischen Isomorphie zu lösen und neue Wege zu beschreiten. Das Kooperationsmanagement hat somit auch die Aufgabe, zur Überwindung dieser bestehenden Widersprüche im Kooperationsprozess beizutragen.

3.5.1 Zur Bedeutung von Koordination und Steuerung im Kooperationsprozess

Kooperationen zwischen ambulanten Dienstleistern entsprechen, wie bereits dargelegt, einer bewußt herbeigeführten institutionalisierten Arbeitsteilung. Sie

können aber nur dann effektiv sein, wenn die Arbeitsteilung möglichst genau abgestimmt wird. Diese Abstimmung erfordert eine zielgerichtete Koordination²⁸ und Steuerung des arbeitsteiligen Vorgehens. Kooperationen erfordern im Gegensatz zur Arbeit von Solitärorganisationen einen höheren koordinativen Aufwand, weil der Abstimmungsbedarf komplexer ist. In der Regel müssen nicht nur inter- und intraorganisatorische Regelungen getroffen, sondern auch räumliche Distanzen überwunden werden.

Die funktionale Trennung durch Kooperationen bringt auch Nachteile mit sich, die nicht nur kompensiert, sondern überkompensiert werden müssen, um positive Effekte zu bewirken. Dies erfordert eine straffe Koordination der Teilaufgaben im Hinblick auf die Gesamtaufgabe, wobei im Rahmen der ambulanten Versorgung auf die bereits bestehende Spezialisierung zurückgegriffen werden kann: Ambulante Dienstleister decken zumeist nur einen Ausschnitt des Bedarfsspektrums von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen – als der Hauptzielgruppe der ambulanten Versorgung – ab. Zielgerichtete Kooperationen nutzen diese Spezialisierung aus, um die bestehende Fragmentierung zu überwinden. Zu diesem Zweck müssen die einzelnen Versorgungsbereiche miteinander verzahnt und zugleich trennscharf voneinander abgegrenzt werden (vgl. RAU 1994: 36). Koordination und Steuerung haben insofern die Aufgabe, „überflüssige“ Doppelaktivitäten zu vermeiden und statt dessen „neue“ Ressourcen freizusetzen. Die Kooperationspartner sollen sich deshalb auf ihre Kernaufgaben konzentrieren und Leistungen aus anderen Bereichen an Kooperationspartner delegieren. Das Kooperationsmanagement stimmt dabei die Auf-

²⁸ Die Begriffe Kooperation und Koordination werden häufig synonym verwendet, sie sind in ihrer Bedeutung jedoch keinesfalls gleichzusetzen. Bei der Koordination werden die Handlungen interdependenter Akteure aufeinander abgestimmt, während Kooperation die aktive Zusammenarbeit ehemals unabhängiger Akteure ist (vgl. BALLING 1998: 22). Koordination ist ein unverzichtbares Steuerungselement von Kooperationen.

gabenverteilung und –wahrnehmung gezielt aufeinander ab. Mit Hilfe der Koordination und Steuerung werden in erster Linie aufgabenspezifische Fragestellungen geklärt, um die Kooperationseffizienz zu gewährleisten:

- „Instrumente zur personalen Koordination, insbesondere zur Beeinflussung des ‚Kooperationsklimas‘ (wahrgenommene Autonomie, Symmetrie, Harmonie, Vertrauen, Innovation und Zielorientierung) durch personen- und interaktionsorientierte Maßnahmen
- Instrumente zur Handhabung von Ziel- und Verteilungskonflikten (z.B. Rückzug, Drittparteienurteil)
- Instrumente zur Beeinflussung der Kooperationspartner (z.B. Überzeugung, Manipulation, Verhandlungen)“ (SYDOW 1992: 213).

Mit diesen Instrumenten sollen die Aktivitäten der Kooperationspartner möglichst nahtlos miteinander verzahnt werden. Kooperationsschädigende Konflikte und Konkurrenzen, die den gesteckten Kooperationszielen widersprechen und sich auf das Kooperationsergebnis negativ auswirken würden, sollen vermieden werden (z.B. durch eine Gleichberechtigung der Partner). Das Kooperationsmanagement muss deshalb eine „übergeordnete“ Funktion übernehmen und im gegenseitigen Interesse der beteiligten Parteien, d.h. zugunsten der Kooperation entscheiden und steuern, um schnittstellenspezifische Probleme zu vermeiden. Die Janusköpfigkeit von Verknüpfungslogik und funktionaler Aufgabentrennung der Kooperationspartner definiert die Anforderungen an ein effizientes Kooperationsmanagement, da fehlende Abstimmungen zu Konflikten führen. Ohne eine zielgerichtete, aufgabenbezogene Abstimmung der Kooperationspartner können die Nachteile der Arbeitsteilung nicht überwunden und kann auf situative Anforderungen der Umwelt nicht adäquat reagiert werden.

Eine Steuerung erfolgt auf der Basis der im Vorfeld getroffenen Vereinbarungen und Zielsetzungen. Sie hat zur Aufgabe, die Zielerreichung zu gewährleisten und gegebenenfalls intervenierend einzugreifen. „Steuerung kann dann nur so greifen, dass die Umweltbedingungen bzw. der Verhaltenskontext des Systems gezielt verändert wird, dadurch für die Reproduktion des Systems andere Ausgangsbedingungen hergestellt werden und somit eine Verhaltensänderung in eine bestimmte Richtung – vielleicht – erreicht werden kann“ (REIS/SCHULZE-BÖING 1998: 20). Die Steuerung von Kooperationen setzt deshalb einen permanenten Vergleich der gesteckten Ziele mit der Ist-Entwicklung voraus und muss gegebenenfalls Korrekturvorschläge entwickeln. Neben diesem Korrektiv

hat sie zur Aufgabe, die Akteure mit den für ihre Arbeit notwendigen Sachmitteln und Informationen zu versorgen.

Mit einer Koordination der Personal- und Sachressourcen soll die friktionsfreie und flexible Komplementarität der kooperativen Leistungen gewährleistet werden. Im Optimalfall kann durch ein effizientes Kooperationsmanagement eine koordinierte Spezialisierung (Komplementarität) und eine synchronisierte Addition von Leistungen (Kohärenz) erreicht werden (vgl. WURCHE 1994: 106 ff.). Die Handlungsverantwortung sollte dabei soweit wie möglich nach unten – auf die Ebene der handelnden Akteure – verlagert werden (vgl. KGSt 1993), wobei jedoch ein entsprechender Handlungsrahmen erforderlich ist. „Die Dezentralisierung der Verantwortung funktioniert somit nur dann, wenn sie komplettiert wird von einer simultanen Zielausrichtung der Führungsvorgaben bei gleichzeitiger Stärkung der Controllingfunktion, die über die klassischen Kontrollinstrumente der Verwaltungspraxis hinausgeht“ (NASCHOLD 1993: 80). Koordination und Steuerung ambulanter Kooperationen sind damit eine multidimensionale Aufgabe und eine unverzichtbare Funktion. Sie bedürfen jedoch entsprechender Instrumente, wie z.B. Kooperationsverträge auf der Trägerebene, Kontrakte auf der Dienstleistungsebene und Mechanismen zum Informationsaustausch.

3.5.2 Exkurs: Neue Steuerungsmodelle

Ein Bedarf an effizienten Steuerungsmechanismen ist nicht nur im Ambulanzsystem offensichtlich, sondern wird inzwischen auch in öffentlichen Verwaltungen thematisiert. Unter dem Begriff „Neue Steuerung“ bzw. „New-Public-Management“ werden neue Möglichkeiten zur Steuerung öffentlicher Bereiche ausgelotet. Spätestens seitdem auch die Sozialbürokratie begonnen hat, sich umzustrukturieren, werden Modelle der Neuen Steuerung auch für ambulante Dienstleister interessant. Es werden Wege gesucht, die Dienstleistungsstrukturen zu modernisieren und sich mit betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien von einer parastaatlichen Organisation zu lösen.

Die international geführte Fachdiskussion wurde in Deutschland insbesondere von der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt) und der Bertelsmann-Stiftung aufgegriffen (vgl. z.B. KGST 1993, 1998b, BERTELSMANN-STIFTUNG 1998, MOHN 1998: 9ff.). Um die traditionell bürokratische Verwaltungsfixierung aufzugeben, wie sie im Ambulanzsystem nach

wie vor besteht, wird deshalb neuerdings eine Wettbewerbsorientierung postuliert (vgl. REIS/SCHULZE-BÖING 1998: 9). Dazu sollen Staat und Verwaltung in Verbindung mit einer Outputsteuerung²⁹ flexibler strukturiert und enthierarchisiert werden. Für die soziale Dienstleistungsproduktion bedeutet die Neue Steuerung, dass hilfebedürftige Menschen als Kunden und nicht als Hilfeempfänger angesehen werden sollen (vgl. BRÜLLE 1998: 83). Dies hat sich im Rahmen der Sozialgesetzgebung seit Mitte der 90er Jahre niedergeschlagen. Die Sozialbürokratie sieht in der an Marktmechanismen orientierten Neuen Steuerung allerdings in erster Linie eine Möglichkeit zur Rationalisierung.

Die Neubestimmung staatlicher Aufgaben hat dabei eine zentrale Bedeutung. Dabei ist die Bestimmung und Konzentration von Kernaufgaben ein wesentlicher Bestandteil der Neuen Steuerung. Die Konzentration von Aktivitäten soll Kostenvorteile mit sich bringen. Als Resultat werden ehemals staatliche Leistungen an private Dienstleister übertragen („Contracting Out“). Hier ist festzustellen, dass bei sorgfältiger Planung durchaus positive Effekte durch die Konzentration und Auslagerung von Leistungen erzielt werden, so dass sich diese Erkenntnisse auch auf die parastaatlichen Bereiche der Wohlfahrtspflege anwenden lassen. Für die ambulanten Dienstleister muss genau geprüft werden, inwieweit eine Konzentration auf Kernaufgaben sinnvoll ist. Es muss deshalb evaluiert werden, wo durch Kooperationen das eigene Leistungsspektrum sinnvoll ergänzt werden kann bzw. welche Leistungen auch weiterhin in Eigenregie durchgeführt werden.

Mit einer Veränderung der funktionalen Trennung im Ambulanzsystem dürfen jedoch weder die Segmentierung der Leistungen noch die bestehenden Probleme verstärkt werden. Diese Gefahr würde z.B. entstehen, wenn zu „schlanke“ Organisationen entstehen, die nicht genug Eigendynamik besitzen, um auf situative Anforderungen zu reagieren (vgl. NASCHOLD 1993: 41 ff.). Ein denkbares Konzept zur Anwendung der Neuen Steuerung im Ambulanzsystem ist das Fallmanagement. Fallmanagement ist ein Verfahren, das der bisherigen Logik ambulanter Dienstleistungen weitgehend folgt. Es will nicht die Spezialisierung (und Segmentierung) der einzelnen Dienstleistungen ersetzen, sondern durch

²⁹ Bereitstellung von Mitteln (Input) und anschließende Kontrolle der tatsächlich erbrachten Leistung und der entstandenen Kosten (Output).

eine fallbezogene Koordination die Gesamteffizienz des Ambulanzsystems erhöhen. Die Leistungen und Möglichkeiten sollen auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet und koordiniert werden. Das Fallmanagement ist eine Kombination aus zentraler Steuerung und dezentraler Leistungserbringung (vgl. BARTHEL 1998: 155 f., KLATT 2006: 60 ff.).

Bei einer Reorganisation ambulanter Dienste und Hilfen ist zu berücksichtigen, dass die soziale Dienstleistungsproduktion eine eigenständige gesellschaftliche Funktion mit einer gewissen Funktion hat. Outputorientierung und Wirtschaftlichkeitsanforderungen können deshalb bei den Dienstleistern (und ihrer Kundenschaft) zu Brüchen und Widersprüchen führen (vgl. REIS/SCHULZE-BÖING 1998: 22 f.). Brüche in diesem Sinne sind z.B. der im Zuge der Pflegeversicherung entstandene Konkurrenzdruck sowie die Widersprüchlichkeit einer proklamierten marktwirtschaftlichen Organisation ehemals parastaatlicher Bereiche, denen die Sozialbürokratie bislang nicht entspricht. Eine ganzheitliche bedarfsgerechte Versorgung muss Priorität behalten. Wie bereits dargelegt, trägt die bürokratische Ausrichtung ambulanter Dienste und Hilfen nicht immer zur Bedarfsgerechtigkeit des Angebots bei. Bedarfsgerechtigkeit kann jedoch auch nicht von Organisationen erwartet werden, die ausschließlich an Marktprinzipien ausgerichtet sind. Deshalb muss im Rahmen der Neuen Steuerung ein Kompromiss zwischen beiden Ausrichtungen gefunden werden. Dies gilt insbesondere für teilweise problematische Versuche der „Lean-Production“ oder des „Lean-Managements“. Hier ist abzuwägen, ob diese Modelle erfolgversprechend sind, oder ob auch andere Konzepte wie die stärkere Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements in Betracht kommen.

Im Ambulanzsystem bedarf die Anwendung der Neuen Steuerung ebenso einer kritischen Reflexion wie auch Erkenntnisse der Wirtschaft nicht nahtlos übertragen werden können. Dienstleister des Ambulanzsystems gehören dem Dritten Sektor, dem gesellschaftlichen Segment zwischen Markt und Staat an. Ihrer intermediären Stellung entsprechend, müssen Lösungen gefunden werden, die beide Pole angemessen berücksichtigen. Die Neue Steuerung versucht dabei, betriebswirtschaftliche Erkenntnisse des Markts an die hierarchischen Strukturen öffentlicher Verwaltungen zu adaptieren. Folglich können aufgrund der organisatorischen Nähe der sozialen Dienstleister zur Sozialbürokratie wesentliche Bestandteile der Neuen Steuerung auf die ambulante Dienstleistungspro-

duktion übertragen werden. Für eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen durch Kooperationen lassen sich insbesondere Erkenntnisse zu den Vorzügen funktionaler Trennung (z.B. durch Contracting Out) anwenden, bei dem verschiedene Bereiche durch vertragliche Regelungen bzw. Kontrakte integriert werden.

3.5.3 Kooperationsverträge

Die Frage, wie verlässlich Kooperationen sein müssen, wurde bereits hinlänglich geklärt. Wenn Kooperationen auf eine kodifizierte Basis gestellt werden sollen, sind vertragliche Regelungen zwischen den Kooperationsparteien unerlässlich (vgl. RUPPRECHT-DÄULLARY 1994: 23). Ein Kooperationsvertrag³⁰ ist dabei die ausgehandelte, schriftlich fixierte Vereinbarung über den (zukünftigen) Austausch von Leistungen, mit der alle wesentlichen Details der Zusammenarbeit verbindlich geregelt werden. Insbesondere dann, wenn weiterreichende Verpflichtungen oder rechtliche Ansprüche mit dem gemeinschaftlich zu erbringenden Produkt verbunden sind, sollten die Modalitäten der Zusammenarbeit bereits im Vorfeld eindeutig geklärt und fixiert werden. Dies gilt in besonderer Weise für Kooperationen ambulanter Dienstleister, deren Produkte aus personenbezogenen Dienstleistungen bestehen.

Verträge bieten den Kooperationspartnern Handlungs- und Planungssicherheit und legen die Basis für eine dauerhafte Zusammenarbeit. Sie sind der Versuch der beteiligten Partner, „durch eine begrenzte und spezielle Koordination ihres zukünftigen Verhaltens gegenüber anderen Einheiten bestehende Unsicherheiten zu verringern. (...) Die Aushandlung von Verträgen (...) ist eine der Hauptmöglichkeiten, wie Organisationen sich ein gewisses Maß an Sicherheit im Hinblick auf eine sich wandelnde Zukunft verschaffen können“ (SCOTT 1986: 265 f.). Auf Verträge wird in der Regel nur dann verzichtet, wenn es sich um wenig systematisierte Beziehungen zu anderen Dienstleistern handelt (vgl. RUPP-

³⁰ Generell gelten Verträge als eine von zwei oder mehr Personen erklärte Willensübereinstimmung, die auf einen rechtlich gewollten Erfolg abzielen. Leistungsstörungen bei der Abwicklung bzw. Nichteinhaltung haben z.B. das Recht auf Vertragsrücktritt oder auf Schadensersatz zur Folge (vgl. BAUER 1997: 1000 f., §§ 145 ff. und §§ 320 ff. BGB). Verträge sind die wechselseitige Bekundung eines (ausgehandelten) Konsenses (vgl. AVENARIUS 1992: 564 f.).

RECHT-DÄULLARY 1994:23). Wie bereits erläutert, ist eine informelle Zusammenarbeit jedoch keinem verbindlichen Austausch von Leistungen gleichzusetzen. Zumeist finden hier eher unverbindliche Empfehlungen und Absprachen oder ein loser Meinungs- und Erfahrungsaustausch statt (z.B. im Rahmen von Arbeitskreisen). Eine nicht-kodifizierte Form der Zusammenarbeit entspricht jedoch keiner zielgerichteten Kooperation.

Die Notwendigkeit, Kooperationen vertraglich abzusichern, lässt sich aus der Spieltheorie ableiten. Im Sinne dieser Theorie implizieren Kooperationsverträge einen Widerspruch: Obwohl Kooperationen die Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten verheißen, werden durch Verträge die zukünftigen Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Diese Problematik entspricht dem Gefangenendilemma. „Die Akteure befinden sich in einer fatalen Klemme. Obwohl ein Austausch für beide sinnvoll wäre, scheint unter den gegebenen Bedingungen eine Realisierung des Austausches unter rational entscheidenden Individuen nicht möglich zu sein. Die Partner könnten ihr Problem lösen, wenn ihnen ein Mechanismus zur Verfügung stände, mit dem sie ihre gemeinsamen Handlungen im voraus gemeinsam festlegen könnten. Die Vertragssituation ist ein solcher Mechanismus. Mit Hilfe eines Vertrags können die Akteure die Austauschsituation festlegen“ (LAHNO 1995: 64). Bei einer komplementären Zusammenarbeit sind die Akteure daran interessiert, zukünftige Handlungen ihrer Partner abschätzen zu können. Verträge schaffen diesen formalen Handlungsrahmen, der gleichzeitig ein extrinsisches Anreizsystem bietet, um vertragswidriges Verhalten zu ahnden (vgl. LAHNO 1995: 71 f.).

Weil Leistungen im Ambulanzsystem aufeinander aufbauen oder sogar ausgetauscht werden, sind vertragliche Regelungen unverzichtbar. Bislang ist jedoch festzustellen, dass zwar eine Vielzahl informeller Kontakte und auch organisch entwickelte Formen der Zusammenarbeit besteht, der aber keine verbindlichen Vereinbarungen zugrunde liegen. Die Effekte einer solchen Zusammenarbeit sind vergleichsweise eher gering, da Verträge die Grundlage für eine Vergütung der Leistungen oder die Abwicklung von Kompensationsgeschäften sind. Damit die beteiligten Partner Synergieeffekte erzielen können, muss eine verbindliche Basis geschaffen werden. Dabei stecken Verträge den „groben“ Handlungsrahmen ab, sind aber nicht dazu geeignet, alle für den Kooperationsalltag not-

wendigen Detailfragen zu definieren. Die Details werden hingegen auf der Handlungsebene, z.B. in Form von Kontrakten fixiert.

3.5.4 Kontrakte als Basis einer zielorientierten Zusammenarbeit

Kontrakte sind Zielvereinbarungen, die der konkreten Steuerung arbeitsteiliger Prozesse dienen (vgl. KGSt 1995a). Sie unterstützen den Aufbau einer dezentralen Ressourcenverantwortung, indem Kompetenzen delegiert und verbindliche Absprachen zwischen den einzelnen Arbeitsbereichen getroffen werden. In schriftlichen Vereinbarungen werden die angestrebten Ziele und der für die Zusammenarbeit notwendige Input fixiert, gegebenenfalls auch hierarchieübergreifend (vgl. DEUTSCHER STÄDTETAG 1997: 32). Kontrakte legen im Rahmen freiwilliger Verpflichtungen Rechte und Pflichten fest, die durch ein angestrebtes „Positivsummenspiel“ motiviert sind (vgl. STRÜNCK 1998: 59). Kontrakte sind dabei einem rechtsverbindlichen Vertrag nicht gleichzusetzen, sondern sie dienen als nachgeordnetes Steuerungsinstrument, um z.B. die Kooperationsziele umzusetzen.

Im Ursprung zielt das Kontraktmanagement auf die verwaltungsinterne Organisation³¹ ab (z.B. Kontrakte zwischen Kämmerei und Fachämtern über diverse Leistungspakete). Dieses Prinzip lässt sich jedoch auch auf andere Bereiche übertragen (vgl. STRÜNCK 1995: 349). Das Kontraktmanagement bietet eine Möglichkeit, um hierarchische Strukturen, wie sie in bürokratisch geprägten Bereichen der Sozialverwaltung und des Ambulanzsystems bestehen, zu modernisieren und zu verbessern. „Ein Kontrakt ist eine verbindliche Zielabsprache über einen festgelegten Zeitraum und enthält insbesondere die zu erstellenden Leistungen/Produkte nach Qualität (Leistungsziele), das hierfür vereinbarte Budget (Finanzziele), Inhalt und Art der Berichterstattung über das tatsächlich erzielte Ergebnis“ (KGSt 1998a: 10). Nach einer genauen Zielplanung werden die jeweiligen Leistungs- und Finanzziele in Kontrakten dokumentiert. Mit Hilfe dieser Dokumentation wird einerseits der Grad der Zielerreichung überprüft, andererseits werden die Interpretationsspielräume der ausgehandelten Ziele begrenzt. Obwohl das Kontraktmanagement ursprünglich konzipiert wurde, um

³¹ In der Verwaltungspraxis sind Kontrakte mit einer Budgetierung und der Einführung eines Berichtswesens verbunden.

die hierarchische Gliederung und die Zusammenarbeit von Ämtern und Abteilungen öffentlicher Verwaltungen zu verbessern (vertikale Kooperation), hat es auch im Ambulanzsystem für die Kooperationen von gleichberechtigten Partnern (horizontale Kooperationen) positive Effekte.

Kontrakte unterstützen das Kooperationsmanagement als eine Synthese aus dezentraler Verantwortung bei der Aufgabenausführung und zentraler Steuerung bei den kooperativ geleisteten Aufgaben. Das Kontraktmanagement setzt bei dezentral arbeitenden Systemen an und ist dazu geeignet, Abstimmungs- und Steuerungsprozesse des Ambulanzsystems effizienter zu gestalten bzw. aufzubauen. Strategisches Ziel ist es, die Zusammenarbeit stärker zu strukturieren. Die Kontraktziele leiten sich z.T. aus übergeordneten Zielen ab, wie z.B. aus normativen Vorgaben des Sozialstaats und dem Kooperationsvertrag. Kooperationsverträge stecken lediglich Rahmenbedingungen ab, Kontrakte operationalisieren und präzisieren dagegen die in Kooperationsverträgen formulierten Ziele.

Im Ambulanzsystem ermöglichen Kontrakte eine verbesserte Abstimmung bei vertikalen Kooperationen zwischen „verwaltender“ Sozialbürokratie und „ausführenden“ Dienstleistern. Gleichzeitig sind sie ein probates Hilfsmittel, die horizontale Zusammenarbeit der handelnden Akteure zu gestalten und die Eigenverantwortung der Akteure zu betonen (Dezentralisierung). Auch bei komplexen Versorgungszusammenhängen ermöglichen es Kontrakte, Detailfragen zu lösen. Dies gilt insbesondere für die Versorgung von Menschen mit umfassenden Unterstützungsbedarfen, bei der die ambulante Versorgung häufig – über die Klärung struktureller Fragen hinaus – dem individuellen Einzelfall angepasst werden muss. Die Ausdifferenzierung von Kooperationsverträgen durch Kontrakte ermöglicht es ambulanten Dienstleistern, sich in ein verbindliches System der Zusammenarbeit einzubinden und gleichzeitig flexibel auf Umwelthanforderungen zu reagieren.

Betriebswirtschaftlich formuliert sollen diese Instrumente den produktbezogenen Output verbessern und sind Element bzw. Voraussetzung einer Control-

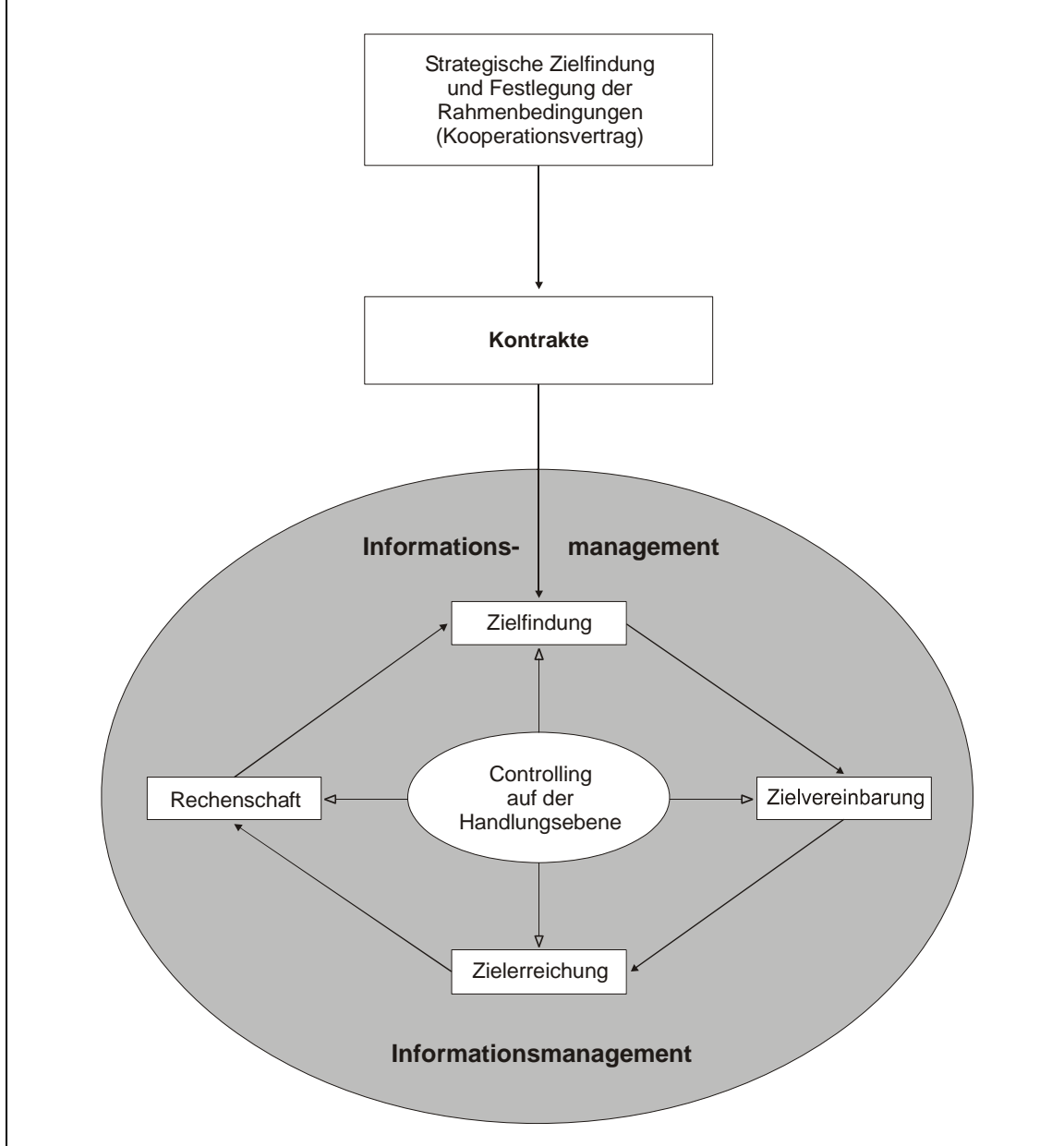
lingstrategie³². Die zentrale Größe einer outputorientierten Steuerung³³ sind Produkte. Das Produkt der ambulanten Versorgung ist eine möglichst bedarfsgerechte Versorgung unterstützungsbedürftiger Menschen. Diese Leistungen erfolgen im mikrosoziologischen Raum individueller Bedarfslagen, deshalb ist die Bedarfsgerechtigkeit ein wesentlicher Indikator für die Qualität der Leistungen.

Vorrangiges Ziel ambulanter Maßnahmen ist es, alte, chronisch kranke und behinderte Menschen in ihrem häuslichen Umfeld angemessen zu versorgen. Bei einer Kooperation von ambulanten Dienstleistern resultieren die leistungsbezogenen Kooperationsziele (Kontrakte) aus den Bedarfen der Betroffenen und den übergeordneten normativen Vorgaben der Sozialbürokratie. Mit Hilfe eindeutiger Zielformulierungen ist es möglich, den Grad der Zielerreichung permanent zu überprüfen und darüber Rechenschaft abzulegen. Dieses Vorgehen ermöglicht es, den Kooperationsprozess zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern.

³² Das Controlling dient zur Informationsbereitstellung und als ein Hilfsmittel zur Koordination und Steuerung und als Hilfsmittel für Entscheidungen. Wesentlicher Inhalt ist die Informationsversorgung der verschiedenen Verantwortungsebenen (vgl. KGST 1994a: 17). „Controlling bezeichnet die Strukturierung von Informationen im Hinblick auf zu treffende Entscheidungen. Durch vorhergehende Analyse, welche Größen für die Planung und Steuerung eines Betriebs- oder eines Politikbereichs wesentlich sind, konzentriert sich die Datenbeobachtung auf die Steuerungs- und koordinationsrelevanten Fakten. Das Ergebnis der Beobachtung ist unmittelbar relevant für den Verantwortungsträger“ (TIPPELT 1998: 108).

³³ Outputorientierte Steuerung bedeutet, Planung, Durchführung und Kontrolle des Handelns/ der Kooperationen strikt an den beabsichtigten und den tatsächlichen Zielen auszurichten (vgl. KGSt 1994b: 7). Der aufgewendete Input bildet die Vergleichsgröße für den Output.

Abb. 12: Kontrakte als Bestandteil einer Controllingstrategie von Kooperationen



Der auf der Handlungsebene stattfindende Zyklus *Zielfindung – Zielvereinbarung – Zielerreichung – Rechenschaft* basiert auf Kontrakten. Er setzt in der Praxis einen umfassenden Informationsaustausch voraus, um einen kontinuierlichen Austausch zu gewährleisten. Dieses Informationsmanagement ist bei arbeitsteiligen Prozessen unverzichtbar, um die beteiligten Arbeitsbereiche rechtzeitig über Veränderungen bei den Nutzern oder bei den Kooperationspartnern zu benachrichtigen. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt werden, können die beteiligten Dienste angemessen auf situative Anforderungen reagieren.

3.5.5 Informationsmanagement

Informationen bilden die Basis für eine zielgerichtete Steuerung von Kooperationen und spielen eine umso größere Rolle, je weniger statisch die Umwelt ist. Sie sind ein Bindeglied sozialer Systeme und somit für die arbeitsteilige Aufgabenwahrnehmung unverzichtbar. „Das zieladäquate Funktionieren von Organisationen wird entscheidend vom Aufbau der Informationskanäle bestimmt. (...) Dementsprechend ist es ein Hauptproblem jeder Organisation, bei der Strukturierung ihres Systems der Kommunikation die Informationswege so zu gestalten, dass einerseits – horizontal und vertikal – Fluss und Verteilung der Informationen über alle Positionen funktionsoptimal gewährleistet ist“ (HILLMANN 1994: 366).

Arbeitsteilige Handlungen verschiedener Dienstleister können nur dann koordiniert werden, wenn die Partner adäquat miteinander kommunizieren. Je komplexer Handlungsabläufe sind, desto mehr Informationen werden über die Gesamtsituation benötigt, weil die Qualität von Entscheidungen und Handlungen von der Qualität ihrer zugrunde liegenden Informationen abhängen (vgl. RAU 1994: 93). Theoretisch haben hierarchisch gegliederte Solitärorganisationen Vorteile bei der Informationsverarbeitung, da die Transaktionskosten infolge vorgezeichneter Kommunikationswege geringer sind als bei dezentralen Systemen. In der Praxis können hierarchische Organisationen aber eine hohe Informationsdichte, wie sie z.B. im Ambulanzsystem besteht, nicht mehr effizient verarbeiten.

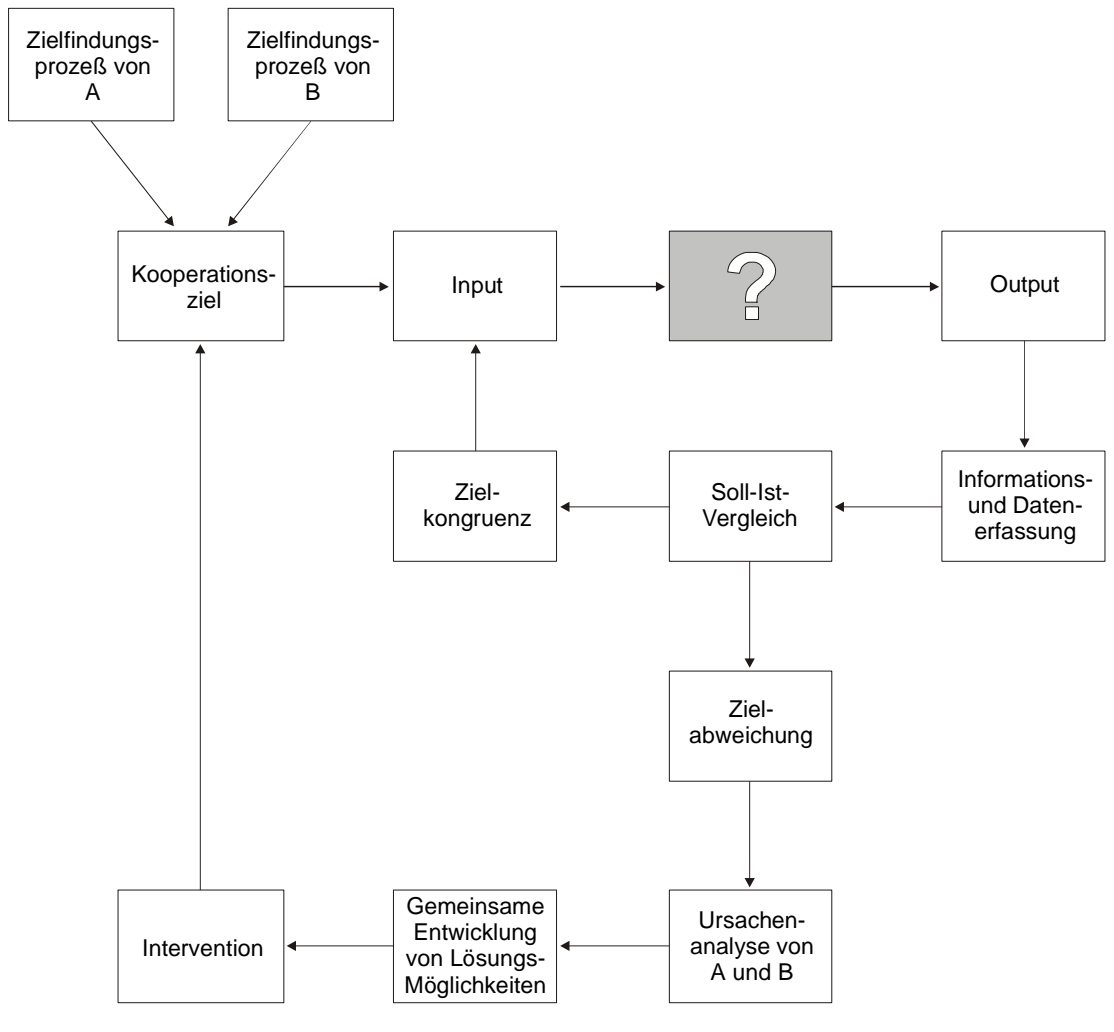
Informationen haben zwei wesentliche Aufgaben für die Steuerung der arbeitsteiligen ambulanten Versorgung: Einerseits legitimieren sie das Handeln der vor Ort tätigen Akteure. Andererseits bilden sie im selektierten und verdichteten Rückfluss zu den Verantwortlichen die Voraussetzung für eine Koordination von Kooperationen. Bereits im Vorfeld von Kooperationen muss deshalb entschieden werden, welche Informationen/Daten erhoben werden, wer sie benötigt und wie die Pflege der Datenbestände und der regelmäßige Austausch vollzogen werden soll (vgl. KGSt 1995b: 9 f.). Moderne Steuerungsinstrumente, wie das Controlling basieren auf einem sachgerechten Informationsmanagement. Controlling dient bei dezentralen Organisationen dazu, die verantwortlichen Leitungsebenen mit den notwendigen, entscheidungsrelevanten Informationen zu

versorgen. „Rückkopplungsvariablen begünstigen die Ausführung einer bestimmten Sequenz von Aktivitäten“ (SCOTT 1986: 241). In diesem Sinne sind Regelkreise ein probates Mittel.

In marktwirtschaftlich ausgerichteten Bereichen wird im Rahmen des Controllings³⁴, auf entsprechend aufbereitete Daten der Finanzbuchhaltung, der Kostenrechnung, der Betriebsstatistik usw. zurückgegriffen. Im Ambulanzsystem müssen diese Daten um soziale und sozialpolitische Komponenten ergänzt werden, da nicht nur Wirtschaftlichkeit und Gewinnoptimierung, sondern in gleicher Weise die Bedarfslagen von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen von den ambulanten Dienstleistern berücksichtigt werden müssen. Bei personenbezogenen sozialen Dienstleistungen sind nicht allein Informationen zur Wirtschaftlichkeit der Dienste ausschlaggebend für eine Zielkongruenz. In gleicher Weise müssen auch nutzerbezogene Informationen in das Handeln integriert werden. Dazu gehören neben den spezifischen Bedarfslagen der Kundinnen und Kunden auch eine Bewertung der Arbeit nach internen und externen Zielvorgaben. Die Informationsverarbeitung erfolgt dabei idealerweise als Regelkreis (vgl. Abb. 13), bei dem ein direkter Wirkungszusammenhang von Informationen, permanenter Überprüfung der Arbeit und gegebenenfalls Anpassungsreaktionen an veränderte situative Anforderungen gegeben ist. Eine ganzheitliche Steuerung von Kooperationen setzt adäquate Informations- und Datenstrukturen voraus., denn nur wenn eine permanente Soll-Ist-Abgleichung erfolgt, kann ein zielgerichtetes Handeln gewährleistet werden.

³⁴ In diesem Fall ist das sogenannte operative Controlling gemeint, das zur Steuerung von Arbeitsprozessen und Leistungsangebot dient und einen Soll-Ist-Vergleich (Abweichungsanalyse) ermöglichen soll (vgl. TIPPELT 1998: 109).

Abb. 13: Regelkreis zielorientierter und informationsverarbeitender Kooperationsoperationen



4 Das Netzwerkkonzept als Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Die hohe Bedeutung einer zielgerichteten Zusammenarbeit mit anderen Anbietern wird von vielen ambulanten Dienstleistern inzwischen erkannt. In der Gestaltung einer Zusammenarbeit existieren aber vielfältige Inkonsequenzen und Mängel. Häufig werden strukturelle Mindestanforderungen, wie sie für Kooperationen formuliert wurden, nicht erfüllt, dadurch werden mögliche Effekte eingeschränkt. Demgegenüber sind eher fallbezogene Formen der Zusammenarbeit anzutreffen, die jedoch häufig auf dem Engagement einzelner Akteure basieren und nicht strukturell abgesichert wurden. In diesen Fällen ist eine Zusammenarbeit an einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gekoppelt, mit entsprechenden Folgen bei Krankheit, Urlaub oder Weggang der Initiatoren. Kooperationen sind – wie bereits dargelegt – mehr als eine zufällige Zusammenarbeit verschiedener Dienstleister und müssen sowohl inhaltlich als auch strukturell abgesichert werden³⁵. Vernetzung erfordert darüber hinaus das gegenseitige verbindliche Ineinandergreifen möglichst vieler verschiedener Aufgaben- und Arbeitsbereiche bzw. möglichst vieler beteiligter Dienstleister.

Wenn im Rahmen der ambulanten Versorgung auch durch eindimensionale Kooperationen zweier Partner nicht angemessen auf komplexe Sachverhalte oder Problemlagen reagiert werden kann, müssen weitere Dimensionen (Kooperationspartner) hinzugezogen werden. Netzwerkkonzepte³⁶ bieten hier eine Reihe wichtiger Einsichten und Erklärungsmöglichkeiten, wie eine multidimensionale Zusammenarbeit von verschiedenen Partnern möglichst effizient orga-

³⁵ Vgl. Teil 2 Kapitel 3

³⁶ Es werden dabei folgenden Netzwerktypen unterschieden: Primäre Netzwerke beziehen sich auf den mikrosoziologischen Raum einer Person und umfassen insbesondere die Bereiche Familie, Verwandte, Nachbarn und Freunde. Bei sekundären Netzwerken handelt es sich in erster Linie um soziale Institutionen und Dienstleister, die stellvertretend bzw. in Ergänzung zu primäre Netzwerke fungieren (z.B. professionelle Dienstleister, Pflegedienste, Sozialstationen usw.). Tertiäre Netzwerke sind zwischen primären und sekundären Netzwerken anzusiedeln und dienen als Alternative oder vermittelnde Instanz, dazu zählen z.B. Selbsthilfegruppen, Telefonketten usw. (vgl. BULLINGER/NOWAK 1998: 70 ff.).

nisiert werden kann. Dabei bemühen sich ambulante Dienstleistungsnetzwerke alle erforderlichen (Hilfe-)Potentiale einzubinden. Erst eine integrative vernetzte Sichtweise der verschiedenen Hilfpotentiale ermöglicht den Aufbau ganzheitlicher Unterstützungsarrangements.

4.1 Netzwerkkonzepte als Emergenz bilateraler Kooperationen

Der Netzwerkbegriff³⁷ bezeichnet in der Sozialforschung ein Geflecht sozialer Beziehungen. Vernetzung basiert zunächst auf den Kommunikations- und Informationsstrukturen der Netzwerkpartner. Die Netzwerkanalyse zeigt dementsprechend Verbindungen zwischen Personen, Gruppen oder Institutionen sowie Vorgänge innerhalb dieser Strukturen auf. Die Struktur von Netzwerken resultiert insbesondere aus den Bindungsqualitäten und -quantitäten. „Netzwerke bestehen aus Knoten und Verbindungen, wobei für die Knoten beliebige Entitäten stehen können (z.B. Personen, Organisationen, andere Netzwerke) und für die Verbindungen beliebige Inhalte (z.B. Information, Macht, Sympathie, arbeitsteilige Prozesse)“ (ANGERMEYER/KLUSMANN 1989: 2). In der Praxis ambulanter Dienstleistungsnetzwerke bestehen diese Knoten und Verbindungen in erster Linie aus den formellen und informellen Verbindungen zwischen Organisationen, die eine funktionale Einheit bilden, sowie den Handlungssequenzen der Akteure, die auf bestimmte Ereignisse reagieren.

Die Evolution von Netzwerken ist ein emergenter Prozess, der auf Kooperationen basiert. Bilaterale Kooperationen stellen eine erste Dimension zur Vernetzung dar und müssen um weitere Dimensionen ergänzt werden. Die Netzwerkpartner begeben sich bei ihrer Zusammenarbeit – noch deutlicher als bei Kooperationen³⁸ – in eine freiwillige gegenseitige Abhängigkeit, handeln und entscheiden dabei jedoch autonom auf der Basis ihrer Übereinkünfte. Netzwerke sind somit als eine Synthese aus verschiedenen Organisationsformen anzuse-

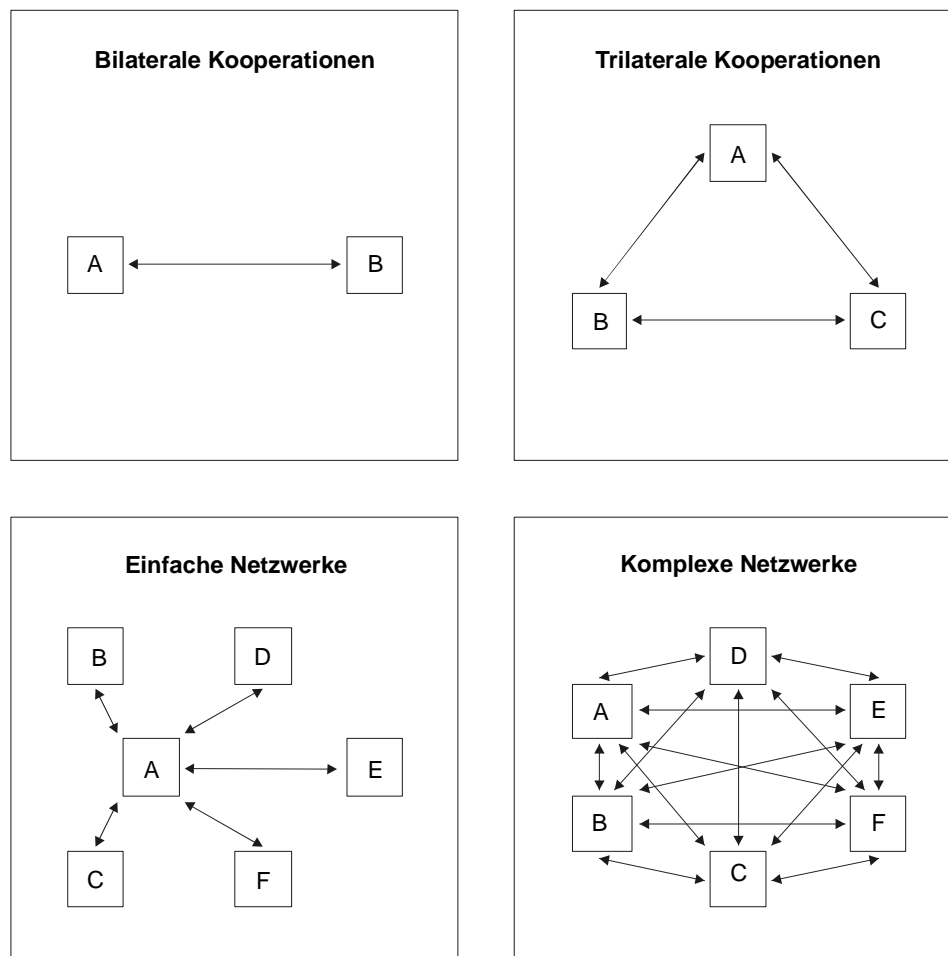
³⁷ Die Ursprünge liegen in der englischen Sozialanthropologie (vgl. WEGMANN/ZIMMERMANN 1998: 251). Soziale Netzwerke bezeichnen Bindungssysteme, die Menschen z.B. zu Verwandten, Freunden, Nachbarn und Kollegen unterhalten (vgl. KLUSMANN 1989: 17, MACKENSEN 1985: 8). Die Netzwerkperspektive schließt aber auch institutionelle Bindungssysteme ein, wie sie z.B. zwischen verschiedenen Organisationen bestehen.

³⁸ Vgl. Teil 2 Kapitel 3.2

hen, auf denen sie im Sinne einer Steigerung aufbauen (vgl. TEUBNER 1996: 542). Damit sie überhaupt entstehen können und koordinierbar sind, bedürfen sie eines „Kristallisationskerns“. (Organisations-)Netzwerke sind polyzentrische Gebilde, deren Leistungen das Ergebnis von Kollektivhandlungen sind.

„Entscheidend ist die Fragmentierung der kollektiven Handlungsfähigkeit in dezentralen Subeinheiten, zu denen auch die Zentrale als ‚primus inter pares‘ zählt. Netzwerke handeln nicht durch ein einheitliches Willens- und Aktionszentrum, wie es für die klassische Korporation typisch ist, sondern über eine Vielzahl von ‚Knoten‘, die alle autonom für sich, aber zugleich für das ‚Netz‘ operieren. Das ‚Netz‘ selbst ist Kollektivakteur, dessen Handlungen nicht in einem ‚Knoten‘, sondern in sämtlichen ‚Knoten‘ vollzogen werden, ohne dass deswegen die ‚Knoten‘ selbst ihre Eigenschaft als Kollektivakteure verlören“ (TEUBNER 1996: 553).

Abb. 14: Netzwerke als Emergenzen bilateraler Kooperationen



(Quelle: Nach FRIESE: 1998: 147)

Bi- und trilaterale Kooperationen (vgl. Abb. 14) sind ein erster Schritt, die negativen Folgen der segmentierten und fragmentierten ambulanten Versorgungsstrukturen durch eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Dienstleister auszugleichen. Einfache Netzwerke³⁹ – als Weiterentwicklung bilateraler Kooperationen – basieren dabei auf der Initiative eines einzelnen Dienstes, der den „Knotenpunkt“ im Netz bildet. Über dieses Bindeglied wird die gesamte Zusammenarbeit abgewickelt (Vermittlung von Leistungen, Informationstransfer usw.). Bei einer steigenden Anzahl von Netzwerkpartnern besteht deshalb die Gefahr, dass dieser Knotenpunkt zu einem Engpass wird und eine effiziente Zusammenarbeit beeinträchtigt.

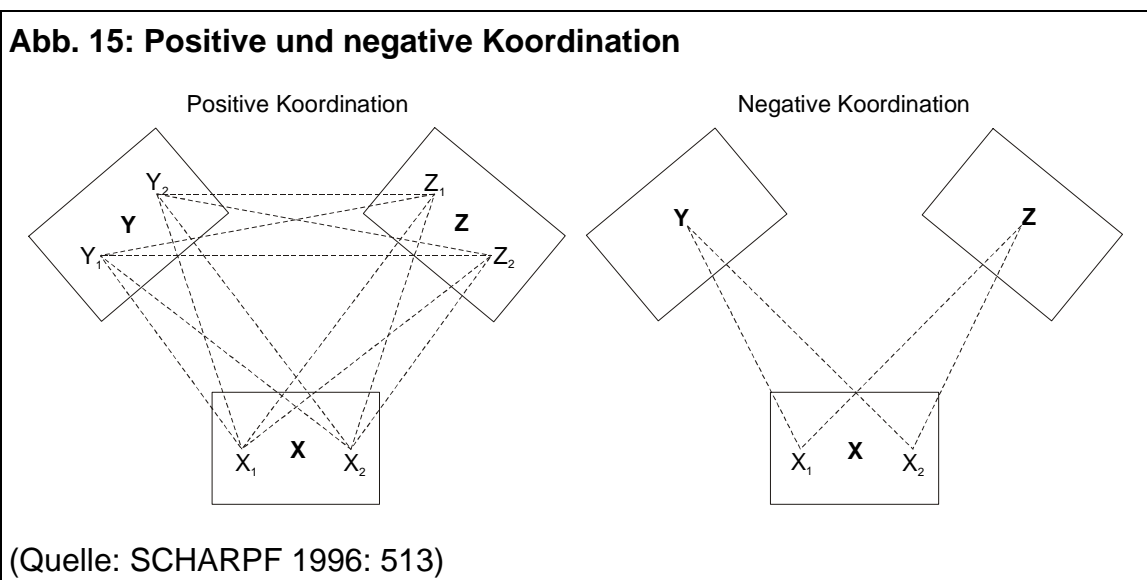
Je mehr Netzwerkpartner involviert sind, desto höher ist die Auslastung des „Knotenpunktes“ und desto größer sind die zu erwartenden Engpässe und daraus resultierenden Ineffizienzen. Einfache Netzwerke berücksichtigen nur Netzwerkbeziehungen (bzw. Kooperationen) eines Dienstleisters (einer Person), d.h. sie erfassen nur einen Teilaspekt des möglichen Gesamtspektrums und sind eher als Vorstufe zu Gesamtnetzwerken (komplexen Netzwerken) zu sehen (vgl. PAPPI 1998: 595). Gesamtnetzwerke bauen dagegen auf einer möglichst hohen Anzahl von Verbindungen auf und ermöglichen es, die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf ein Gesamtziel effizienter zu nutzen.

Komplexe Netzwerke basieren demgegenüber auf polymeren Verbindungen aller Beteiligten und alle Netzwerkpartner sind direkt miteinander verknüpft. Sie erfordern deshalb direkte Verbindungen der Partner, so dass sachbezogen zusammengearbeitet werden kann, ohne zusätzliche Zwischeninstanzen einzuschalten. Mit Hilfe umfassender Verbindungsnetze können die Engpässe und Ineffizienzen einfacher Netzwerke vermieden werden. Zugleich erfordert die Koordination komplexer Gesamtnetzwerke jedoch einen höheren Aufwand. Netzwerke ändern die Möglichkeiten unmittelbar auf das Verhalten der Partner zu reagieren. Je komplexer Netzwerke sind, desto eher können Koalitionen, indirekte Beziehungen sowie asymmetrische Informations- und Machtbeziehungen der Akteure entstehen, die das Funktionieren von Netzwerken beeinträchtigen (vgl. FRIESE 1998: 146 ff.). Die Koordination einer bi- oder trilateralen Zu-

³⁹ In der Analyse sozialer Netzwerke würde diese Form als „ego-zentriert“ beschrieben.

sammenarbeit ist infolge geringerer Abhängigkeiten vergleichsweise einfach, da die Kooperationspartner direkt aufeinander reagieren können.

Eine effiziente Koordination komplexer Netzwerke beruht auf dem Prinzip einer horizontalen Selbstkoordination⁴⁰. Die Handlungskoordination sollte insbesondere über diskursive Verständigungsprozesse erfolgen. Eine „korporatistische Koordination“ über Mittelzuweisungen ist hier nicht sachdienlich (vgl. BIESECKER 1996: 11 ff.). Nach Fritz Scharpf kann in diesem Zusammenhang zwischen positiver und negativer Koordination unterschieden werden (vgl. SCHARPF 1996: 510 ff., THIBAUT 1998: 362 ff.): Positive Koordination ist die horizontale Selbstkoordination komplexer Netzwerke, die auf multilateralen Verhandlungen basiert und alle Handlungsoptionen einschließt (vgl. Abb. 15). Negative Koordination ist im Gegensatz dazu die bilaterale Abstimmung zweier Partner, von deren Entscheidungen jedoch auch andere betroffen sind („bürokratisches Modell“). Eine negative Koordination vereinfacht die bestehenden ambulanten Versorgungsstrukturen unzulässigerweise, da nicht alle Beteiligten eingebunden werden (z.B. zwischen Sozialbürokratie und einzelnen Dienstleistern bzw. zwischen einzelnen Dienstleistern). Allerdings ist eine negative Koordination einem unkoordinierten Vorgehen vorzuziehen.



Bereits im Rahmen bilateraler Kooperationen erfolgt eine begrenzte Funktionsausgliederung („contracting out“). Die Auslagerung bestimmter Leistungsberei-

⁴⁰ Vgl. Teil 2, 3.5.1

che und Konzentration auf Kernaufgaben führt zu einer Verringerung der Leistungsbreite bei den einzelnen Anbietern und kann eine horizontale Spaltung des Leistungsspektrums bewirken (vgl. SYDOW 1992: 105 ff.). Weil diese Spaltung infolge der fragmentierten Versorgungsstrukturen allerdings bereits besteht, ist in erster Linie eine koordinierte Verknüpfung der verschiedenen Angebote bei gleichzeitiger trennscharfer Abgrenzung erforderlich.

Ambulante Netzwerke sind koordinierte Formen der Dezentralisierung, indem Leistungen externalisiert und gleichzeitig das Leistungspotential anderer Anbieter internalisiert, d.h. in das eigene Leistungsspektrum integriert wird (vgl. HUMMEL 1992: 72). „Ein Unternehmensnetzwerk stellt dabei eine Organisationsform ökonomischer Aktivitäten dar, die sich durch komplex-reziproke, eher kooperative denn kompetitive und relativ stabile (Geschäfts-)Beziehungen zwischen rechtlich selbständigen (...) Unternehmungen auszeichnet. Die zwischen den Netzwerkunternehmungen bestehenden Beziehungen sind zumeist langfristig vertraglich geregelt (...)“ (SYDOW et al. 1995: 16).

Die Vorteile einer Vernetzung sind die Möglichkeiten einzelner Dienstleister, sich auf Leistungen zu konzentrieren, bei denen sie durch ihr spezifisches Know-how Wettbewerbsvorteile ausspielen können. Leistungen werden bevorzugt von den Dienstleistern erbracht, die in diesem Bereich am effektivsten und effizientesten arbeiten. Dagegen werden über die eigenen Kompetenzen hinausgehende Leistungen von den jeweiligen „Spezialanbietern“ bezogen und in das eigene Leistungsspektrum integriert. Mit Hilfe dieser Leistungsintegration kann die bestehende Spezialisierung und Fragmentierung des Ambulanzsystems zum Vorteil genutzt werden, indem die Kernleistungen der verschiedenen Dienstleistungssparten miteinander vernetzt werden (vgl. LEHMANN 1995: 56, POWELL 1996: 252 ff.). Allgemeine Abhängigkeiten zwischen verschiedenen Anbietern, wie sie im Ambulanzsystem sowieso existieren, begründen noch kein Netzwerk.

Es ist das Ziel von ambulanten Versorgungsnetzwerken, eine schnellere, flexiblere und bedarfsgerechtere Reaktion auf Kundenwünsche zu erreichen indem eine umfassende und leistungsfähige Versorgungsinfrastruktur bereitgestellt wird. Mit diesen infrastrukturellen Voraussetzungen ist es möglich, auf fallbezogene Anforderungen individuell, bedarfsgerecht und zeitnah zu reagieren. Da-

bei ist zu berücksichtigen, dass fallbezogene Reaktionen auf individuelle Bedarfslagen strukturelle Kooperationen der Dienstleister voraussetzen (vgl. ROSENDAHL 1999: 160 ff.). Da Netzwerke als Steigerungsformen von Kooperationen zu sehen sind (vgl. TEUBNER 1996: 542), erscheint eine Etablierung von Netzwerken ohne vorhergehende Kooperationsbeziehungen wenig pragmatisch.

4.2 Möglichkeiten und Chancen zur Vernetzung ambulanter Dienste und Hilfen

Die Angebots- und Leistungsstrukturen des Ambulanzsystems sind infolge der Träger- und Angebotspluralität hochgradig diversifiziert. Die Folgen dieser Spaltung sind an der Vielzahl nebeneinander bestehender Versorgungsangebote, die nicht verbindlich zusammenarbeiten, zu erkennen. Einerseits ermöglicht das dezentrale autonome Handeln der verschiedenen Subeinheiten eine hohe Flexibilität für den einzelnen Dienstleister und damit die Möglichkeit, sich an verändernde Umweltbedingungen anzupassen. Andererseits behindert es aber kollektive, systemübergreifende Problemlösungen (vgl. CZADA 1995: 299 f.). Die dezentralen Anpassungsreaktionen einzelner Dienstleister können im Ambulanzsystem zu weiteren Inkompatibilitäten führen und sich in Koordinationsproblemen niederschlagen. Diese Grundtendenz wird durch einen hohen situativen Handlungsdruck verstärkt, wie er z.B. durch Veränderungen der Sozialverwaltungsstrukturen, die Verknappung öffentlicher Mittel, die Budgetierung im Rahmen der Pflegeversicherung oder das Persönliche Budget ausgeübt wird. Eine Vernetzung der ambulanten Dienstleistungsproduktion hat deshalb zum Ziel, die Arbeit der verschiedenen Dienstleister auf der strukturellen Ebene zu koordinieren und ihre dezentralen Anpassungsreaktionen aufeinander abzustimmen.

Für die Nutzerinnen und Nutzer ambulanter Dienste ist die Unübersichtlichkeit der differenzierten Angebote ein zentrales Problem, weil sie sich in einer Versorgungslandschaft, in der viele Dienste unverbunden nebeneinander arbeiten, nur schwer orientieren können (vgl. BMG 1997: 4). Ihre multikausalen Bedarfslagen erfordern jedoch ganzheitliche Reaktionen, d.h. die gegenseitige Ergänzung verschiedener ambulanter Dienstleister. Für die Betroffenen leitet sich die Bedarfsgerechtigkeit des Produkts „ambulante Versorgung“ entscheidend da-

von ab, wie die verschiedenen Dienstleister bei der Bewältigung ihrer Aufgaben zusammenarbeiten und sich gegenseitig ergänzen. Diese Anforderungen machen deutlich, dass die komplexen Problemstellungen umfassende (mehrdimensionale) Lösungen erfordern und „eindimensionale“ Kooperationen lediglich einen Anfang darstellen. Dementsprechend ist die ambulante Versorgung umso leistungsfähiger, je mehr Querverbindungen zwischen verschiedenen Dienstleistern bestehen. Wenige bzw. keine Verknüpfungen begrenzen dagegen die Leistungsfähigkeit und erschweren die Gestaltung komplexer Versorgungsarrangements.

Indem gleichberechtigte Partner gezielt zusammenarbeiten und sich miteinander vernetzen, überwinden sie die negativen Folgen der horizontalen Spaltung. Horizontal strukturierte Netzwerke fördern den gegenseitigen Leistungsaustausch. Der dauerhafte Bestand und die effiziente Arbeitsweise horizontaler Netzwerke basieren auf einer vertrauensvollen Zusammenarbeit und einer Gleichberechtigung der Partner. Vertikale Strukturen, wie sie z.B. in der hierarchisch geprägten Sozialbürokratie bestehen, rufen dagegen eher Separation und Misstrauen hervor (vgl. PAPPI 1998: 593, PUTNAM 1993). Mit einer vernetzten ambulanten Dienstleistungsproduktion sollen die zu bewältigenden Aufgaben zwischen den beteiligten Partnern so ausgehandelt und verteilt werden, dass möglichst optimale Ergebnisse erzielt werden können (vgl. OLK 2000: 3). Bei dieser Vernetzung ist zu berücksichtigen, dass optimale ambulante Versorgungsergebnisse nur durch eine zielgerichtete Ko-Produktion⁴¹ aller Beteiligten (verschiedene Akteure des Ambulanzsystems, staatliche Instanzen, Betroffene) erzielt werden können.

Mögliche Netzwerkpartner sind die verschiedenen ambulanten Dienste und Hilfen sowie angrenzende Dienstleistungsbereiche innerhalb eines Regionalraums. Eine Vernetzung der Dienstleistungen zielt darauf ab, das Angebot effizienter als bisher zu gestalten und zielgenauer auf die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer zu reagieren. Eine Vernetzung ambulanter Dienstleister sollte dementsprechend darauf abzielen, Unübersichtlichkeiten zu beseitigen, Versorgungslücken zu schließen und wenn nötig auch Überangebote abzubauen. Es

⁴¹ Vgl. Teil 2 Kapitel 3.1

ist zu erwarten, dass mit einer strukturierten Zusammenarbeit insgesamt besser auf Veränderungen und neue Anforderungen des ambulanten Versorgungssystems reagiert werden kann, wie z.B. gedeckelte Finanzierungsmodalitäten, Wettbewerb der Anbieter und veränderten Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer. Die verschiedenen „Fragmente“ (Dienstleister) des Versorgungssystems sollen durch entsprechende Verbindungen zu „Knoten“ eines ambulanten Netzes werden. Dies setzt die Bereitschaft ambulanter Dienstleister voraus, ego-zentrierte Vorgehensweisen, die eher auf die situativen Anforderungen der Sozialbürokratie als auf gemeinschaftliche (horizontale) Lösungen ausgerichtet sind, aufzugeben.

Netzwerke sind effizienter als Solitärorganisationen, weil möglichst viele, sich ergänzende Dienstleister zusammenarbeiten, ohne zusätzliche „Zwischeninstanzen“ einschalten zu müssen und ein abgestimmtes Gesamtergebnis erreicht wird. Für die Praxis ambulanter Versorgungsnetzwerke bedeutet dies, Nutzerinnen und Nutzer gezielt an andere Netzwerkpartner weiter zu vermitteln, wenn der eigene Kompetenzbereich verlassen wird. Verschiedene spezialisierte und zugleich konkurrierende Dienstleister ergänzen sich, anstatt bei bestimmten Leistungsschnittmengen miteinander zu konkurrieren. Damit werden die Reibungsverluste verringert und es wird einseitig zur Verbesserung der ambulanten Versorgung beigetragen. Aufgrund der spezifischen Situation im Ambulanzsystem ist es für eine effektive und effiziente Versorgung elementar, ob und wie es den Anbietern gelingt, ihrer Kundschaft Leistungen zu vermitteln, die sie selbst nicht vorhalten.

Bei einem vernetzten Angebot ist es nicht erforderlich, ein umfassendes Leistungsangebot in Eigenregie vorzuhalten. Vielmehr genügt es, einzelne Leistungsbestandteile bereitzustellen und darüber hinaus die erforderlichen Bausteine anderer Anbieter in die eigene Leistungspalette zu integrieren. Durch den Zugriff auf Leistungsmodule externer Anbieter können sich die beteiligten Organisationen stärker auf ihre eigentlichen Fähigkeiten konzentrieren und diese weiter ausbauen. Die Dienstleistungsvernetzung diversifiziert zwar weiterhin die Leistungen auf der Produzentenebene, sorgt aber gleichzeitig für eine Bündel-

lung der Leistungen auf der Kundenebene⁴² (vgl. LEHMANN 1995: 54 f.). Mit dieser Zusammenfassung diversifizierter Leistungen können die Dienstleister Versorgungszuschnitte realisieren, die einerseits den individuellen Bedarfen der Nutzerinnen und Nutzer entsprechen, von denen sie andererseits aber auch selbst profitieren.

In einem vernetzten ambulanten Dienstleistungssystem (auf regionaler Ebene) stellen die Netzwerkpartner ihre spezifischen Leistungen zur Verfügung und verpflichten sich zu einem gegenseitigen Leistungsaustausch. Benötigen die Nutzerinnen und Nutzer mehr Leistungselemente des Versorgungsspektrums als ein bestimmter Anbieter bereithält, so können diese von trägerinternen oder trägerexternen Diensten in das Leistungsspektrum integriert werden. Die Kundinnen und Kunden haben somit nicht nur Zugriff auf die (Kern-)Leistungen eines Anbieters, sondern sie können das Leistungsspektrum des gesamten Netzwerks nutzen. Der Zugriff wird damit für die Betroffenen vereinfacht, so dass Leistungen beansprucht werden können, ohne die bisher benötigte „Sachkenntnis“ der örtlichen Infrastruktur zu besitzen.

Eine gezielte Vermittlung von Dienstleistungen kann verhindern, dass unterstützungsbedürftige Menschen suboptimal versorgt werden, weil ihnen z.B. Angebote nicht hinreichend bekannt sind oder Anbieter für sie nicht erreichbar sind (vgl. BRANDT 1993: 80 ff.). Es ist damit möglich weiterreichende Leistungen anderer Netzwerkpartner in Anspruch nehmen, ohne dass sich die horizontale Spaltung des Versorgungssystems weiterhin negativ auswirkt. So können im Einzelfall die benötigten Unterstützungen bedarfsgerecht miteinander kombiniert und aufeinander abgestimmt werden.

Das Ambulanzsystem⁴³ verfügt in seinen originären Leistungsbereichen über die erforderlichen (Kern-)Kompetenzen, um Menschen mit besonderen Bedarfen adäquat zu unterstützen. Bisher sind die Angebote nicht ausreichend aufeinander abgestimmt und weiterreichende Dienstleistungen werden nur selten gezielt vermittelt. Diese Strukturen wirken sich auf die Nutzerinnen und Nutzer

⁴² In der Industrie ist dieses Vorgehen z.B. aus der Beziehung zwischen Herstellern und Zulieferern bekannt.

⁴³ Vgl. Teil 1 Kapitel 4

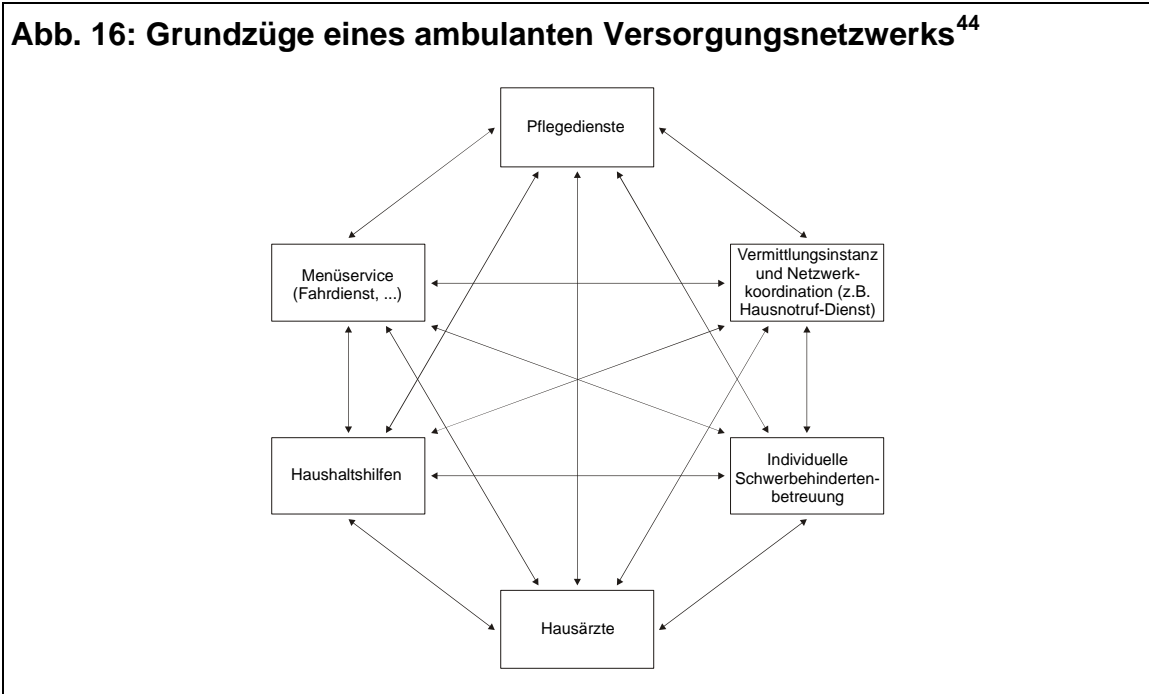
negativ aus, weil die verschiedenen Angebote nicht zugänglich gemacht werden.

Die gezielte Vermittlung von Dienstleistungen und ein umfassender Informationstransfer gehören jedoch derzeit bei den „klassischen“ Dienstleistern in der Regel nicht zu den Kernkompetenzen. Es ist deshalb unbedingt erforderlich, einen Dienstleister in das Netzwerk einzubinden, der ein spezifisches Know-how für das Netzwerkmanagement besitzt. Funktionierende Netzwerke basieren auf einem kontinuierlichen Informationsaustausch der Netzwerkpartner, damit die einzelnen Dienstleister stets über die aktuelle Situation ihrer Kundinnen und Kunden informiert sind. Quantität und Qualität der Informationen und ihre Verarbeitung haben deshalb eine hohe Bedeutung für die Leistungen vor Ort (vgl. BMG 1997: 174 f.). Das Ambulanzsystem verfügt mit den Hausnotruf-Diensten über eine eher randständige Dienstleistungssparte, die explizit mit der Entgegennahme von Kundenwünschen und der Vermittlung von Dienstleistungen befasst ist.

Hausnotruf-Dienste sind in Deutschland seit den 80er Jahren etabliert und werden zu den komplementären Diensten gerechnet. Ihr originärer Leistungsbe- reich ist die Absicherung alleinlebender Menschen in ihrer eigenen Wohnung. Wurde in der Vergangenheit eher die „Notruffunktion“ betont, gehen die Anbieter inzwischen dazu über, ihr Leistungsangebot auszuweiten, indem sie umfassende Dienstleistungen zur Unterstützung eigenständiger Lebensformen vermitteln. Dabei werden die Vorzüge der Telekommunikation und Informationsweitergabe ausgenutzt. Wie die Ergebnisse eines in Nordrhein-Westfalen durchgeführten Modellprogramms belegen, besitzen Hausnotruf-Dienste ihre spezifischen Kernkompetenzen insbesondere bei der Vermittlung von Dienstleistungen. Neuere Hausnotruf-Konzeptionen sehen deshalb ein begrenztes eigenes Leistungsspektrum vor. Sie internalisieren – statt umfassender eigener Angebote – die Kompetenzen anderer Dienstleister durch Kooperationen und den Aufbau von Netzwerken (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 43 ff., ADAM/STARKE 2000).

Hausnotruf-Dienste tragen explizit dazu bei, nutzerbezogene Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten und weiterzuleiten. Sie koordinieren dadurch fallbezogene Hilfeprozesse mit dem Ziel einer flexiblen und bedarfsgerechten Unter-

stützung. Aufgrund dieser spezifischen Kompetenzen ist es denkbar, dass sie innerhalb ambulanter Hilfenetzwerke die Aufgabe von Vermittlungsinstanzen übernehmen.



Die Handlungslogik ambulanter Unterstützungsnetzwerke basiert auf einer simultanen, polyzentrischen Handlungsweise. Sie setzen Instanzen voraus, die über die notwendige Sachkompetenz zur Vermittlung von Dienstleistungen und Bewältigung des Informationstransfers verfügen. Aufgrund der netzwerkintern angestrebten Spezialisierung ist diese Instanz notwendig, um die kollektive Handlungsfähigkeit der Subeinheiten sicherzustellen. Der Dienstleister, der die Rolle einer Netzwerkzentrale übernimmt, ist den anderen Einheiten keinesfalls übergeordnet, sondern gilt eher als „primus inter pares“ (vgl. TEUBNER 1996: 553). Dieses Konzept schließt die horizontale Selbstkoordination mit ein. Im Sinne einer Konzentration auf Kernkompetenzen ist es sinnvoll, Dienste mit dieser Aufgabe zu betrauen, die über ausreichende Erfahrungshintergründe verfügen. Die Koordinierung des Netzwerks sollte möglichst bei den Dienstleistern angesiedelt werden, die in erster Linie für die Vermittlung von Leistungen verantwortlich sind.

⁴⁴ Beispielhafte Darstellung, die um eine beliebige Anzahl von Netzwerkpartnern und Dienstleistungssparten zu erweitern ist.

Hausnotruf-Dienste bieten die Möglichkeit, als „primus inter pares“ die Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen zielgerichtet und mit einem „überschaubaren“ Aufwand voranzutreiben. Die Tatsache, dass es sich bei Hausnotruf-Diensten bislang eher um unterbewertete und randständige Dienste handelt, ist dabei kein Nachteil. Erfahrungen, die beim Aufbau von Koordinierungsstellen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen gesammelt wurden, belegen, dass eine weitgehende Unabhängigkeit der vermittelnden Instanzen von etablierten Trägern und Diensten vorteilhaft sein kann (vgl. WIßMANN 1994).

4.3 Organisationsnetzwerke als Mittler zwischen Bürokratie und Wettbewerb

Mitte der 90er Jahre wurde begonnen, marktwirtschaftliche Strukturen und Mechanismen in das Versorgungssystem zu implementieren. Durch einen größeren Wettbewerb der Anbieter erhofft die Sozialbürokratie das Kostenaufkommen für soziale Dienstleistungen möglichst gering zu halten. Der marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismus „Wettbewerb“ hat im Ambulanzsystem – insbesondere bei den freigemeinnützigen Anbietern – zu einem Bruch mit den hierarchischen und auf die Sozialbürokratie ausgerichteten Strukturen geführt. Im Hinblick auf den zu erfüllenden Versorgungsauftrag der ambulanten Dienstleister sind die ambulanten Versorgungsstrukturen jedoch nicht für den marktbestimmenden Wettbewerb geeignet.

Ambulante Dienstleistungsnetzwerke sind Hybride, die zwischen den Organisationsformen Markt und Bürokratie (Hierarchie) angesiedelt sind (vgl. TEUBNER 1996: 535 ff.). Märkte sind durch das Nichtvorhandensein von Bindungen sowie Bürokratien durch vorgegebene Koppelungen und Abhängigkeiten gekennzeichnet. Netzwerke zeichnen sich demgegenüber durch ein loses, aber dennoch verbindliches Bindungsgeflecht aus. Sie repräsentieren einen anderen Typus von Sozialstruktur, indem sie eine Vielzahl autonom handelnder Akteure (markttypisch) mit Hilfe gewählter, definierter Ziele koordinieren (hierarchietypisch) (vgl. MAYNTZ 1996: 477). Renate Mayntz formuliert die Entstehung von Netzwerken als einen dialektischen Prozess: „Das Aufkommen von formaler Organisation zerstört zunächst unstrukturierte Quasi-Gruppen (sozusagen die These) und setzt an ihre Stelle Hierarchien (Antithese); letztlich aber zerstören

die zunehmende Anzahl und die wachsende Größe von Organisationen die Hierarchien und ersetzen sie durch Netzwerke“ [Synthese] (MAYNTZ 1996: 477).

Bürokratie und Markt sind zwei gegensätzliche Pole, zwischen denen kein nahtloser Übergang möglich ist. Während Bürokratie auf einer begrenzten Zahl weisungsgebundener Teilnehmer basiert, ist der Markt eine Organisationsform ökonomischer Aktivitäten, deren Akteure miteinander konkurrieren und voneinander weitgehend unabhängig sind. Weder der Markt noch die Hierarchie haben dabei eine integrierende Funktion (vgl. POWELL 1996: 223, SYDOW et al. 1995: 17), wie sie im Ambulanzsystem für eine Zusammenführung der verschiedenen Leistungsangebote notwendig wäre. Eine Integration der verschiedenen Versorgungsbereiche und –angebote ist notwendig, um negative Auswirkungen des fragmentierten Versorgungssystems zu kompensieren bzw. zu verhindern. Im Ambulanzsystem sind Strukturen notwendig, die einerseits die spezialisierten Einzeldienstleistungen integrieren und andererseits hierarchische wie auch marktwirtschaftliche Elemente verknüpfen. Eine zu starke Konzentration auf marktwirtschaftliche Strukturen (Wettbewerb) kann im Ambulanzsystem nicht die gewünschte Wirkung haben, sondern wird eher zu einer weiteren Desintegration führen. Netzwerke sind als Kombination aus verschiedenen Steuerungsmechanismen eine zeitgemäße Antwort auf die aktuellen Anforderungen. Sie ermöglichen es, die vorhandenen Ressourcen möglichst effizient einzusetzen, um auf die Bedarfe zu reagieren, die alte, chronisch kranke und behinderte Menschen haben, wenn sie eigenständige Lebensformen realisieren wollen.

4.4 Unterstützungsmangement als integraler Bestandteil ambulanter Hilfenetzwerke

Die traditionell gewachsene Handlungslogik sozialer Sicherungssysteme basiert auf einem Zuständigkeitsprinzip und wer nicht zuständig ist, erbringt keine Leistungen. Diese Logik, die auf der Fragmentierung des ambulanten Dienstleistungssystems basiert, setzt bei den verschiedenen Kostenträgern an und wird auf der Ebene der vor Ort tätigen Dienstleister fortgeführt. Vernetzung ist eine Möglichkeit, diese Handlungslogik aufzubrechen und durch eine neue zu ersetzen. Ambulante Hilfenetzwerke verkörpern eine neue Sichtweise und stellen den Dienstleistungsgedanken in den Vordergrund. Nicht mehr die Nutzerinnen und Nutzer sollen sich an das bestehende Dienstleistungsangebot anpassen

müssen, sondern die Dienste richten ihr Angebot auf die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer aus.

Diese Handlungslogik impliziert eine neue Sichtweise, indem die Nutzerinnen und Nutzer explizit im Kontext ihrer Umwelt gesehen werden und versucht wird, auf ihre individuelle Situation zu reagieren (vgl. BRAUN 1998: 56). Einzelfallorientierte Hilfemaßnahmen werden in Deutschland unter Begriffen wie Case-Management oder Unterstützungsmanagement diskutiert.

„Case-Management kombiniert soziale Dienste oder Hilfen, um damit verschiedenen Aspekten einer dürftigen Lage von Menschen möglichst effizient und effektiv zu begegnen. (...) Das Unterstützungsmanagement vollbringt seine organisierende und regelnde Leistung sowohl im Handlungsbereich der Klienten wie im Aktionsfeld der formellen Dienste und informeller Mithilfe“ (WENDT 1991: 22 f.).

Obwohl Case-Management Konzepte in Deutschland seit ca. 20 Jahren bekannt sind, werden sie in der Praxis weder flächendeckend eingesetzt noch als verbindliches Prinzip begriffen. Die Einsatzfelder des Case-Managements haben häufig noch einen eher modellhaften Charakter und die Finanzierung für entsprechende Beratungs- und Koordinierungsangebote des Case-Managements ist vielfach nicht hinreichend geklärt. Häufig erfolgt lediglich eine zeitlich befristete Kostenübernahme aus öffentlichen Geldern, da eine Regelfinanzierung dieser Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch oder dem Bundessozialhilfegesetz bislang nicht vorgesehen ist.

Das Case-Management geht davon aus, dass verschiedene Spezialdienste komplementär zusammenarbeiten müssen, um eine umfassende Versorgung zu ermöglichen. Es ist ausdrücklich nicht das Ziel, die von den Betroffenen benötigten Dienstleistungen bei einem Dienstleister zu zentralisieren, sondern Case-Management versteht sich eher als Vermittlungsinstanz. Das Unterstützungsmanagement ist insofern gut in ein vernetztes Dienstleistungsangebot, das auf sich ergänzenden Kernkompetenzen aufbaut, zu integrieren. Innerhalb des Netzwerks öffnet das Case-Management den Zugang zu den verschiedenen Diensten und managt die individuelle Situation der Betroffenen. Ein Unterstützungsmanagement findet dabei auf zwei Ebenen statt: Einerseits werden die benötigten Leistungen aufeinander abgestimmt, so dass ein planmäßiges

Vorgehen der Dienste erfolgt, andererseits wird auf ein zielwirksames Verhalten der Betroffenen (und ihrer Angehörigen) geachtet (vgl. WENDT 1998: 11). Die Case-Manager bauen dazu auf den vor Ort bestehenden Strukturen auf, können aber eine fehlende Infrastruktur nicht ersetzen. Mit dem Unterstützungsmanagement können jedoch die vorhandenen Hilferessourcen effizienter eingesetzt werden, um eine bedarfsgerechtere Versorgung zu erreichen. Notwendige Ressourcen werden dort erschlossen, wo sie verfügbar sind (bei formellen und informellen Trägern, im medizinischen Bereich, in der Wohnungswirtschaft usw.).

Unterstützungsmanagementkonzepte folgen der Erkenntnis, dass es den meisten Betroffenen nicht möglich ist, den richtigen „Hilfemix“ für ihre spezifische Lage zusammenzustellen. In der Regel sind ihnen die verstreuten Ressourcen möglicher Unterstützungen nicht oder nicht vollständig bekannt. Diese Situation wird durch die bislang fehlende Abstimmung und Kooperation der Dienste verstärkt (vgl. LANGEHENNIG/WIßMANN 1998, SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1999a: 17). Eine Vermittlung bedarfsgerechter Hilfen soll die Betroffenen dabei unterstützen, ihre komplexe Situation zu meistern. Die Funktion der Case-Manager umfasst sowohl einzelfallbezogene Hilfen (z.B. die Unterstützung bei der Suche und Auswahl geeigneter Hilfen) als auch eine indirekte Dienstleistungsfunktion im Umfeld des administrativen Systems (z.B. die Vermittlung von anderen Diensten und Ressourcen, Koordination der Hilfen im Einzelfall, das „Knüpfen von Netzwerken“, anwaltliches Handeln für die Betroffenen). Diese Maßnahmen sollten möglichst von einer Ausführungskontrolle begleitet werden (vgl. WENDT 1991: 18 ff., 33 ff.). Das Unterstützungsmanagement folgt einem vorstrukturierten Handlungsmuster, wobei die einzelnen Handlungsschritte verfahrensspezifischen Teilzielen gleichzusetzen sind. Das Case-Management umfasst im Einzelnen:

- Zugang zu den (potentiellen) Klienten
- Individuelle Einschätzung und Diagnose der Situation (Assessment)
- Planung bedarfsgerechter Dienste und Hilfen, Bestimmung der erforderlichen Ressourcen
- Vermittlung der Dienstleistungen, Hilfen und Maßnahmen
- Implementierung und Koordinierung der Dienstleistungen

- Kontrolle der Dienstleistungen (vgl. SEIDEL/GRABOW/SCHULTZE 1996: 139 ff., WEIL 1991: 84 ff.)
- Nachsorge und Begleitung der Betroffenen, Evaluation

Die Case-Manager erfüllen eine Clearingfunktion, die dazu beiträgt, die verschiedenen benötigten Dienstleistungen in interdisziplinäre Dienstleistungsarrangements zu integrieren. Mit diesem Konzept wird angestrebt, die Nutzerinnen und Nutzer in ihrer Kundenmacht zu stärken und dazu zu befähigen ihr Wunsch- und Wahlrecht kompetent auszuüben.

Das Konzept des Care-Managements ist eine andere Form zur Identifizierung individueller Bedarfe. Es gleicht zwar dem Case-Management, impliziert jedoch ein eher passives Verhältnis zwischen Betroffenen und Dienstleistern. Inhaltlich bestehen weitgehende Übereinstimmungen zwischen den beiden Ansätzen, allerdings stellt das Care-Management nicht das Verhältnis zwischen Sozialarbeiter und Nutzer in den Mittelpunkt (Case-Management) sondern bezieht sich eher auf die strukturelle Ebene. Beide Akzentuierungen verfolgen ein Empowerment-Konzept⁴⁵ und haben zum Ziel, Menschen mit besonderen Bedarfen beim Zugang zu möglichst optimalen Hilfen zu unterstützen. Der Begriff des Care-Managements lehnt sich eher an die angelsächsische Tradition an und steht für eine gemeindenahere Versorgungsstruktur (vgl. SCWEIKART 1995: 4).

Die Einführung von Marktprinzipien im ambulanten Versorgungssystem beinhaltet die Prinzipien von Wahlfreiheit und Wettbewerb. Damit unterstützungsbedürftige Menschen davon profitieren können, müssen sie eine ausreichende Sachkompetenz besitzen bzw. erlangen und in ihrem Wahlprozess unterstützt werden. Um diesen Prinzipien zum Durchbruch zu verhelfen, wurde in Großbritannien bereits Anfang der 90er Jahre das „National Health Service und Community Care Gesetz“ verabschiedet. „Soziale Arbeit ist hier vorrangig befasst mit der Zusammenstellung von Leistungsmodulen (care packages) und mit Budgetmanagement. Es gibt eine Trennung zwischen Käufern (purchasers) und Anbietern (providers) sozialer Dienste. (...) Das Leistungsangebot (service provision) – so das Gesetz – soll so gestaltet sein, dass es den Bedarfen der be-

⁴⁵ Empowerment hat zum Ziel, Menschen zur Entdeckung eigener Stärken zu ermutigen und ihnen Hilfestellungen bei der Realisierung eigenständiger und selbstbestimmter Lebensformen zu vermitteln (vgl. HERRIGER 1997: 265).

dürftigen Personen und ihrer Betreuer/Pfleger entspricht, den Nutzern eine Wahlmöglichkeit unter verschiedenen Diensten einräumt, um den Nutzern (service users) eine maximale Unabhängigkeit zu gewähren“ (GRIMMWOOD 1996: 292 f.).

Care-Manager haben in diesem System die Aufgabe, individuelle Leistungspakete für die Nutzerinnen und Nutzer zusammenzustellen, die ihren individuellen Bedarfen entsprechen und ihre Präferenzen berücksichtigen. Gleichzeitig soll der damit verbundene sozialstaatliche Kostenaufwand möglichst gering gehalten werden. In Großbritannien sind die Care-Manager kommunale Sozialarbeiter, die als „Einkäufer“ von Dienstleistungen tätig werden. Mit diesen Maßnahmen soll verhindert werden, dass sich eine auf marktwirtschaftlichen Prinzipien basierende Wohlfahrt zum Nachteil unterstützungsbedürftiger Menschen auswirkt. In Deutschland gibt es bislang keine vergleichbaren gesetzlichen Regelungen oder Vorgehensweisen. Allerdings bestehen einige erfolgversprechende Ansätze und Initiativen, die Formen des Unterstützungsmanagements praktizieren.

4.5 Exemplarische Ansätze zur Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Es besteht ein breiter Konsens über die Probleme der fragmentierten ambulanten Versorgungsstrukturen. Deshalb existieren bei den Experten der Sozialverwaltungen, der Wohlfahrtsverbände und anderer beteiligter Institutionen auch Vorstellungen und zum Teil praktizierte Ansätze, Verbesserungen zu erzielen. Modellversuche oder individuelle Konzepte existieren in fast allen Bundesländern. Vielfach haben auch einzelne Kommunen eigene Vorstellungen entwickelt, die sie praktisch erproben. Diese Ansätze legen häufig ein Verständnis zugrunde, das dem dargelegten Ansatz des Unterstützungsmanagements nahe kommt. Im folgenden werden sechs verschiedene Konzepte dargestellt, die bereits seit einigen Jahren etabliert sind und über einen breiten Erfahrungshintergrund verfügen. Diese Ansätze können einen guten Eindruck vermitteln, welche Zielsetzungen mit einer Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen verbunden werden und wie die konkrete Umsetzung erfolgt. Bei der Darstellung werden bewusst auch „ältere“ – zumindest in Details bewährte – Projekte dar-

gestellt. Auf eine nochmalige Darstellung der Servicestellen wird – auch angesichts ihrer geringen Praxisrelevanz – an dieser Stelle bewusst verzichtet.

Sozialgemeinden (Nordrhein-Westfalen)

Das Konzept „Sozialgemeinde“ will eine Kooperation der verschiedenen Akteure der sozialen Sicherung erreichen. Dazu gehören beispielsweise Sozialleistungsträger, kommunale Vertreter, Vertreter der örtlichen Wohlfahrtsverbände, Dienstleister und Betroffenenvertretungen (vgl. MAGS 1991: 110). Im wesentlichen zielt das Konzept darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen kommunalen, wohlfahrtsverbandlichen und auch privaten Angeboten der Altenarbeit zu verbessern. Die Koordination der Altenarbeit soll als „Stabsfunktion“ im Sozialdezernat der Kommunen angesiedelt werden und die Verwaltung wird angehalten, ihre internen sowie ihre ämter- und dezernatsübergreifenden Kooperationen zu intensivieren. Es ist das Ziel, umfassende und Kooperationsstrukturen auf allen relevanten Ebenen zu schaffen (vgl. NAEGELE/SCHMIDT 1996: 18 ff., NAEGELE 2004, 12 ff.).

Regionale Pflegekonferenzen (Nordrhein-Westfalen)

Die regionalen Pflegekonferenzen sind ein „Produkt“ der Pflegeversicherung. Sie sollen dazu dienen, die an der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes beteiligten Akteure miteinander zu vernetzen und ihre Arbeit auf kommunaler Ebene abzustimmen. Die Pflegekonferenzen setzen sich in erster Linie mit der Bestandsaufnahme und Bewertung der pflegerischen Infrastruktur, der Planung und Bereitstellung pflegerischer Dienste und Einrichtungen, der Entwicklung, Prüfung und Bewertung innovativer Pflegekonzepte sowie der Vernetzung von Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe auseinander (vgl. BO-ROSCH/NAEGELE 1997: 10). Im Landespflegegesetz ist explizit festgelegt, dass die Pflegekonferenzen an der Sicherung und Weiterentwicklung der pflegerischen und komplementären Infrastruktur mitwirken sollen (vgl. § 5 PfG NW). Die Maßnahmen zielen allerdings hauptsächlich darauf ab, die pflegerische Infrastruktur und damit die Strukturqualität⁴⁶ zu verbessern (vgl. ROSENDAHL

⁴⁶ Der Qualitätsbegriff wird nach Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert (vgl. MEINHOLD 1997: 26). Diese Dreiteilung ist auch von der Pflegeversicherung übernommen worden (vgl. § 80 SGB XI).

1999: 38). Für die Betroffenen sollen eine größere Transparenz geschaffen und Zugangsbarrieren beseitigt werden. Diese Ziele sollen z.B. durch einen regelmäßigen informellen Austausch der Akteure und die Festlegung von Versorgungsstandards erreicht werden.

Sozialrathäuser (Frankfurt am Main)

Die Sozialrathäuser sind ein Versuch, die fragmentierten Strukturen der Sozialverwaltung aufzubrechen, neu zu strukturieren und damit die Arbeit stärker auf die Bürgerinnen und Bürger auszurichten. Über die Strukturen der Sozialverwaltung hinaus wird angestrebt, die verschiedenen Träger sozialer Arbeit miteinander zu vernetzen und Überschneidungen in der Leistungserbringung zu vermeiden. Die Sozialrathäuser fassen dazu bestehende Stadtteilarbeitskreise zu Regionalkonferenzen zusammen, um einen Verbund aller Träger zu erreichen. Verwaltungsintern werden dezentral wahrgenommene Fach- und Ressourcenverantwortungen integriert und die Leistungserbringung wird in Teams organisiert (vgl. SOZIALDEZERNAT DER STADT FRANKFURT AM MAIN 1997: 52). Das Resultat sind multiprofessionelle Teams, die sich aus bisher getrennten Sachgebieten zusammensetzen. Durch die Bündelung sämtlicher erforderlicher Sachkenntnisse und Problemlösungskompetenzen (vgl. PILOTTEAM ESCHERSHEIM 1999: 33) ist immer das gleiche Stadtteilteam für die Bürger zuständig, unabhängig von ihren konkreten Problemen und Anliegen.

Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (Baden-Württemberg)

Anfang der 90er Jahre wurden die ambulanten Dienste in Baden-Württemberg neu geordnet und die bestehenden hochspezialisierten Unterstützungsprofile sollten durch eine Koordinations- und Vermittlungsinstanz ergänzt werden. Um die Effizienz der bestehenden Dienstleistungen zu verbessern, wurde das bestehende ambulante Angebot durch Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) erweitert (vgl. KLENK et al. 1996: 100 ff.). Die IAV-Stellen sind darauf ausgerichtet, unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen ein umfassendes, zugleich jedoch anbieterneutrales Beratungsangebot vorzuhalten und bedarfsgerechte Hilfen zu vermitteln.

Die IAV-Stellen wurden eingerichtet, weil erkannt wurde, dass ein Versorgungskontinuum in den jeweiligen Einzelfällen nur zu realisieren ist, wenn eine über-

geordnete Koordination der Dienstleister erfolgt (vgl. WENDT 2000: 37). Die IAV-Stellen wurden deshalb als strukturierendes Element konzipiert mit dem Ziel, das Wirkungsgefüge der ambulanten Dienste zu steuern. Sie wirken dabei sowohl auf die konkrete Lebenssituation der Betroffenen als auch auf das Organisationsgefüge der Träger und Dienstleister ein (vgl. MÄTZKE/HOLZ 1994: 3). Die Finanzierung der IAV-Stellen erfolgte zunächst hauptsächlich durch Mittel des Landes Baden-Württemberg⁴⁷.

Die IAV-Stellen sollen insbesondere die strukturelle Schnittstellenproblematik aufheben, die aus der fehlenden Koordination der verschiedenen Dienstleister resultiert. Dabei bezieht sich das Konzept auch konkret auf die fallbezogene Arbeit. Eine zentrale Aufgabe der IAV-Stellen ist es, Betroffene und deren Angehörige als unabhängige Instanz über mögliche Unterstützungen im Vor- und Umfeld der Pflege zu beraten (z.B. über Pflegedienste, Mobile Soziale Dienste, Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfegruppen, Angebote des betreuten Wohnens, Angehörigengruppen), den individuellen Hilfebedarf abzuklären und auf Wunsch die erforderlichen Hilfen trägerunabhängig zu vermitteln (vgl. LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG 1998: 4 f.).

Die IAV-Stellen sollen durch ihre Vermittlungsfunktion eine ganzheitliche Versorgung hilfebedürftiger Menschen sicherstellen. Dies beinhaltet drei zentrale Zielsetzungen: Unterstützung und Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen, Einzelfallkoordination für die Betroffenen und strukturelle Verbesserungen der Versorgungsinfrastruktur (vgl. ISPO 1994: 5 ff.). Eine wirkungsvolle Arbeit der IAV-Stellen, die nachhaltige Effekte – sowohl für die Betroffenen als auch für die Organisation des Ambulanzsystems – mit sich bringt, ist nur möglich, wenn alle drei Aspekte berücksichtigt werden. Wie eine Mitte der 90er Jahre durchgeführte Befragung von IAV-Stellen aufzeigt, engagieren sich jedoch nicht alle IAV-Stellen dafür, die strukturelle Zusammenarbeit in der Praxis zu verbessern. Aspekte wie die Koordination der ambulanten Dienstleistungen, Verbesserung des Informationstransfers, Aufbau von Netzwerken kommen häufig zu kurz, da sich die IAV-Stellen eher auf die fallbezogene Arbeit konzentrie-

⁴⁷ Mit dem Landeshaushalt 1998/99 wurde die Landesförderung gestrichen, was zur Schließung von einigen IAV-Stellen geführt hat.

ren (GÖPFERT-DIVIVIER 1995: 124 ff.). Um das Ambulanzsystem nachhaltig zu verbessern sind jedoch gerade diese Maßnahmen eminent wichtig.

Die fallbezogenen Hilfestellungen bringen zwar unmittelbare Effekte für die Nutzerinnen und Nutzer, ändern jedoch nichts an den Schnittstellenproblemen der ambulanten Versorgung und den damit verbundenen Reibungsverlusten. Ausschließlich fallbezogene Versorgungsstrukturen beinhalten zudem die Gefahr von situations- und zufallsbezogenen Wahrnehmungen der Hilfebedarfe. Dieses Problem ist vielerorts jedoch erkannt worden und es sollen geeignete Kooperationsstrukturen geschaffen werden (vgl. RÖSCH 1995: 186). Dabei sollen Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, die eine Zusammenarbeit verschiedener Dienstleister vom Belieben einzelner Akteure unabhängig machen.

Die ambulanten Dienstleister standen der Einführung der IAV-Stellen zunächst eher reserviert gegenüber, da Kompetenzüberschneidungen befürchtet wurden. In einigen Fällen wurde die Einrichtung der Stellen sogar durch Trägerkonkurrenzen verzögert, teilweise musste auch das ursprüngliche Konzept modifiziert werden (vgl. ROSENDAHL 1999: 160 ff.). Es hat sich gezeigt, dass die koordinative Arbeit der IAV-Stellen insbesondere dann erfolgreich ist, wenn sie von den anderen ambulanten Dienstleistern als ein abgegrenztes Aufgabenfeld akzeptiert und als Entlastung wahrgenommen wird (z.B. im Hinblick auf komplementäre Leistungen bei komplexen Bedarfslagen) (vgl. MÄTZKE/HOLZ 1994: 13 ff.). Diese Erfahrungen untermauern die Erkenntnis, dass ambulante Dienstleistungen nur dann sinnvoll zu vernetzen sind, wenn sich die beteiligten Partner auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren und Kompetenzüberschneidungen vermeiden.

Das Konzept der IAV-Stellen verfolgt hochgesteckte Ziele, indem nicht nur die individuelle Versorgungssituation der Betroffenen verbessert, sondern in gleichem Maße die ambulanten Versorgungsstrukturen effektiviert werden sollen. Wie Praxisberichte zeigen, ist dies jedoch nicht immer umzusetzen, so dass das Hauptaugenmerk häufig auf dem fallbezogenen Unterstützungsmanagement liegt. Die Aufgabe, das bestehende Dienstleistungsangebot so zu koordinieren und zu vernetzen, dass die vorhandenen Ressourcen möglichst effizient eingesetzt und eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht werden, wird tendenziell vernachlässigt. Die fehlenden bzw. gering ausgeprägten Kooperations-

strukturen der IAV-Stellen sind eine Schwierigkeit, zumal auch bei der fallbezogenen Unterstützung nach dem Landeskonzept nicht die komplette Hilfeplanung für die Betroffenen übernommen werden soll. Dementsprechend ist nicht eindeutig geklärt, ob die IAV-Stellen oder andere Dienstleister z.B. individuelle Hilfebedarfe abklären (vgl. KLENK et al. 1996: 100). Die Voraussetzung für eine Kooperation und Vernetzung der IAV-Stellen mit anderen Dienstleistern liegt in der eindeutigen Abgrenzung ihrer Kompetenzen, dann besteht auch eine Kompatibilität mit anderen Angeboten. Die Frage, wer ein potentielles ambulantes Hilfenetzwerk koordiniert, wird jedoch auch durch die IAV-Stellen nicht ausreichend geklärt.

Praxisnetz Berlin

Das Praxisnetz wurde 1996 ins Leben gerufen und konzentriert sich ausschließlich auf die ambulante medizinische Versorgung. Mit dem Ziel, die Leistungen für Patienten effizienter zu gestalten, sind die Techniker Krankenkasse, die Betriebskrankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin eine strategische Allianz eingegangen. Mit der Zusammenarbeit sollen Elemente des Care-Managements im segregierten Versorgungssystem etabliert werden (vgl. LIEBELT 1998). Das Konzept des Praxisnetzes ist explizit auf „betreuungsintensive“ Zielgruppen, wie z.B. chronisch kranke Menschen ausgelegt. Im Rahmen des Praxisnetzes werden ca. 15.000 Patienten von etwa 570 der insgesamt 6000 niedergelassenen Ärzte Berlins betreut (vgl. MÜLLER 1999). Das Praxisnetz ist dabei in Unternetze unterteilt, in denen jeweils 20 bis 40 Ärzte ein Team bilden.

Eine enge Zusammenarbeit der Ärzteschaft soll für Patienten unnötige Doppeluntersuchungen vermeiden und die verschiedenen Leistungsbereiche stärker miteinander verzahnen. Die Kooperation der Ärzte – auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern – soll zur bedarfsgerechteren Abstimmung der Leistungen im Einzelfall beitragen und eine Integration der verschiedenen Facharztgruppen im Behandlungsprozess gewährleisten. Für die Patienten soll sich die Versorgungsqualität durch eine permanente Begleitung im ambulanten Behandlungsprozess erhöhen und Versorgungslücken sollen geschlossen werden. Für die Patienten zeigt sich dies in der Realität z.B. durch eine verbesserte Erreichbarkeit der Ärzte (Montag – Samstag 8.00-22.00 Uhr), weniger Klinikeinweisungen

und die Einrichtung eines Servicetelefons. Um die Informationsflüsse zwischen Haus- und Fachärzten zu gewährleisten, erfolgt auch eine Vernetzung der EDV. Die Ärzte werden dabei durch eine Leitstelle unterstützt, die alle relevanten Informationen weiterleitet (vgl. FOCKE 1999). Für die Steuerung des Netzwerks ist ein paritätisch gebildeter Koordinationsausschuss verantwortlich.

Bei der Konzeption des Praxisnetzes wurde davon ausgegangen, dass mit einer Versorgung im Team mehr zu erreichen ist, als mit voneinander losgelöst arbeitenden und konkurrierenden „Einzelkämpfern“. So wurde eine Art dezentrale Poliklinik geschaffen (vgl. WENDEL 1999). Die Teilnahme am Praxisnetz ist sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten freiwillig. Mit einer Teilnahme verpflichten sich die Patienten, Ärzte außerhalb des Netzwerks grundsätzlich nur auf Überweisung aufzusuchen. Durch dieses Modellkonzept konnten bislang erhebliche Einsparungen erzielt werden, die zu einem Drittel den beteiligten Ärzten (Honoraraufschlag), zu einem Drittel den Patienten (Beitragsrückvergütung) und zu einem Drittel den Krankenkassen (Ausbau des Netzwerks) zugute kommen (vgl. LIEBELT 1998).

Das Praxisnetz deckt nur das medizinische Bedarfsspektrum ab. Dennoch wird nachgewiesen, dass durch eine gezielte Vernetzung der verschiedenen Haus- und Fachärzte nicht nur die Versorgungsqualität gesteigert werden kann, sondern auch Einsparungen erzielt werden können. Dabei ist der Stellenwert von kontinuierlichen und gut aufbereiteten Informationsflüssen erkannt worden. Die Zusammenarbeit aller Beteiligten wird durch eine koordinierende Instanz (Leitstelle) sichergestellt. Gleichzeitig wurde jedoch auch eine übergeordnete Steuerungsinstanz für das Gesamtnetzwerk geschaffen. Insgesamt handelt es sich bei dem Praxisnetz um ein interessantes und durchaus ausbaufähiges Konzept zur Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen.

Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation (Berlin)

Die Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation unterstützen alte, chronisch kranke und behinderte Menschen, ihre Versorgung zu organisieren und sicherzustellen. Die im Einzelfall verfügbaren ambulanten, stationären und informellen Hilferessourcen, wie z.B. die Leistungen von Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, ambulanten, teilstationären Diensten sollen aufeinander abgestimmt und zu einem koordinierten Hilfenetzwerk zu-

sammengeführt werden. So werden alltagsweltliche, ehrenamtliche und in Selbsthilfe erbrachte Leistungen mit professionellen Dienstleistungen verknüpft (vgl. ABGEORDNETENHAUS VON BERLIN 1997: 2 f.). Die Koordinierungsstellen werden von der Diakonie und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband betrieben, die Finanzierung erfolgt überwiegend durch das Land Berlin. Seit Ende 1999 existieren Koordinierungsstellen in allen zwölf Stadtbezirken.

Die Koordinierungsstellen erbringen selbst keine Rehabilitationsmaßnahmen, sondern beschränken sich darauf zu informieren, zu beraten, zu vermitteln und zu koordinieren. Es besteht eine Übereinkunft, dass die jeweiligen Träger der Koordinierungsstelle in ihrem Bezirk keine bezahlten Dienstleistungen anbieten. So sollen die Neutralität der Koordinierungsstellen gewährleistet und Loyalitätskonflikte mit den jeweiligen Trägern vermieden werden. Für die Betroffenen soll sichergestellt werden, dass Beratung und Vermittlung sich ausschließlich an ihren Bedarfen orientieren und nicht mit etwaigen Trägerinteressen kollidieren (vgl. LANGEHENNIG/WIßMANN 1998: 24, SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1999b: 1).

Die Koordinierungsstellen verstehen ihre Arbeit als eine Dienstleistung, um den Betroffenen Hilfeleistungen zu erschließen und ihr Zusammenspiel zu koordinieren. Mit diesem Ziel leisten sie Auskünfte und Beratungen (insbesondere zur häuslichen Versorgung in der Altenhilfe), Kriseninterventionen (wenn die häusliche Versorgung zusammenzubrechen droht), externe Prozessbegleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten, pflegenden Angehörigen usw. und bieten ein umfassendes Gesamtpaket im Sinne des Case-Managements an (vgl. LANGEHENNIG 1995: 222). Die Koordinierungsstellen haben folgende Zielsetzungen:

- Den Verbleib in der eigenen Wohnung abzusichern (einschließlich Wohnraumanpassung).
 - Soziale Aspekte der ambulanten Rehabilitation zu berücksichtigen und gegebenenfalls Hilfestellungen beim Übergang in eine stationäre Wohnform zu bieten.
 - Die Informationsweitergabe an Bürger und professionelle Beraterinnen und Berater weiterzugeben.
 - Die Herausbildung einer „Nutzerkompetenz“ zu fördern.
- (vgl. SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1999a: 36).

Die Koordinierungsstellen klären die Individualvoraussetzungen, arbeiten mit den Betroffenen gemeinsam einen Hilfeplan aus und sorgen danach für eine kontinuierliche Anpassung an den jeweiligen Bedarf der Nutzerinnen und Nutzer. Dies geschieht durch eine umfassende Bedarfsanalyse (Assessment), mit deren Hilfe alle notwendigen Maßnahmen gebündelt werden. Der Hilfeprozess wird koordiniert, indem alle Ressourcen aufeinander abgestimmt werden und zugleich die ausgeführten Leistungen überwacht werden. Die erforderlichen Dienstleistungen werden von den Koordinierungsstellen vermittelt; diese stehen bei Problemen in der Leistungserbringung als Ansprechpartner zur Verfügung.

Durch die Arbeit der Koordinierungsstellen können sowohl Konkurrenzsituationen als auch Doppelbetreuungen vermieden werden (SENATSVERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES 1999c: 28). Im Rahmen von Untersuchungen konnte belegt werden, dass durch die Koordinierungsstellen positive ökonomische Effekte für die Kostenträger erzielt werden konnten und die Zahl der Heimeinweisungen bei älteren Menschen rückläufig war (vgl. LANGEN-NIG/WIßMANN 1998: 23). Gleichzeitig erbringen die Koordinierungsstellen wesentliche Vorarbeiten für die Tätigkeit der ausführenden Dienstleister (z.B. Pflegedienste).

Kritisch muss angemerkt werden, dass die Kooperationen der Koordinierungsstellen mit anderen Dienstleistern zumeist nur fallbezogen sind. Sie sind z.T. an das Engagement und die persönlichen Kontakte einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gebunden, somit also nicht strukturell abgesichert. Die Koordinierungsstellen bauen zwar für die Betroffenen sekundäre Hilfenetzwerke auf, in denen sie die Rolle des Initiators und die Steuerungsfunktion übernehmen. Diese sekundäre Netzwerke haben jedoch nur einen indirekten Einfluss auf die ambulanten Versorgungsstrukturen. Das Resultat sind einfache (ego-zentrierte) Netzwerke, die auf zentralen „Schaltstellen“ basieren. Damit entsprechen die Koordinierungsstellen nur in Ansätzen dem dargelegten Netzwerkkonzept. Sie wählen einen anderen Weg, indem sie versuchen, Defizite der ambulanten Versorgungsstrukturen durch die fallbezogene Versorgung auszugleichen. Damit wollen sie indirekt Verbesserungen erreichen. Bei einer hohen Anzahl von Betroffenen besteht hier jedoch die Gefahr von Engpässen, weil eine große Informationsflut und ein hoher Abstimmungsbedarf zu bewältigen sind. Diese Form

von „Netzwerken“ steht zudem in der Gefahr, den Netzwerkkoordinator nicht mehr als „*parem inter pares*“ zu sehen. Aus der Perspektive des Netzwerkkonzepts wäre es zu begrüßen, wenn die positiven Ansätze der Hilfekoordinierung und des anwaltlichen Handelns in ein Gesamtnetzwerk eingebunden würden.

4.6 Perspektiven des Netzwerkkonzepts für das Ambulanzsystem

Die horizontale Spaltung des Ambulanzsystems wirkt sich in einer Fragmentierung der Leistungsstrukturen aus. Diese Situation ist für die Betroffenen nicht bedarfsgerecht, weil die Gefahr besteht, dass unterstützungsbedürftige Personen nicht oder nur auf Umwegen zu den Instanzen gelangen, die ihre Bedarfe befriedigen können. Eine horizontale Spaltung lässt sich jedoch nicht vermeiden, da Arbeitsteilung und Spezialisierung die Grundlage für das differenzierte und leistungsfähige Ambulanzsystem sind. Die bestehenden Schwierigkeiten sind eher auf Koordinationsprobleme zurückzuführen. Zukünftig ist es deshalb notwendig, zielgerichtete Kooperationsstrukturen im Versorgungs- und Dienstleistungssystem zu etablieren. Die zentralen Elemente der Netzwerkgestaltung sind dabei eine Möglichkeit, den von Reibungsverlusten und Unübersichtlichkeiten gekennzeichneten Status Quo zu verbessern.

Der Netzwerkbegriff geht von einem Verknüpfungsgeflecht aus, in dem die einzelnen ambulanten Dienstleister die „Knoten“ im Netz sind. Zum Aufbau von Netzwerken sind bilaterale Kooperationen lediglich der erste Schritt. Eindimensionale Kooperationen sind erst der Beginn, um auf die vielschichtigen Anforderungen zu reagieren. Der Leistungsvielfalt des Ambulanzsystems entsprechend, sind polymere Verbindungen erforderlich, wobei anzustreben ist, dass möglichst zwischen allen beteiligten Akteuren Verbindungen aufgebaut werden (komplexe Netzwerke). Einfachere Netzwerke zeichnen sich demgegenüber dadurch aus, dass ein Dienst die „Schaltstelle“ des Netzwerks ist und nur wenige bzw. keine Querverbindungen existieren. Diese Form des Netzwerks kann bei einem hohen Informationsaufkommen zu Ineffizienzen führen, insbesondere wenn viele Partner beteiligt sind. Komplexe Netzwerke sind die adäquate Antwort auf die Bedarfslagen der Nutzerinnen und Nutzer sowie die sich wandelnden situativen Anforderungen.

Netzwerke sind keine Systeme, die sich selbst initiieren und erhalten. Die Organisation von Netzwerken muss permanent koordiniert und gesteuert werden. In ambulanten Versorgungsnetzwerken müssen deshalb zentrale Instanzen etabliert werden, die für die Koordination und Steuerung des Netzwerkkomplexes zuständig und verantwortlich sind. Sie sind dabei gleichberechtigte Netzwerkpartner, die eine spezifische Aufgabe innerhalb der Netzwerke erfüllen. Die Netzwerkkoordination und –steuerung sowie die Sicherstellung der individuellen Zugangsmöglichkeiten zu Hilferessourcen für die Nutzer gehört zu den Kernaufgaben ambulanter Unterstützungsnetzwerke. Diese Netzwerkorganisation ist jedoch nur möglich, wenn sich die beteiligten Partner auf ihre spezifischen Fähigkeiten konzentrieren und jeweils Kernaufgaben wahrnehmen. Komplexe Aufgaben können erst in der komplementären Ergänzung erfüllt werden.

Die Vermittlung von einzelnen Dienstleistungen muss innerhalb eines Versorgungsnetzwerks kompetent wahrgenommen werden, damit die Vorzüge seiner polyzentrischen Handlungsweise in vollem Umfang ausgenutzt werden können. Aus logistischen Gründen bietet es sich an, die Koordinierungs- und Vermittlungsfunktion bei demselben Dienstleister zu verankern. Dabei sollte auch das Case-Management als integraler Bestandteil ambulanter Netzwerke einbezogen werden.

Die Praxisbeispiele zeigen auf, dass es bundesweit einige Versuche gibt, die ambulante Dienstleistungsproduktion zu vernetzen. Sowohl die Sozialbürokratie als auch die verbandliche Ebene haben das Problem der segmentierten Versorgungsstrukturen erfasst und suchen nach Lösungen. Die dargestellten Ansätze stützen sich überwiegend auf fallbezogene Konzepte und befassen sich mit dem Aufbau individueller Unterstützungsarrangements. Strukturelle Vernetzungsaspekte werden zumeist vernachlässigt, wie z.B. die Probleme beim Aufbau der IAV-Stellen belegen. Der Ansatz des Berliner Ärztenetzwerks lässt erkennen, dass mit einer strukturellen Vernetzung sowohl fallbezogene Verbesserungen als auch messbare wirtschaftliche Effekte erzielt werden können. Dabei sind klare Kompetenzabgrenzungen die Voraussetzung für die Zusammenarbeit innerhalb eines Netzwerks.

Bislang gibt es weder umfassende Lösungsansätze noch den „Königsweg“. Es wird deshalb darauf ankommen, ein Konzept zu finden, das durch strukturelle

Verbesserungen eine effizientere und bedarfsgerechtere fallbezogene Unterstützung zulässt. Dies schließt auch Fragen der Informationsweitergabe und -verarbeitung ein. Dabei wird von zentraler Bedeutung sein, ob ein Dienstleister im Netzwerk verankert werden kann, der sowohl eine koordinierende Funktion wahrnimmt als auch dazu in der Lage ist, die Betroffenen zielgerichtet zu vermitteln.

Teil 3

Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten zur Kooperation und Vernetzung

1 Hausnotruf-Dienste als Element des ambulanten Versorgungssystems

Der Hausnotruf ist eine Dienstleistung, mit der eigenständige Lebensformen von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen abgesichert werden können. Diese Dienstleistung ist technikunterstützt und basiert auf elektronischen Meldesystemen, die über das Telefonnetz mit einer Hausnotruf-Zentrale verbunden sind. Die Hausnotruf-Nutzer verfügen über eine Basisstation und ein Meldegerät (Handsender). Mit dieser Technik können sie in ihrem häuslichen Umfeld „unkompliziert“ Notrufe senden und Kontakt zu den Mitarbeitern der Hausnotruf-Zentrale aufnehmen. Der Hausnotruf gehört damit zu den modernen Telemedien, die im Rahmen der Versorgung eingesetzt werden. Er unterstützt Menschen beim Zugang zu benötigten Hilfen. Diese Technik komplettiert bestehende Versorgungsangebote und dient in der komplementären Ergänzung dazu, möglichst individuell und zielgenau auf die Bedarfe eigenständig lebender (unterstützungsbedürftiger) Menschen zu reagieren.

Die ersten Überlegungen, ein solches Dienstleistungsangebot zu etablieren, resultieren aus den 70er Jahren, als die steigende Anzahl alleinlebender Menschen erkannt wurde. Mit dem sich parallel dazu vollziehenden Paradigmenwechsel „ambulant vor stationär“ erhöhte sich zudem kontinuierlich die Zahl von Menschen mit besonderen Hilfebedarfen in eigenständigen Lebensformen. Damals zeichnete sich erstmals der Trend ab, dass immer mehr unterstützungsbedürftige Menschen zu Hause leben, auch wenn beispielsweise die Familie nicht mehr oder nur eingeschränkt ihre traditionellen Leistungen erbringt. Es wurden Konzepte notwendig, die es diesen Menschen ermöglichen, bedarfsgerecht in ihrer eigenen Wohnung versorgt zu werden, denn im Verhältnis wurden immer weniger Menschen in stationären Einrichtungen versorgt. Insbesondere Menschen im Alter leben heute wesentlich länger in ihrer eigenen Wohnung als früher.

Telemedien wie der Hausnotruf können selbstbestimmte Lebensformen von Menschen mit erhöhten Unterstützungsbedarfen ermöglichen, indem ihr „erhöhtes Lebensrisiko“ begrenzt und wirkungsvoll abgesichert wird.

Seitdem vor ca. 20 Jahren die ersten Hausnotruf-Dienste etabliert wurden, ist ihre Zahl sprunghaft angestiegen. Heute gibt es bundesweit ein flächendeckendes Angebot, von ca. 1.200 Hausnotruf-Diensten, die überwiegend von der freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege getragen werden: Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Arbeiter-Samariter-Bund, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfallhilfe, Caritasverband und Diakonie. Zusätzlich gibt es inzwischen auch eine Reihe von privat-gewerblichen Diensten. Die Größe dieser Dienste ist sehr unterschiedlich und reicht von 20 bis weit über 8.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Bundesweit kann aktuell von 200.000 bis 230.000 Nutzerinnen und Nutzern aller Hausnotruf-Dienste ausgegangen werden⁴⁸.

Nur etwa ein Sechstel der Hausnotruf-Dienste betreibt eine eigene Zentrale, so dass von 200-220 Hausnotruf-Zentralen in Deutschland auszugehen ist. Insbesondere kleinere, weniger rentable Anbieter delegieren die Aufgaben der Hausnotruf-Zentrale häufig an einen größeren Anbieter. Die Notrufe gehen in einer nicht ortsansässigen Zentrale ein, die wiederum dafür sorgt, dass die Nutzerinnen und Nutzer durch einen vor Ort ansässigen Dienstleister unterstützt werden (z.B. Hausnotruf-Dienst, Rettungsdienst).

1.1 Entstehungsgeschichte von Hausnotruf-Diensten

Anfang der 80er Jahre wurde in Deutschland der erste Hausnotruf-Dienst in Wilhelmshaven als lokal begrenztes Modellprojekt ins Leben gerufen („Hausnotruf-System St. Willehad“). Die Hausnotruf-Zentrale war an die Pforte eines Krankenhauses angegliedert. Ziel war es, für alleinstehende ältere Menschen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, eine schnellstmögliche und verlässliche Hilfe bei medizinischen Notfällen zu gewährleisten (z.B. bei Herzinfarkten).

Die Notwendigkeit eines solchen ambulanten Angebots hatte man bereits Anfang der 70er Jahre erkannt. Die Idee konnte jedoch erst umgesetzt werden, nachdem das Bundesministerium für Forschung und Technologie 1979 Forschungsmittel zur Entwicklung von Hausnotruf-Geräten bereitgestellt hatte. In Kooperation mit einer Firma für Nachrichtentechnik entwickelte das St. Willehad Hospital schließlich ein Hausnotruf-System, das im Februar 1980 vorgestellt

⁴⁸ Eigene Schätzung, Vgl. Teil 4, 2.1

wurde und im Mai 1981 als Pilotprojekt startete. Das Hausnotruf-System St. Willehad erhielt 1982 den Innovationspreis der Deutschen Wirtschaft (vgl. SCHNEPEL/SCHLOBOHM 1994: 462 f., ZOCHÉ 1994: 60 f.). Auch der Frankfurter Verband für Alten- und Behindertenarbeit gehört seit 1982 zu den Hausnotruf-Anbietern der ersten Stunde und ist nach wie vor mit über 5.500 Nutzerinnen und Nutzern einer der größten Anbieter in Deutschland (vgl. auch FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 7.7.2000).

Hausnotruf-Dienste haben sich seitdem zu einer unverzichtbaren Unterstützung für Menschen entwickelt, die alters-, krankheits- oder behinderungsbedingte Hilfebedarfe haben. Die Anbieter sicherten in der Vergangenheit jedoch hauptsächlich medizinische Notfälle (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) und akute Hilfebedarfe (z.B. häusliche Unfälle, Stürze) ab. Die Zielgruppe waren dabei in erster Linie ältere und alte Menschen.

Diese Entwicklungsgeschichte prägt Hausnotruf-Dienste bis heute, indem sie häufig noch immer als technisch determiniertes „Anhängsel“ der ambulanten Versorgung angesehen werden. Hausnotruf-Dienste basierten auf einer technischen Entwicklung und wurden ursprünglich lediglich vorhandenen Versorgungsbereichen des Ambulanzsystems zugeordnet. Deshalb wurden gerade in der Anfangszeit nur selten eigenständige Dienste konzipiert und Hausnotruf-Dienste wurden als Untereinheiten von Rettungsdiensten, Altenheim-/Krankenhausportalen o.ä. etabliert.

Aus Sichtweise der Träger konnten auf diese Art und Weise zusätzliche Angebote bereitgehalten und bestehende Personalressourcen besser ausgenutzt werden. Erst mit einer wachsenden Bedeutung und steigenden Anschlusszahlen der Hausnotruf-Dienste stellte man fest, dass eigenständige Organisationsformen gefordert sind (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 23 ff., ADAM/HANKE/MARKERTH/STARKE 1997). Die Entstehungsgeschichte von Hausnotruf-Diensten als „Nebenprodukt“ hat dazu geführt, dass sie bis heute als eine Ergänzung des ambulanten Dienstleistungsspektrums angesehen werden und sich ihre Entwicklung nur langsam vollzogen hat. So konzentrierten sie sich bis vor kurzem hauptsächlich auf ihr ursprüngliches Angebot. Abgesehen von der Hausnotruf-Zentrale wurden nur wenige eigenständige Leistungen angeboten. Dieses Merkmal ist nach wie vor charakteristisch. So sind Hausnotruf-

Dienste seit jeher darauf angewiesen die Leistungen anderer Dienstleister zu vermitteln, um den Nutzerinnen und Nutzern im Bedarfsfall zu helfen.

1.2 Funktionsweise und Technik von Hausnotruf-Diensten

Hausnotruf-Dienste sind eine Verbindung von Telemedium und Dienstleistung. Eben diese Verknüpfung gibt den Nutzerinnen und Nutzern die Sicherheit, mit Hilfe ihres Hausnotruf-Gerätes im Bedarfsfall einen Ansprechpartner zu erreichen. Hausnotruf-Dienste haben sich zunächst auf der Grundlage der Hausnotruf-Technik entwickelt. Die Technik war ihrerseits das Ergebnis einer inhaltlich begrenzten Vorstellung von Hausnotruf-Diensten. In der Folgezeit haben die Hausnotruf-Anbieter bedauerlicherweise keine neuen bzw. weiterreichenden Vorstellungen entwickelt. Dies wird auch an den nur marginal weiterentwickelten Endgeräten der Nutzer deutlich.

In puncto Technik und Anwendung werden die aktuellen Hausnotruf-Systeme nach Solitärgeräten und nach Hausnotruf-Geräten, die an eine Zentrale angeschlossen sind, unterschieden. Bei den Solitärgeräten werden bei Auslösung eines Notrufs die gespeicherten Rufnummern in Form einer Ringschaltung bis zum Erreichen eines Teilnehmers gewählt. Der Empfänger – in der Regel Privatpersonen, wie z.B. Verwandte, Bekannte, Freunde oder auch ein Pflegedienst – quittiert den Anruf mit den Tasten seines Telefons, um sicherzustellen, dass der Anruf nicht ins Leere läuft. Der Empfänger des Notrufs leitet Hilfemaßnahmen ein, wie z.B. das persönliche Aufsuchen (vgl. MACHELEIDT 1998: 333 ff., PFLEGEHILFSMITTELVORZEICHNIS PRODUKTGRUPPE 52). Da Solitärgeräte nur ein technisches Hilfsmittel sind, haben sie für eine Vernetzung der ambulanten Dienstleistungsproduktion keine Bedeutung und werden deshalb im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Bei Hausnotruf-Geräten, die über das Telefonnetz an eine Zentrale angeschlossen sind, verfügen die Nutzerinnen und Nutzer über eine Basisstation, die mit dem Telefonanschluss gekoppelt ist und einen Handsender (den sogenannten Funkfinger). Ein kurzes Antippen des Funkfingers reicht aus, um eine Sprechverbindung mit der Hausnotruf-Zentrale herzustellen. Die Hausnotruf-Geräte haben einen integrierten Lautsprecher und ein hochempfindliches Mikrofon, so dass eine Verständigung innerhalb der Wohnung möglich ist. Die Technik ist so ausgelegt, dass man sich möglichst aus allen Räumen der Wohnung

verständigen kann. Falls keine Sprechverbindung zustande kommt, ist es den Mitarbeitern der Hausnotruf-Zentrale möglich, in die Wohnung „hineinzuhören“. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können sich in ihrem häuslichen Umfeld unabhängig zu bewegen, da sie auch dann mit der Hausnotruf-Zentrale kommunizieren können, wenn sie sich nicht im gleichen Raum wie die Basisstation aufhalten. Die Freisprechdistanz beträgt bis zu 50 Meter, so dass häufig auch Keller, Garten usw. mit abgedeckt sind.

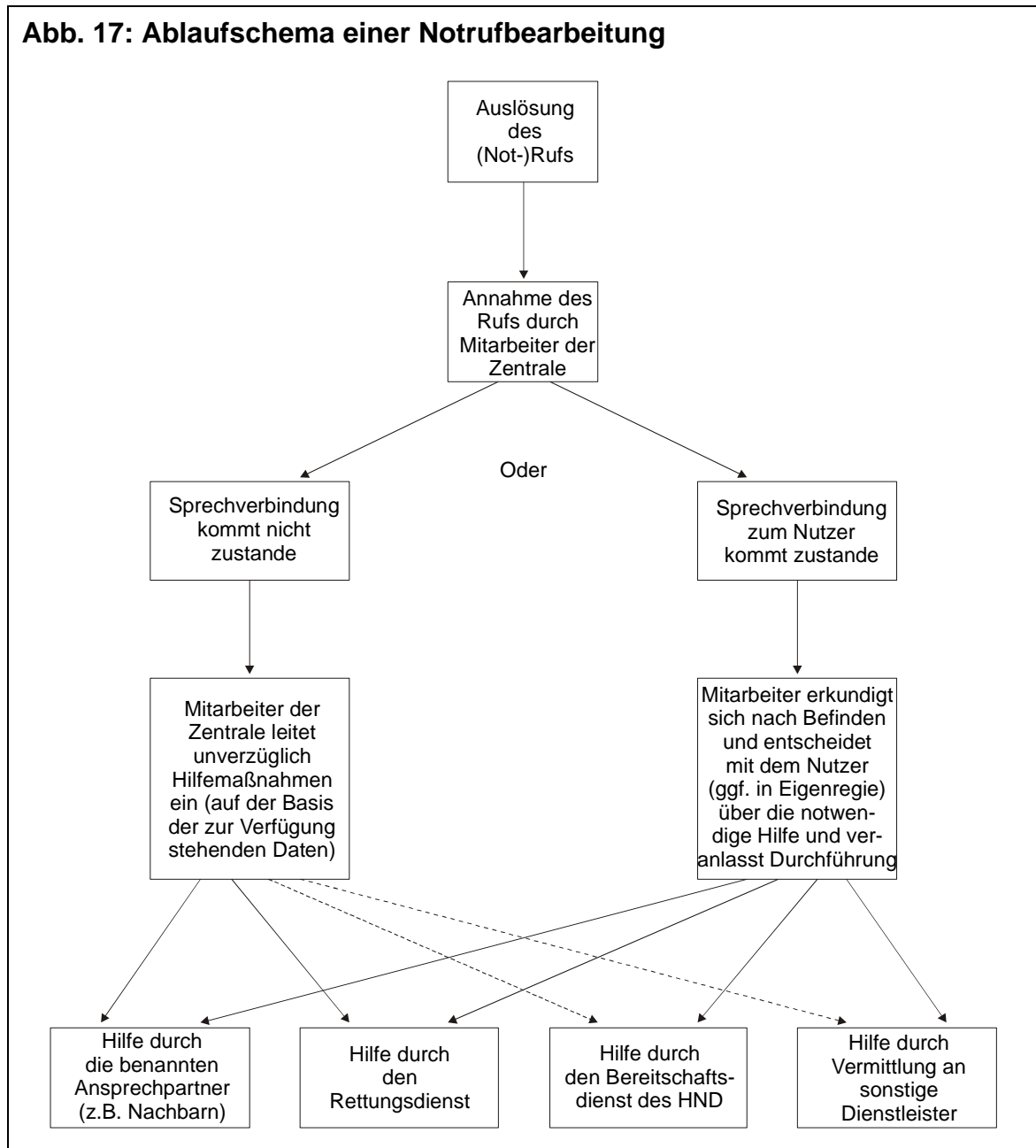
Die Handsender bzw. Funkfinger werden entweder um den Hals („Medaillon“) oder am Handgelenk („Uhr“) getragen. Sie sind wasserdicht und stoßfest, so dass sie z.B. auch beim Duschen getragen werden können. Um sicherzustellen, dass der Hausnotruf auch bei einem Stromausfall funktioniert, ist die Basisstation mit einem Akku ausgestattet⁴⁹. Einige Hausnotruf-Geräte sind so programmiert, dass regelmäßig (1-2 mal pro Tag) eine Aktivitätstaste gedrückt werden muss. Bleibt diese Meldung aus, wird automatisch ein Notruf ausgelöst. Damit soll insbesondere für Teilnehmer mit hohen Unterstützungsbedarfen oder besonderen Risiken ausgeschlossen werden, dass sie über einen längeren Zeitraum ohne Hilfe bleiben, falls es ihnen nicht gelungen ist, einen Notruf zu senden.

Die (Not-)Rufe werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Hausnotruf-Zentrale entgegengenommen und bearbeitet. Mit Hilfe der dort per Computer gespeicherten Teilnehmerdaten werden eingehende Rufe automatisch identifiziert und den jeweiligen Kunden zugeordnet. Sobald ein Ruf eingeht, erscheinen die wesentlichen Teilnehmerdaten auf einem Monitor, wie z.B. Name und Adresse des Anrufers, bekannte Hilfebedarfe, Erkrankungen und Krankengeschichte, Anlässe der letzten Anrufe sowie zu benachrichtigende Angehörige, Nachbarn, Freunde. So können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentrale – auch wenn kein Sprechkontakt zustande kommt – erkennen, wer Hilfe benötigt und angemessen reagieren.

⁴⁹ Die technischen Anforderungen an Hausnotruf-Geräte sind detailliert im Pflegehilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 52) gemäß des Vertrags über die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln nach § 78 Abs. 1 SGB XI vorgeschrieben.

Die Hausnotruf-Zentrale ist permanent, d.h. rund um die Uhr besetzt. Häufig handelt es sich dabei um Personal, das über medizinische Kenntnisse verfügt und zugleich psychologisch geschult ist (z.B. aus dem Rettungswesen). Die Aufgabe des Personals ist es, die eingehenden Rufe entgegenzunehmen, über eine bedarfsadäquate Reaktion zu entscheiden und die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten. Die Hausnotruf-Zentrale bildet damit die eigentliche Schnittstelle zwischen den Nutzern und den Notfallinterventionen bzw. unterstützenden Dienstleistungen.

Die wesentliche Leistung der Hausnotruf-Dienste besteht in der Entgegennahme der (Not-)Rufe und einer qualifizierten Entscheidung über die zu treffenden Maßnahmen. Wenn eine Sprechverbindung zu dem betreffenden Nutzer zustande kommt, so erfragt der Mitarbeiter den Grund des Anrufs und entscheidet gemeinsam mit dem Anrufer über das weitere Vorgehen. Kommt es zu keiner Sprechverbindung, werden in der Regel sofortige Maßnahmen durch den Hausnotruf-Dienst veranlasst (Rettungsdienst, Bereitschaftsdienst und/oder Bezugspersonen). In diesen Fällen muss unverzüglich gehandelt werden, da es sich um lebensbedrohliche Notfälle handeln könnte. Vor Ort leisten sie in der Regel nur dann Hilfen, wenn sie über einen eigenen Bereitschaftsdienst verfügen und ein Einsatz dieses Bereitschaftsdienstes situationsadäquat ist.

Abb. 17: Ablaufschema einer Notrufbearbeitung

Bei der Notrufbearbeitung können Probleme und Missverständnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden: Die Handsender reagieren sehr empfindlich, deshalb kann es gelegentlich zu Anrufen kommen, die von den Teilnehmern unbeabsichtigt ausgelöst wurden (Fehlalarme). Es sind Fälle bekannt, wo z.B. hörbehinderte Nutzer die Rückfrage der Zentrale nicht wahrgenommen haben, weil sie ihr Hörgerät abgeschaltet hatten. Die Zentrale hat daraufhin den Rettungsdienst verständigt, weil ein „Notruf“ vorlag, jedoch keine Sprechverbindung zustande kam (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 160 ff.). Diese Fehlerquellen sind nicht hundertprozentig auszuschließen, verdeutlichen jedoch die hohe Leistungsbereitschaft des Hausnotruf-Dienstes. Derartige Beispiele bele-

gen im Übrigen, dass Fehleinsätze entsprechend dokumentiert werden, um die Fehlerquote zukünftig weiter zu begrenzen. Kommt es bei bestimmten Nutzerinnen und Nutzern gehäuft zu Fehlalarmen, so muss der Hausnotruf-Dienst die möglichen Ursachen erforschen (z.B. Einsamkeit, Kommunikationsbedürfnis).

Es gibt verschiedene Typen von Hausnotruf-Diensten, die danach unterschieden werden können, wie sie auf (Not-)Rufe reagieren und in die regionalen Versorgungsstrukturen eingebunden sind. Im Wesentlichen lassen sich drei verschiedene Konzeptionen identifizieren (vgl. BRANDT/LILIENTHAL 1994: 75 ff., STARKE 1999: 17 f.):

1. Hausnotruf-Dienste, die überregional oder sogar bundesweit operieren

Diese Hausnotruf-Dienste versorgen mit einer Zentrale z.T. mehrere tausend Nutzerinnen und Nutzer. Die Anzahl der angeschlossenen Kundinnen und Kunden und der Standort der Zentrale haben dabei keinen unmittelbaren Einfluss auf die Versorgungsqualität. Vielmehr ist es entscheidend, ob und wie diese überregional tätigen Hausnotruf-Dienste in die örtlichen Infrastrukturen eingebunden sind und einen Service vor Ort gewährleisten können. Es besteht die Gefahr, dass diesen Anbietern ein ausreichender Regionalbezug zu den örtlichen ambulanten Anbietern verloren geht und kein persönlicher Kontakt zu den Nutzerinnen und Nutzern zustande kommt. Dementsprechend wird zumeist nicht mehr als eine reine Notfallversorgung gewährleistet: Das Leistungsspektrum konzentriert sich auf eine medizinisch-somatische Akutversorgung, die in erster Linie von den örtlichen Rettungsdiensten ausgeführt wird. Bei einem nicht lebensbedrohlichen Notfall werden in der Regel die von den Teilnehmern angegebenen Ansprechpartner benachrichtigt (Angehörige, Nachbarn, Pflegedienste). Sind diese Personen nicht erreichbar, wird der Rettungsdienst verständigt. Dieses eindimensionale Reaktionsmuster und die fehlenden persönlichen Kontakte erschweren z.T. situations- und bedarfsadäquate Reaktionen bei (Not-)Rufen, die keinem „standardisierten Muster“ entsprechen.

2. Hausnotruf-Dienste, die mit einem Regionalbezug arbeiten und in den örtlichen Infrastrukturen verankert sind

Diese Hausnotruf-Dienste begreifen sich als ergänzender Baustein bestehender Hilfenetzwerke ihrer Nutzerinnen und Nutzer. Ihre Funktionsweise basiert auf einem sogenannten „Nachbarschaftsmodell“, d.h. Hilfeleistungen sollen in erster Linie durch die „kleinen Netzwerke“ (Angehörige, Nachbarn, Freunde) erbracht werden. Deshalb müssen die Nutzerinnen und Nutzer drei bis vier Bezugspersonen in der Nachbarschaft benennen, um an den Hausnotruf-Dienst angeschlossen zu werden. Diese Bezugspersonen sind bei einem (Not-)Ruf die primären Ansprechpartner für den Hausnotruf-Dienst: Sie besitzen einen Schlüssel zur Wohnung des jeweiligen Nutzers, so dass sie im Bedarfsfall kleinere Hilfen leisten oder professionellen Helfern den Zugang zur Wohnung ermöglichen können (vgl. HAUSNOTRUF-DIENST gGmbH 1999: 42). Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass es sich nur selten um medizinisch-somatische Notfälle handelt und Hilfeleistungen deshalb auch im Rahmen der Nachbarschaftshilfe erbracht werden können. So sollen die Bezugspersonen „kleinere Hilfen“ bei akuten körperlichen Bedarflagen leisten (z.B. bei der Alltagsbewältigung) oder wenn dies nicht möglich ist, den Hausnotruf-Dienst über die Situation vor Ort informieren. Mit diesen Informationen kann der Hausnotruf-Dienst für angemessene Hilfeleistungen sorgen. Der Rettungsdienst wird in der Regel nur dann verständigt, wenn keiner der benannten Ansprechpartner erreichbar ist, eine unverzügliche Reaktion jedoch indiziert ist. Hausnotruf-Dienste, die nach dem Nachbarschaftsmodell konzipiert sind, haben häufig deutlich weniger Nutzerinnen und Nutzer als überregional tätige Dienste.

3. Hausnotruf-Dienste, die das „Nachbarschaftsmodell“ um einen eigenen Bereitschaftsdienst erweitern

Diese Hausnotruf-Dienste können mit ihrem Bereitschaftsdienst bei nicht-medizinischen Hilfebedarfen selbst kleinere Hilfeleistungen vor Ort erbringen, z.B. nach Stürzen oder bei alltagspraktischen Hilfebedarfen. Hier werden häufig speziell geschulte Zivildienstleistende eingesetzt. Diese erweiterte Konzeption geht im Gegensatz zum Nachbarschaftsmodell davon aus, dass die Nutzerinnen und Nutzer häufig nicht bzw. nicht ausreichend in primäre

Netzwerke eingebunden sind. Durch den eigenen Bereitschaftsdienst sollen Versorgungslücken, die entstehen könnten, ausgeglichen werden.

Die Mitarbeiter der Zentrale entscheiden gemeinsam mit den Nutzern über den Einsatz des Bereitschaftsdienstes. Die Einsätze des Bereitschaftsdienstes sind je nach Kostengestaltung der Hausnotruf-Dienste bereits in „Leistungspaketen“ enthalten. Im Vergleich zum Nachbarschaftsmodell können so die Einsätze des kostenintensiveren Rettungsdienstes auf das notwendige Maß reduziert werden. Einige Dienste bieten zusätzlich eine Schlüsselaufbewahrung an, um im Bedarfsfall den Zugang zur Wohnung zu gewährleisten. Nachteile dieses Modells sind z.B. mögliche Wartezeiten für die Nutzerinnen und Nutzer, die durch Anfahrtswege im innerstädtischen Verkehr entstehen. In Großstädten können diese Zeiten durchaus 20 Minuten und mehr betragen (vgl. HAUSNOTRUF-DIENST gGmbH 1999).

Es gibt darüber hinaus eine Vielzahl von Hausnotruf-Diensten, die ihre Dienstleistungen vor Ort anbieten, jedoch über keine eigene Zentrale bzw. keine rund um die Uhr besetzte Zentrale verfügen. In diesen Fällen werden die Nutzerinnen und Nutzer in der Hausnotruf-Zentrale eines anderen Anbieters „aufgeschaltet“ (sogenannte Fremdaufschaltungen). Bei Fremdaufschaltungen werden die (Not-)Rufe in der nicht ortsansässigen Zentrale angenommen und durch die ortsansässigen Hausnotruf-Dienste bearbeitet. Das Vorgehen vor Ort entspricht dabei den dargestellten Reaktionsweisen durch Rettungsdienst, Bezugspersonen oder Bereitschaftsdienst.

Theoretisch ist es für die Nutzerinnen und Nutzer unerheblich, ob sie zu den sogenannten „Eigenanschlüssen“ oder „Fremdaufschaltungen“ der Hausnotruf-Dienste zählen. Sie müssen sich grundsätzlich darauf verlassen können, dass ihre (Not-)Rufe zuverlässig entgegengenommen und unverzüglich bearbeitet werden. Fremdaufschaltungen setzen allerdings ein besonders effektives Informationsmanagement voraus, um nutzerbezogene Informationen über Bedarfe etc. direkt weiterzuleiten und unverzüglich zu bearbeiten. Bei fremdaufgeschalteten Nutzern ist die potentielle Fehlerquote größer, weil eine räumliche Trennung einen hohen logistischen Aufwand bedeutet. Es kann deshalb angenommen werden, dass ein ausgeprägter Regionalbezug eines Hausnotruf-Dienstes für seine Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorteilhaft ist. Eine regiona-

le Einbindung ermöglicht z.B. einen persönlichen Kontakt und erleichtert eine Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Dienstleistern.

1.3 Hausnotruf: Dienstleistung oder technisches Hilfsmittel?

Hausnotruf-Dienste haben sich seit ihrer Gründung primär auf medizinische Notfallinterventionen konzentriert. Dies hat zu einem verkürzten Sicherheitsverständnis und einem begrenzten Leistungsangebot geführt. Deshalb haben sie ihre Arbeit in erster Linie auf medizinische Notfallreaktionen (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Schlaganfall, Herzinfarkt) und akute körperliche Hilfebedarfe (z.B. häusliche Unfälle, Stürze) ausgerichtet (vgl. ADAM 1995: 49, STARKE 1999:16 ff.). Darüber hinausgehende Sicherungsbedarfe von unterstützungsbedürftigen Menschen wurden eher ausgeblendet. Diese Fixierung auf medizinische und somatische Bedarfslagen hat das Leistungsspektrum von Hausnotruf-Diensten künstlich begrenzt.

Als Folge dieser verkürzten Sichtweise wurde Hausnotruf-Diensten eine Rolle als randständiges Versorgungselement zugewiesen und sie agierten innerhalb bestehender Strukturen. Ernsthafte Weiterentwicklungen blieben damit lange Zeit aus und Hausnotruf-Dienste führten im System ambulanter Dienste und Hilfen bislang eher ein „Schattendasein“. Sie nahmen eher eine Zusatzfunktion ein, indem hauptsächlich bestehende Hilfearrangements hilfebedürftiger Personen um eine Notruffunktion ergänzt wurden.

Diese einseitige Praxis der Hausnotruf-Dienste wurde bei der Implementierung der Pflegeversicherung aufgegriffen und durch die neuen gesetzlichen Regelungen weiter begrenzt. Das Pflegehilfsmittelverzeichnis gemäß § 78 SGB XI definiert Hausnotruf-Dienste lediglich als ein technisches Hilfsmittel, mit dessen Hilfe im Bedarfsfall Notrufe gesendet werden können. Diese eingeschränkte Definition legt Hausnotruf-Dienste auf eine Praxis fest, die an medizinisch-somatischen Bedarfslagen orientierten ist.

Es wurde nicht beachtet, dass Hausnotruf-Dienste mehr als eine ausschließliche Notfallintervention leisten können. Vor der Implementierung der Pflegeversicherung hatte sich eine Reihe von Anbietern bereits konzeptionell weiterentwickelt, so dass es punktuell Hausnotruf-Dienste gab, die auch auf psychosoziale und alltagspraktische Bedarfe reagierten. Diese weiterreichenden An-

gebote waren häufig nicht oder nicht ausreichend institutionalisiert und wurden bei der Formulierung der Versorgungsverträge von den Pflegekassen nicht berücksichtigt.

Die Definition von Hausnotruf-Diensten als technisches Hilfsmittel hatte eine eingeschränkte Kostenübernahme durch die Pflegeversicherung in Form eines gedeckelten Betrags zur Folge (17,89 € im Monat pro Nutzer). Es handelt sich dabei um eine Höchstpreisvereinbarung zwischen den Anbietern und den Pflegekassen. Mit diesem Betrag können jedoch keine begleitenden Dienstleistungen oder über die medizinisch-somatische Notfallsicherung hinausgehenden Maßnahmen finanziert werden. Die Träger von Hausnotruf-Diensten berichten davon, dass diese Kostenübernahme lediglich ausreicht, um den Nutzerinnen und Nutzern das technische Equipment und die Verfügbarkeit einer rund um die Uhr besetzten Hausnotruf-Zentrale bereitzustellen. Dabei setzt eine eigenständige, rund um die Uhr besetzte Hausnotruf-Zentrale bereits hohe Anschlusszahlen voraus. Vermutlich hat die Definition als Pflegehilfsmittel Hausnotruf-Dienste in ihrer Entwicklung blockiert, sie wurden nicht in das Spektrum ambulanter Dienste und Hilfen eingebunden, sondern eher als ergänzendes Element ausgegrenzt.

Das Land Nordrhein-Westfalen definiert abweichend vom SGB XI in seinem Landespflegegesetz Hausnotruf-Dienste als komplementäre Dienste und stellt sie auf die gleiche Stufe wie z.B. hauswirtschaftliche Hilfen, Hausbetreuungsdienste und Wohnraumberatung (vgl. § 10 PfG NW). Diese komplementären Dienstleistungen haben ausdrücklich zum Ziel, die selbständige Lebensführung hilfebedürftiger Menschen zu unterstützen. Nordrhein-Westfalen hat spezielle Richtlinien erlassen, um komplementäre ambulante Dienste zu fördern. Auf diese Art und Weise sollen Dienstleistungsangebote gestärkt werden, die nicht oder nicht ausreichend durch „reguläre Kostenträger“ abgedeckt sind. Hausnotruf-Dienste werden damit als originärer Bestandteil des ambulanten Versorgungsspektrums anerkannt.

Diese beiden widersprüchlichen Auslegungen verdeutlichen das Dilemma von Hausnotruf-Diensten. Einerseits haben sich viele Anbieter jahrelang durch ihre gängige Praxis selbst reduziert, dies wurde innerhalb der Pflegeversicherung manifestiert. Andererseits besitzen sie ein Leistungspotential, das ihre bisherige

Praxis und gemäß Pflegeversicherung festgelegte Funktion als technisches Hilfsmittel bei weitem übersteigt.

Diese Widersprüche haben für die Nutzerinnen und Nutzer Konsequenzen, wie die Kostenübernahme durch Sozialversicherungsträger zeigt: Die Pflegeversicherung übernimmt maximal einen Betrag von 17,89 €, qualifizierte Angebote der meisten Hausnotruf-Anbieter kosten jedoch zwischen 30 und 45 €⁵⁰. Für den Differenzbetrag müssen die Betroffenen in der Regel selbst aufkommen. Auch wenn formal der entsprechende Mehraufwand von den örtlichen Sozialhilfeträgern übernommen werden könnte, stellt dies in der Praxis jedoch häufig ein Problem dar⁵¹. Die einzelnen Kommunen und Kreise handeln hier nicht einheitlich und durch regional verschiedene Auffassungen ist für die Betroffenen keine ausreichende Verlässlichkeit gewährleistet. Diese Regelungen zur Kostenübernahme bestätigen die ungeklärte Stellung der Hausnotruf-Dienste und sind ein Beleg für ihre derzeitige randständige Position. Damit werden Chancen, die mit einem umfassenderen Leistungsspektrum von Hausnotruf-Diensten verbunden sind, verkannt.

Hausnotruf-Dienste belegen das Dilemma einer additiv organisierten ambulanten Versorgung. Man hat zwar die Notwendigkeit für dieses Angebot erkannt, es wurde jedoch auf bestehende Strukturen aufgesetzt. Die Konsequenz ist eine mangelhafte Verknüpfung von Einzelangeboten und eine Fragmentierung der Versorgungsstrukturen. Die Grundprobleme des Ambulanzsystems spiegeln sich in Hausnotruf-Diensten wider: Hausnotruf-Dienste wurden in erster Linie als zusätzliche (technische) Möglichkeit eingesetzt, um Unwägbarkeiten des täglichen Lebens abzusichern. Damit wurde ein weiteres spezialisiertes Angebot im Ambulanzsystem etabliert. Diese eingeschränkte Praxis resultiert wiederum aus einer strikten Arbeitsteilung, die nicht auf eine Integration und Vernetzung verschiedener Angebote setzt. Dabei setzt sich zudem die seit Jahr-

⁵⁰ Dies ergaben aktuell ausgewählte Nachfragen bei Anbietern. Bei einer flächendeckenden Untersuchung im Jahr 1998/99 (vgl. Teil 4) lag die Preisspanne zwischen 60 und 85 DM.

⁵¹ In aktueller Rechtsprechung verweist jedoch das Bundesverwaltungsgericht darauf, dass Pflegebedürftige zusätzliche Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen können, da die Pflegeversicherung keine „Vollversicherung“ ist (AZ 5 C 34.99, vgl. WAZ 16.06.2000).

zehnten etablierte bürokratische Trennung zwischen den Kostenträgern durch⁵².

Die beschriebene Arbeitsteilung wirkt sich in der Dienstleistungspraxis negativ aus und die künstliche Trennung entspricht nicht mehr den aktuellen situativen Anforderungen. Diese aus organisationstheoretischer Sicht überholte Praxis steht einer angemessenen Versorgung entgegen und erschwert es den Hausnotruf-Diensten, sich auf die Bedarfe ihrer Nutzerinnen und Nutzer auszurichten. Im Gegenteil fordern diese Strukturen von den Betroffenen, sich mit den vorhandenen Möglichkeiten zu arrangieren. Dies kann für hilfebedürftige Menschen unter Umständen Hürden aufbauen, die einer gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe im Wege stehen.

Mit Hausnotruf-Diensten ist die Chance verbunden, eine Clearing- und Vermittlungsfunktion im Ambulanzsystem zu etablieren. Diese Chance würde durch die Reduzierung auf ein technisches Hilfsmittel jedoch verspielt. Hausnotruf-Dienste sind vielmehr originäre Dienstleister, die sich lediglich eines Telemediums bedienen. Sie verfügen über Erfahrungen und Organisationsstrukturen, individuell und flexibel auf Nutzerbedarfe einzugehen. Mit diesen Voraussetzungen wäre es mit vergleichsweise geringem Aufwand möglich, ganzheitlich zu arbeiten.

Die Hausnotruf-Technik ist lediglich das erforderliche Kommunikationsmedium, um eine spezifische Not- und Bedarfslage „unkompliziert“ zu äußern. Die Dienstleistung besteht darin, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hausnotruf-Zentrale die (versteckten) Bedarfslagen der Teilnehmer erkennen und adäquat reagieren. Diese Aufgabe kann nicht durch andere Dienstleister „nebenbei“ abgedeckt werden. Hausnotruf-Dienste könnten diese spezifischen Kernkompetenzen im Ambulanzsystem zur Verfügung stellen, indem sie z.B. umfassende Leistungsangebote vermitteln. Es kann angenommen werden, dass Hausnotruf-Dienste bisher verkannte Potenziale haben, die entsprechend eingesetzt werden könnten.

Die Antwort auf die eingangs formulierte Frage „Hausnotruf: Dienstleistung oder technisches Hilfsmittel?“ lautet: Hausnotruf-Dienste sollten aufgrund ihrer Auf-

⁵² vgl. Teil 1, 4 Infrastruktur des ambulanten Versorgungssystems

gabenstellung gleichberechtigte ambulante Dienstleister sein. Sie halten bereits heute einen unverzichtbaren Leistungsbaustein der ambulanten Versorgung vor.

1.4 Der Sicherheitsbegriff und seine Auswirkungen auf die Praxis von Hausnotruf-Diensten

Eigenständige Lebensformen erfordern bestimmte Sicherheiten. Je größer die individuellen Lebensrisiken sind, desto höher ist der Sicherheitsbedarf. Dies gilt insbesondere für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen, deren individuelle Lebensrisiken erhöht sind. Hausnotruf-Dienste haben zum Ziel, diese Risiken abzusichern, wobei sich der Zuschnitt ihres Leistungsangebots aus ihrem Sicherheitsverständnis ableitet. Je umfassender Hausnotruf-Dienste Sicherheit für ihre Nutzerinnen und Nutzer definieren, desto umfassender ist ihr Angebotsspektrum. Entscheidend ist in erster Linie, dass Sicherheit mehr beinhaltet, als medizinisch-somatische Risiken zu verringern.

Hausnotruf-Dienste präsentieren sich in der Öffentlichkeit ausnahmslos als Anbieter von Sicherheit: „Hausnotruf-Dienst ein gutes Gefühl – *Sicherheit* zu Hause“, „Eigenständig? Aber *sicher!*“, „... gibt Ihnen zu Hause das Gefühl der *Sicherheit*“, „Medizinischer Notruf – Ein Konzept für alle, deren Kunden im Bereich der Gesundheit *sicher* sein wollen ...“, „Hausnotruf-Dienst: *Sicher* zu Hause leben“, Hausnotruf: Ihr *Sicherheitsservice* rund um die Uhr!“. Diese ausgewählten Beispiele sind aus den Werbebroschüren verschiedener Hausnotruf-Dienste zitiert und bilden einen Querschnitt ab. Potentiellen Nutzerinnen und Nutzern soll deutlich gemacht werden, dass Hausnotruf-Dienste ein Leben in der eigenen Wohnung absichern. Dabei werden insbesondere Menschen angesprochen, die bereits einschneidende Erlebnisse (z.B. lebensbedrohliche Erkrankungen) hatten. Hausnotruf-Dienste suggerieren in ihrer Werbung eine umfassende Sicherheit zu gewährleisten. Im folgenden soll deshalb überprüft werden, ob das (bisherige) Sicherheitsverständnis der Hausnotruf-Dienste ausreicht und wo gegebenenfalls Weiterentwicklungen notwendig sind.

Zum Verständnis von objektiver und subjektiver Sicherheit

Sicherheit ist im Zusammenhang mit ambulanten Dienstleistungen nur schwer zu definieren. Sie bezieht sich entweder auf die möglichst umfassenden Vor-

kehrungen der Anbieter oder auf das subjektive Empfinden der Nutzerinnen und Nutzer. Bei den Betroffenen drückt Sicherheit die Empfindung aus, gut versorgt und keinen Risiken ausgesetzt zu sein. Demgegenüber steht die auf medizinisch-technische Komponenten reduzierte Sicherheit, die Hausnotruf-Dienste in Werbeslogans propagieren. Sicherheit ist jedoch eine umfassende, alle Lebensbereiche betreffende Qualität, die über medizinische oder somatische Risiken hinausgeht.

Eine Absicherung eigenständiger und selbstbestimmter Lebensformen erfordert es, individuelle Lebensrisiken einzugrenzen. Diese Sicherheit ist mit objektiven Maßstäben kaum messbar, es handelt sich eher um subjektive Empfindungen der Betroffenen. Aber auch wenn objektive Messgrößen fehlen, wird sich dieses Empfinden in der Regel nur dann einstellen, wenn nach objektiven Maßstäben ausreichend auf die individuellen Unterstützungsbedarfe reagiert wird. Individuelle Risiken sind der Preis für eigenständige und selbstbestimmte Lebensformen, während Sicherheit ein Wertesymbol für Geborgenheit, Verlässlichkeit und Risikolosigkeit ist (vgl. HILLMANN 1994: 778 f.). Geborgenheit setzt aber ausreichende personelle und materielle Ressourcen für den einzelnen Menschen voraus, um für dessen subjektives Wohlbefinden zu sorgen (vgl. ZAPF 1994: 297). Diese erste Annäherung könnte zu dem Schluss führen, dass Sicherheit letztendlich nicht mehr ist als eine Risikominimierung (vgl. EVERS 1987). Offensichtlich ist der Begriff Sicherheit nur schwer zu fassen.

Die Vorstellung vom Risiko als Gegenpol zur Sicherheit ist zwar weit verbreitet, letztendlich jedoch nur ein Reflexionsbegriff ohne nähere Aussage. Der „Risikobegriff der Sicherheit“ ist vergleichbar mit einer Definition von Gesundheit, die sich auf den Gegenbegriff Krankheit bezieht (vgl. LUHMANN 1991: 28 ff.). Niklas Luhmann umschreibt den Begriff Sicherheit, indem es für ihn sicher ist, dass ein strukturloses Chaos unsicher ist. Er leitet daraus die These ab, dass wir den Begriff der Sicherheit lediglich auf Erwartungen beziehen, genauer auf die Wahrscheinlichkeit ihres Eintreffens (vgl. LUHMANN 1996: 417 f.). Ein Mensch wird sich z.B. dann unsicher fühlen, wenn er aufgrund seiner individuellen Bedarfslagen den Eindruck gewinnt, dass Situationen eintreffen werden, die er nicht aus eigener Kraft bewältigen kann. Das heißt, wer eigenständig und selbstbestimmt lebt, benötigt ein Mindestmaß an Sicherheit, um sein Leben zu gestalten. Sicherheit setzt hier in der Regel externe Hilfen voraus. Dies gilt ins-

besondere für Menschen, die aufgrund ihres Alters, einer chronischen Krankheit und/oder einer Behinderung spezifischen Risiken unterliegen.

Luhmanns Definition des Sicherheitsbegriffs können auf die ambulante Versorgung bezogen werden, indem Sicherheit das Vertrauen darauf ist, im Bedarfsfall die notwendigen Hilfen zu erhalten. Theoretisch kann das System ambulanter Dienste und Hilfen diese Sicherheit vermitteln, de facto bestehen jedoch Barrieren, die durch die Fragmentierung des Dienstleistungssystems aufgebaut werden⁵³. Fragmentierung wird von den Nutzerinnen und Nutzern eher als „Unordnung“ aufgefasst, die wiederum Unsicherheit hervorrufen kann. Aus diesen Faktoren kann eine auf das Ambulanzsystem anwendbare Definition abgeleitet werden:

Die ambulante Versorgung bietet dann Sicherheit, wenn sie neben den objektiven Voraussetzungen den Menschen (insbesondere Menschen im Alter, mit chronischen Krankheiten und/oder Behinderungen) die Überzeugung vermittelt, dass sie in einer Notlage⁵⁴ Hilfen erhalten werden und das externe Hilfesystem ihren existentiellen Bedürfnissen gerecht wird.

Diese Sicherheit kann nur dann vermittelt werden, wenn einerseits im Ambulanzsystem die notwendige Dienstleistungsvielfalt besteht und andererseits der Zugang zu diesen Dienstleistungen nicht durch Zufälligkeiten und Unwägbarkeiten gekennzeichnet ist.

Wenn Hausnotruf-Dienste eine sicherheitsstiftende Instanz im System ambulanter Dienste und Hilfen sein wollen, müssen sie dieses umfassende Sicherheitsverständnis berücksichtigen und ihre Arbeit darauf ausrichten. Eine Fixierung auf die Absicherung medizinischer und somatischer Bedarfslagen ist zu eng gefasst, in gleicher Weise müssen sie psycho-soziale Belange und sonstige (Service-)Bedarfe des alltäglichen Lebens unterstützungsbedürftiger Menschen absichern. Zeitgemäße Sicherheitskonzepte umfassen sowohl die klassischen medizinischen Bedarfe, wie auch psycho-soziale Notlagen und (Servi-

⁵³ vgl. Teil 2, 2.2 Zur Arbeitsteilung im Ambulanzsystem

⁵⁴ Notlagen sind dabei alle Situationen, die eine Bewältigung des alltäglichen Lebens bedrohen oder verhindern.

ce-)Bedarfe zur Bewältigung des alltäglichen Lebens⁵⁵. Hausnotruf-Dienste können im Ambulanzsystem zukünftig einen wesentlichen Beitrag für die Sicherheit von Menschen mit besonderen Bedarfen leisten: Indem sie permanent ansprechbar sind und ihre Verwendung für jedermann leicht möglich ist, setzen sie diese Forderungen bereits ansatzweise um.

Zur Korrespondenz von Sicherheitsverständnis und Leistungsspektrum

Das Sicherheitsverständnis der Hausnotruf-Dienste korrespondiert direkt mit ihrem Leistungsangebot. Ein einseitiges, auf medizinisch-somatische Bedarfe reduziertes Sicherheitsverständnis begrenzt ihr Leistungsspektrum. Sicherheit ist jedoch umfassender zu verstehen und unterstützungsbedürftige Menschen benötigen ein Sicherungsinstrument, das alle zu erwartenden Bedarfslagen beantworten kann. Sicherheit wird angeboten, indem Leistungen aus dem gesamten ambulanten Dienstleistungsspektrum abrufbar gemacht werden.

Wenn sich Hausnotruf-Dienste an einem ganzheitlichen Sicherheitsverständnis orientieren, so muss ihr Angebot auf die Bedarfe ihrer Nutzerinnen und Nutzer ausgerichtet werden und alle Bereiche des alltäglichen Lebens umfassen. Diese Leistungen müssen nicht eigenständig erbracht, sondern können auch durch Vermittlung verfügbar gemacht werden. Geht man von möglichen Bedarfen alleinlebender unterstützungsbedürftiger Menschen aus, sollte sich ein ganzheitliches Leistungsspektrum aus folgenden Bereichen zusammensetzen:

- Reaktionen auf medizinische Notfälle (z.B. bei Notfällen, die keinen Zeitverzug zulassen, wie Herzinfarkte, Schlaganfälle o.ä.)
- Reaktionen auf akute körperliche Hilfebedarfe (z.B. Stürze, kurzfristige Unterstützungen bei unvorhergesehener körperlicher Hilflosigkeit)
- Reaktionen auf akute pflegerische Bedarfe (z.B. Veränderung der Lagerung, Katheterwechsel)
- Psycho-soziale Unterstützungen (z.B. bei Angst, Einsamkeit, Lebensproblemen)
- Informationen und Beratungen zu lebens- und alltagspraktischen Belangen (z.B. über mögliche Hilfequellen zur Alltagsbewältigung)

⁵⁵ Gegebenenfalls sogar die Möglichkeit auf kriminalistische Gefahrensituationen zu reagieren.

- Weiterreichende Vermittlungen von Dienstleistungen aus verschiedenen Bereichen, wie z.B.:
 - Grund- und Behandlungspflege
 - Ernährung (z.B. Menüservice)
 - Mobilität (z.B. Fahrdienste)
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
 - Kommunikation und gesellschaftliche Teilhabe (z.B. ehrenamtlicher Besuchsdienst)
 - Serviceleistungen (z.B. Frisör, Fußpflege, Handwerkerservice)
 - Psycho-soziale Unterstützung (z.B. niedergelassene Psychologen/Psychotherapeuten)

Die regionalen ambulanten Infrastrukturen verfügen in der Regel über diese Leistungsangebote, deshalb ist es für die Hausnotruf-Dienste nicht erforderlich, neue Angebote aus eigenen Kräften zu etablieren. Statt dessen können sie auf ihrer spezifischen Vermittlungskompetenz aufbauen und den Nutzern die verfügbaren Angebote zielgerichteter und damit bedarfsgerechter zugänglich machen. Ziel sollte es sein, die durch fragmentierte Leistungsstrukturen aufgebauten Zugangsbarrieren, die sich im Versorgungssystem sowohl leistungshemmend als auch kostensteigernd auswirken, abzubauen. Eben diese Zugangsbarrieren schaffen Unsicherheiten bei unterstützungsbedürftigen Menschen. Diese Zielgruppe benötigt statt dessen die Gewissheit, im Bedarfsfall möglichst unkompliziert die notwendigen Hilfen zu erhalten.

Die Vielfältigkeit der bestehenden Bedarfslagen setzt eine Spezialisierung der einzelnen Dienstleister voraus. Sie bedürfen eines spezifischen Know-hows und Equipments (Kernkompetenzen). Hausnotruf-Dienste sollen durch einen erweiterten Aufgabenzuschnitt keinesfalls mit anderen spezialisierten Dienstleistern konkurrieren. Vielmehr sollen sie ihr Sicherheitsverständnis erweitern und ihre eigene Kernkompetenz ausspielen, indem sie für einen reibungslosen Zugang zu benötigten Hilfen sorgen. Hausnotruf-Dienste sind dazu in der Lage, die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer zu erfassen und entweder durch kleinere Leistungen in Eigenregie oder die Beauftragung/Vermittlung anderer Dienstleister innerhalb kürzester Zeit zu reagieren. Hausnotruf-Dienste tragen zur Sicherheit bei, indem sie die Schnittstelle zwischen Nutzern und Dienstleistern bilden.

Im Umkehrschluss heißt das, Hausnotruf-Dienste können nur dann mit den Bedarfslagen alter, chronisch kranker und behinderter Menschen korrespondieren, wenn sie an einem umfassenden Sicherheitsverständnis ausgerichtet sind. Es wird deutlich, dass Hausnotruf-Dienste zukünftig ein breiteres Leistungsangebot vorhalten müssen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. Dies ist aber

nur dann möglich, wenn sie gezielt mit anderen Dienstleistern zusammenarbeiten. Indem sich Hausnotruf-Dienste mit anderen Diensten strukturell vernetzen, sind sie dazu in der Lage, dem fallbezogenen, subjektiven Sicherheitsbedürfnis der Nutzerinnen und Nutzer besser zu entsprechen. Zukünftig können Hausnotruf-Dienste die Instanz des Ambulanzsystems werden, die für einen reibungslosen Zugang zu benötigten Hilfen sorgt.

2 Der Beitrag von Hausnotruf-Diensten für eine Vernetzung des Ambulanzsystems

Die vorangegangenen Ausführungen haben die Praxis von Hausnotruf-Diensten und ihren Stellenwert im System ambulanter Dienste und Hilfen dargestellt. Hausnotruf-Dienste gelten eher als randständige Dienstleister und sind nur bedingt in die ambulanten Hilfestrukturen integriert. Die Kompetenzen der Hausnotruf-Dienste werden hinsichtlich der Bedarfsanalyse und des Vermittlungsmanagements jedoch weitgehend verkannt. Auf der Suche nach effektiven und effizienten Verbesserungsmöglichkeiten des Ambulanzsystems können hausnotruf-gestützte Modelle dazu beitragen, auf der Handlungsebene möglichst pragmatische Lösungsansätze zu entwickeln.

Überlegungen zur Veränderung der ambulanten Versorgung müssen auf die Bedarfe alter, chronisch kranker und behinderter Menschen ausgerichtet werden. Neue Versorgungszuschnitte könnten sowohl zielgenauere Hilfen als auch Kosteneinsparungen zulassen. Das erforderliche Dienstleistungspotenzial ist qualitativ und quantitativ vorhanden⁵⁶. Eine effektivere und effizientere Versorgung scheidet bislang an der mangelnden Zusammenarbeit der verschiedenen Dienstleister und den daraus resultierenden Reibungsverlusten. Die Strukturen des Dienstleistungsangebots entsprechen nicht mehr den aktuellen Anforderungen. Im Folgenden wird deshalb analysiert, ob bzw. wie Hausnotruf-Dienste durch zielgerichtete strategische Kooperationen und Vernetzungen Positiveffekte für Nutzer, Dienstleister sowie Kostenträger erzielen können.

Möglichkeiten zur Veränderung des Ambulanzsystems werden im Zusammenhang mit einer konzeptionellen Neuorientierung von Hausnotruf-Diensten betrachtet. Ihre besondere Ausgangslage ergibt sich aus der intelligenten Verknüpfung einer Dienstleistung mit den technischen Möglichkeiten eines Telekommunikationsmediums. Dadurch vereinen Hausnotruf-Dienste in sich verschiedenste Kompetenzen und Leistungspotenziale.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf Hausnotruf-Dienste, die durch eine eigene Zentrale bereits ein möglichst hohes Leistungs-

⁵⁶ vgl. Teil 2

potenzial besitzen. Auf die erforderlichen „Zwischenschritte“ für Anbieter ohne eigene Zentrale wird nicht näher eingegangen (z.B. Abstimmungserfordernisse).

2.1 Neuakzentuierung von Hausnotruf-Diensten als Optionen für eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen sollte bei der mangelnden Abstimmung zwischen den beteiligten Akteuren und den daraus resultierenden Reibungsverlusten ansetzen. Die verschiedenen Dienste arbeiten in der Regel nebeneinander, aber nicht miteinander. Dies trifft sowohl auf die Strukturen des ambulanten Dienstleistungssystems als auch auf die – zugrunde liegende – Organisation der Kostenträger zu. Dem Ambulanzsystem fehlt eine Instanz, mit deren Hilfe sowohl eine fallbezogene Koordination als auch eine strukturelle Vernetzung erreicht werden kann. Die Nachteile des arbeitsteiligen Vorgehens der verschiedenen Akteure können durch eine Dienstleistungsnetzwerkung ausgeglichen werden, gleichzeitig würde ein individuelles Case-Management die Bedarfsgerechtigkeit für die Nutzerinnen und Nutzer erhöhen.

Die unzureichende Einbindung von Hausnotruf-Diensten fiel in der Vergangenheit nur wenig ins Gewicht, da sie sich auf ein monostrukturelles Angebot für eine bestimmte Zielgruppe beschränkten. Bei alten und hochaltrigen Menschen ergänzte der Hausnotruf häufig lediglich bestehende Dienstleistungsarrangements um die „technische Notruffunktion“. Es handelte sich dabei häufig um einen „letzten Versuch“, das Leben in der eigenen Wohnung weiterhin zu bewerkstelligen. Diese Beobachtung wird durch eine geringe durchschnittliche Verweildauer der Teilnehmerinnen und Teilnehmer untermauert (z.B. durch Übergang in eine stationäre Wohnformen) (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 117 ff.).

Diese Ausgangsposition darf nicht über das mögliche Leistungspotenzial der Hausnotruf-Dienste hinwegtäuschen. Durch ihre bereits in der Vergangenheit unter Beweis gestellten Fähigkeiten, Hilfebedarfe ihrer Nutzerinnen und Nutzer aus der Ferne zu diagnostizieren und adäquate Lösungsstrategien zu entwickeln, haben Hausnotruf-Dienste die nötigen Vorerfahrungen für eine erweiterte Aufgabenstellung. Diese Erfahrungen und Kompetenzen der Hausnotruf-

Dienste können als Katalysator einer verbesserten Zusammenarbeit genutzt werden. In diesem Sinne wird angestrebt, ambulante Versorgungsnetzwerke aufzubauen, die den dargelegten Anforderungen an Kooperationen und Netzwerke entsprechen⁵⁷.

Netzwerke basieren dabei auf der effizienten Kombination von Kernkompetenzen: Während es beispielsweise die Kernkompetenz von Pflegediensten ist, Grund- und Behandlungspflege zu leisten, ist es hier ergänzend notwendig, weitere umfassende Dienstleistungen zu vermitteln, ambulante Netzwerke zu koordinieren oder für einen geregelten Informationsfluss zwischen beteiligten Akteuren zu sorgen. Selbst wenn sie über die fachlichen Voraussetzungen verfügen würden, hätten sie für diese Aufgaben nicht die notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen.

Hausnotruf-Dienste kombinieren die Vorteile der Telekommunikation mit einem fachkompetenten Dienstleistungsangebot. Sie sind darauf spezialisiert, mittels der Technik eine Verbindung zu den Nutzern herzustellen, Bedarfe festzustellen und Leistungen anderer Dienstleister zu vermitteln. Mit diesem spezifischen Know-how und mit einem umfassenden Sicherheitsverständnis können sie den Nutzerinnen und Nutzern einen Zugang zu umfassenden Angeboten erschließen. Diese Angebote werden de facto von anderen Dienstleistern erbracht. Die Neuakzentuierung erfolgt, indem die Vermittlungsfunktion auf der Grundlage strategischer Netzwerke systematisch gestärkt und ein weitreichender Aufbau von Netzwerken avisiert wird.

Wenn der Aufbau ambulanter Netzwerke gelingt, werden Hausnotruf-Dienste im Wesentlichen keine tatsächlich neuen Aufgaben wahrnehmen, es wird lediglich ihr Aufgabenzuschnitt erweitert und neu akzentuiert. Die Gefahr von Konkurrenzen und Kompetenzstreitigkeiten zu anderen Dienstleistungsangeboten ist dabei relativ gering. Für die Anbieter ergeben sich durch die Zusammenarbeit neue Handlungsmöglichkeiten, weil Überschneidungen und Doppelaktivitäten vermieden werden können.

⁵⁷ vgl. Teil 2, 3 Strategische Dienstleistungskooperation als Handlungsoption des Ambulanzsystems und 4 Das Netzwerkkonzept als Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen

2.2 Hausnotruf-Dienste als integraler Bestandteil von Unterstützungsnetzwerken

Hausnotruf-Dienste bieten sich als integraler Bestandteil von Netzwerken an, weil sie mit ihren Kompetenzen einen Leistungsbereich abdecken, der von keinem anderen Dienstleister abgedeckt wird. Es ist anzunehmen, dass die Vermittlungskompetenz von Hausnotruf-Diensten unabhängig davon gefragt sein wird, mit wem sie kooperieren. Mit Ausnahme einiger regional beschränkter Versuche gibt es bislang keine flächendeckende Vernetzung ambulanter Dienste und Hilfen. Bestehende Vernetzungsansätze sind eher fallbezogen ausgerichtet und tragen kaum zu einer strukturellen Vernetzung bei. Möglicherweise fehlte zur Weiterentwicklung ein „Kristallisationskern“, der den Aufbau von Netzwerken vereinfacht hätte.

Hausnotruf-Dienste sind darauf angewiesen, mit anderen Dienstleistern zusammenzuarbeiten. Häufig beschränkt sich die Zusammenarbeit allerdings auf trägerinterne Dienste⁵⁸ sowie Rettungsleitstellen und wird nur in Ausnahmefällen auf andere Anbieter ausgedehnt. Die „Unvermeidbarkeit“ der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern schafft eine gute Ausgangsposition für umfassendere Kooperationen und Vernetzungen. Hausnotruf-Dienste können sich nicht auf eine isolierte Leistungserbringung beschränken, allerdings ist zu befürchten, dass ihre Kooperationen bislang nicht ausreichend strukturell verankert sind, z.B. durch eindeutige Zielformulierungen und Kooperationsverträge⁵⁹. Die Hausnotruf-Dienste delegieren bisher in erster Linie Leistungen, die sie selber nicht erbringen (können). Dies sind zwar horizontale Kooperationsformen, die jedoch nicht reziprok sind und damit noch nicht den strategischen Anforderungen von bilateraler Zusammenarbeit entsprechen. Dadurch fehlen entsprechende Verbindlichkeiten, die auf eine langfristige Ausrichtung der Zusammenarbeit hindeuten.

Die Zusammenarbeitsformen der Hausnotruf-Dienste haben eher einen zufälligen Charakter und ermöglichen nur wenige nachhaltige Effekte. Ambulante Un-

⁵⁸ Mit „trägerinternen Diensten“ sind andere, eigenständige Bereiche des gleichen Trägers gemeint, wie z.B. Pflegedienst/Sozialstation, Fahrdienst, Mahlzeitendienst.

⁵⁹ vgl. Teil 2, 3.4 Zielfindung und Zielformulierung (...) und 3.5.3 Kooperationsverträge

terstützungnetzwerke setzen jedoch bei allen Beteiligten strategische Entscheidungen für die Zusammenarbeit voraus⁶⁰. Punktuell existieren allerdings bereits positive Beispiele für bilaterale strategische Kooperationen von Hausnotruf-Diensten mit anderen ambulanten Dienstleistern: Ein Pflegedienst übernimmt für einen Hausnotruf-Dienst den Bereitschaftsdienst für ein bestimmtes Stadtgebiet, im Gegenzug übernimmt der Hausnotruf-Dienst die Nachtrufbereitschaft für den Pflegedienst. Die Kooperation basiert dabei auf detaillierten Zielformulierungen und Verträgen, da mit dieser Zusammenarbeit auch Haftungsfragen verbunden sind. Dieses positive Beispiel lässt sich durchaus auf andere Bereiche übertragen.

Einfache Netzwerke entstehen bereits, wenn Hausnotruf-Dienste ihr Leistungsangebot mit einem Geflecht strategischer Kooperationen absichern⁶¹. Bilaterale Kooperationen sollten strategisch ausgerichtet sein und effizienter arbeiten als „losgelöste“ Solitärorganisationen. Längerfristig werden aber auch bilaterale Kooperationen nicht ausreichen, um auf die vielschichtigen Bedarfe zu reagieren. Es ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Kooperationspartnern notwendig sein wird, um das Optimum mit den vorhandenen Möglichkeiten zu erreichen: Das angestrebte Ziel ist der Aufbau komplexer Netzwerke⁶².

Es ist nicht das Ziel, Hausnotruf-Dienste als alleinige Schaltstelle von Netzwerken zu etablieren. Auch mit dem Einsatz moderner Kommunikationstechnologien wären sie mit dieser Funktion überfordert. Einfache Netzwerke, bei denen die Zusammenarbeit in nur einem „Knotenpunkt“ gebündelt wird, sind im Ambulanzsystem nur ein Zwischenschritt, da auch sie langfristig den vielschichtigen Anforderungen nicht gerecht werden können. Schwierigkeiten werden z.B. deutlich, wenn man das Versorgungsgebiet einer mittleren Großstadt und die damit verbundene Dienstleistungsvielfalt zugrunde legt. Durch ihre Prozessbündelung bergen einfache Netzwerke die Gefahr neuer Ineffizienzen. Eine Konzeption von Hausnotruf-Diensten als „Dreh- und Angelpunkt“ der ambulanten Versorgung (vgl. ADAM 1995: 185 ff.) darf nicht in diesem Sinne missverstanden wer-

⁶⁰ vgl. Abb. 10: Entstehungsprozess einer Kooperation

⁶¹ vgl. Abb. 14: Netzwerke als Emergenzen bilateraler Kooperationen

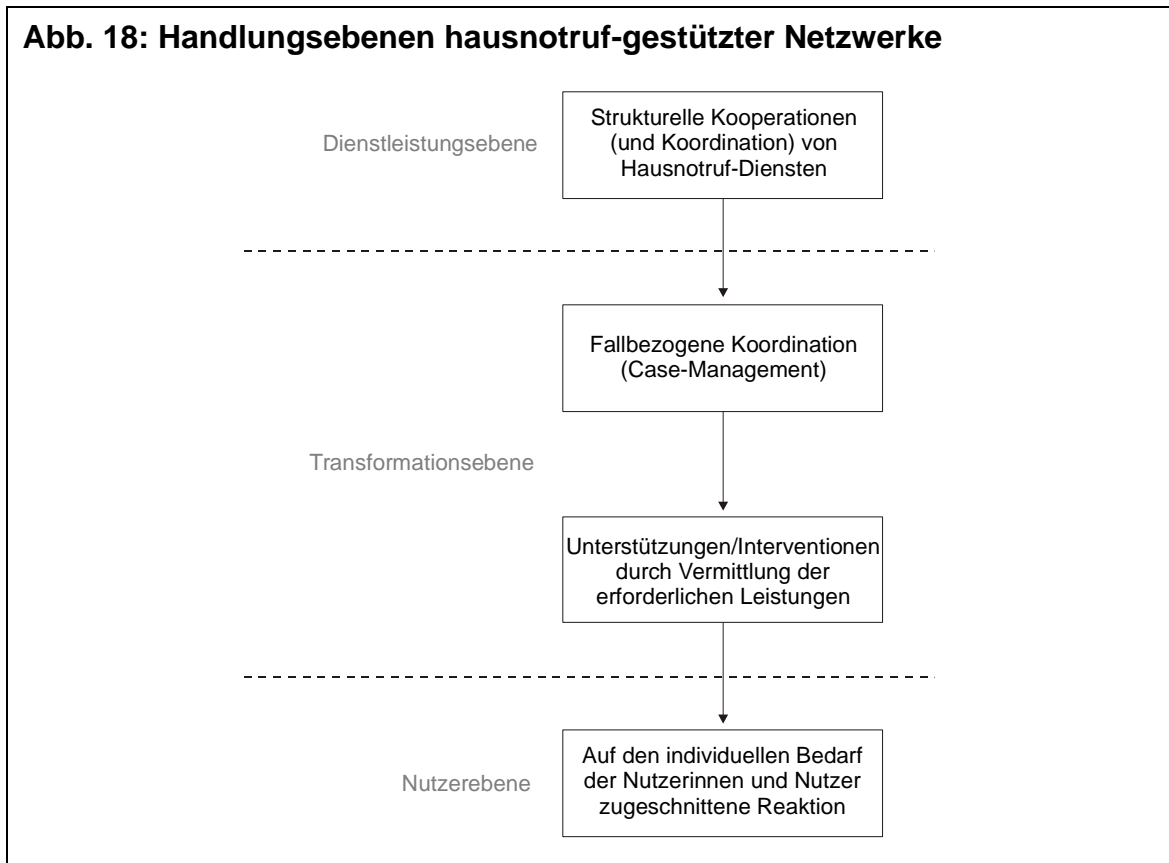
⁶² vgl. Teil 2, 4.2 Möglichkeiten und Chancen zur Vernetzung ambulanter Dienste und Hilfen

den. Hausnotruf-Dienste sollten vielmehr als gleichberechtigte Partner innerhalb von Netzwerken etabliert werden. Hier können sie ihre Kernkompetenzen ausspielen und gegebenenfalls als Netzwerkkoordinator fungieren.

Der Hausnotruf als „Dreh- und Angelpunkt“ entspräche der Problemlage einfacher Netzwerke: Eine optimale Versorgung wäre nur über die Schaltstelle „Hausnotruf“ zu realisieren, die stets als Zwischeninstanz einschaltet werden müsste und nur sie würde über die entsprechenden Kooperationen verfügen. Eine optimale Versorgung könnte also nur über diese zentrale Schaltstelle funktionieren. Zum Einen wäre eine Überforderung dieser Instanz vorprogrammiert, zum Anderen wäre damit nicht gewährleistet, dass die Nachteile der fragmentierten Leistungsstrukturen aufgehoben werden. Wahrscheinlich würde sich nur die Übersichtlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit des Versorgungssystems verbessern. Durch die übergeordnete Funktion der Hausnotruf-Dienste wären zudem Spannungen bzw. Inakzeptanzen anderer Dienstleister vorprogrammiert.

Ambulante Versorgungsnetzwerke können nicht allein auf der Initiative und Aktivität von Hausnotruf-Diensten basieren, selbstverständlich müssen andere Akteure des Ambulanzsystems aktiv involviert werden. Das Ziel sollten effiziente Netzwerke sein, die aus einem polymeren Geflecht abgestimmter Kooperationen bestehen. Komplexe ambulante Netzwerke ermöglichen im Idealfall eine direkte Zusammenarbeit aller Netzwerkpartner und entsprechen den Anforderungen strategischer Kooperationen.

Die Konsequenz kann deshalb nur der Aufbau komplexer Netzwerke sein, die Hausnotruf-Dienste genau wie alle anderen Beteiligten als gleichberechtigte Partner einschließen. Die Vernetzung erfolgt über strukturelle Kooperationen der Dienstleister, deren Effekte sich gezielt auf die Ebene der Nutzer transformieren lassen. Ziel ist es, nicht nur die Effizienz der Versorgungslandschaft zu verbessern, sondern insbesondere die Effektivität für die Betroffenen zu steigern. Komplexe hausnotruf-gestützte Versorgungsnetzwerke basieren auf verschiedenen Handlungsebenen, die strukturelle Kooperationen implizieren und fallbezogene Koordinationen ermöglichen. Auf diese Art und Weise können auf die individuellen Bedarf zugeschnittene Versorgungsarrangements zusammengestellt und vermittelt werden.

Abb. 18: Handlungsebenen hausnotruf-gestützter Netzwerke

Strukturelle Kooperationen bilden die Basis für eine effiziente fallbezogene Versorgung. Wenn sich verschiedene Partner durch eine wechselseitige Ziel-Mittel-Verflechtung⁶³ aneinander binden, können sie gegenseitig ihre Stärken und Schwächen ausgleichen und Synergiepotentiale erschließen. Unterstützungsbedürftige Menschen können davon profitieren, wenn Hausnotruf-Dienste in ambulante Versorgungsnetzwerke eingebunden werden, Dienstleistungen vermitteln, Netzwerke koordinieren und so zu einer bedarfsgerechteren Versorgung beitragen. Hausnotruf-Dienste haben zwar bislang die „Schwäche“ eines sehr eingeschränkten eigenen Angebots, gleichzeitig liegt ihre Stärke jedoch in der Koordination von Versorgungsabläufen und in der Vermittlung von Dienstleistungen. Im Zusammenschluss mit komplementären Dienstleistern des Ambulanzsystems können sie ihre Stärke weiter ausbauen. Von dieser Neuakzentuierung und der Integration in Versorgungsnetzwerke profitieren nicht nur die Nutzerinnen und Nutzer sondern auch die Netzwerkpartner.

⁶³ vgl. Teil 2, 3.4, Abb. 11: Kooperationen als wechselseitige Ziel-Mittel-Verflechtung

2.3 Neue Akzente eines erweiterten, netzwerkorientierten Hausnotruf-Konzepts

Mit einem erweiterten netzwerkorientierten Konzept sollen Hausnotruf-Dienste als ein fester Bestandteil ambulanter Hilfenetzwerke etabliert werden. Hausnotruf-Dienste nehmen dabei genau wie alle anderen Netzwerkpartner spezifische Aufgaben innerhalb des Netzwerks wahr. Es sollen Netzwerke entstehen, in die jeder Partner seine spezifischen Stärken einbringt, um individuelle Schwächen der einzelnen Akteure auszugleichen und eine möglichst hohe Gesamtleistungsfähigkeit des Netzwerks zu erzielen⁶⁴.

Netzwerke sind nur mit einem gewissen Aufwand zu realisieren und in der Praxis häufig mit Schwierigkeiten verbunden. Bei ambulanten Diensten besteht die Gefahr, dass sie mit ihrem „Alltagsgeschäft“ ausgelastet sind und kaum Potenziale zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Netzwerken freisetzen können. Zumeist sind die personellen Ressourcen durch Kernaufgaben gebunden. Demzufolge wären ambulante Dienstleister damit überfordert, ein ambulantes Netzwerk aufzubauen und zu unterhalten.

Erfahrungen aus anderen Bereichen (z.B. der Wirtschaft) belegen, dass die Netzwerkpflge eines intensiven Einsatzes bedarf. Im Rahmen einer angestrebten horizontalen Selbstorganisation von Netzwerken ist deshalb eine zentrale Instanz notwendig, die als gleichberechtigter Partner die Koordinierung übernimmt⁶⁵. Das heißt, ein Netzwerkpartner sollte mit den zentralen Aufgaben des Netzwerkaufbaus und der Netzwerkkoordination betraut werden. Eben diese Aufgabe ist ein wesentlicher Akzent des netzwerkorientierten Hausnotruf-Konzepts.

Netzwerke haben strukturelle und fallbezogene Aspekte, die bei ihrer Organisation angemessen berücksichtigt werden müssen. Netzwerke funktionieren in der Praxis nur dann, wenn sich alle Beteiligten intensiv miteinander abstimmen. Kooperationen von Hausnotruf-Diensten mit anderen Dienstleistern bzw. anderer Dienstleister untereinander müssen deshalb verbindlich geregelt werden.

⁶⁴ vgl. Teil 2, 3.3 Zur Auswahl geeigneter Kooperationspartner

⁶⁵ vgl. Teil 2, 2.3 und Abb. 6: Horizontale Selbstkoordination als Handlungsoption des Ambulanzsystems

Ein zusammengeführtes arbeitsteiliges Vorgehen sollte zentral koordiniert werden, um ein abgestimmtes Gesamtergebnis zu erreichen. Dabei sind fallbezogene und strukturelle Aspekte angemessen zu berücksichtigen.

Eine strukturelle Vernetzung liefert die Basis, um einen individuellen Fallbezug für die Nutzerinnen und Nutzer zu gewährleisten (vgl. auch FILSINGER/BERGOLD 1993: 35). Hausnotruf-Dienste bieten sich aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen und ihres originären Leistungszuschnitts explizit für diese Aufgabe an. Sie tragen nicht nur zu einer fallbezogenen Verbesserung der ambulanten Versorgung bei, für die es bereits eine Reihe von Praxiskonzepten gibt⁶⁶, sondern sie verknüpfen Elemente der strukturellen und fallbezogenen Vernetzung.

Hausnotruf-Dienste sind mit ihrer Neuakzentuierung herausgefordert, das Spektrum verfügbarer ambulanter Dienste und Hilfen in ein Gesamtsystem zu integrieren. Ziel ist es, durch eine abgestimmte Arbeitsteilung Synergieeffekte zu erzielen, die Nutzern und Dienstleistern gleichermaßen zugute kommen. Hausnotruf-Dienste können durch ihre präzisen Kenntnisse des ambulanten Dienstleistungsbereichs einen spezifischen Beitrag leisten. Es ist zu erwarten, dass sie im Rahmen einer Neuorientierung die erforderlichen Ressourcen freisetzen können, zumal sie im Gegensatz zu anderen Diensten relativ flexibel erscheinen. Kein anderer Dienstleister des Ambulanzsystems verfügt derzeit über ähnlich gute Ausgangsvoraussetzungen.

Mit einer Neuakzentuierung wäre es möglich, den Hausnotruf-Diensten Aufgaben im Rahmen der horizontalen Selbstorganisation von Netzwerken zu übertragen. Zu diesen Aufgaben gehört insbesondere die „Koordination“, die zukünftig – entgegen der gängigen Praxis arbeitsteiliger Systeme – in eine zentrale Verantwortung gelegt werden sollte. Dabei wird nach fallbezogener und struktureller Koordination unterschieden. Mit diesen Antipoden werden alle Funktionen erfasst, die erforderlich sind, ambulante Netzwerke zu steuern und die Zusammenarbeit der einzelnen Dienstleister im Sinne der Nutzer bedarfsgerecht aufeinander abzustimmen. Eine derartige, auf aktuellen organisationstheoretischen

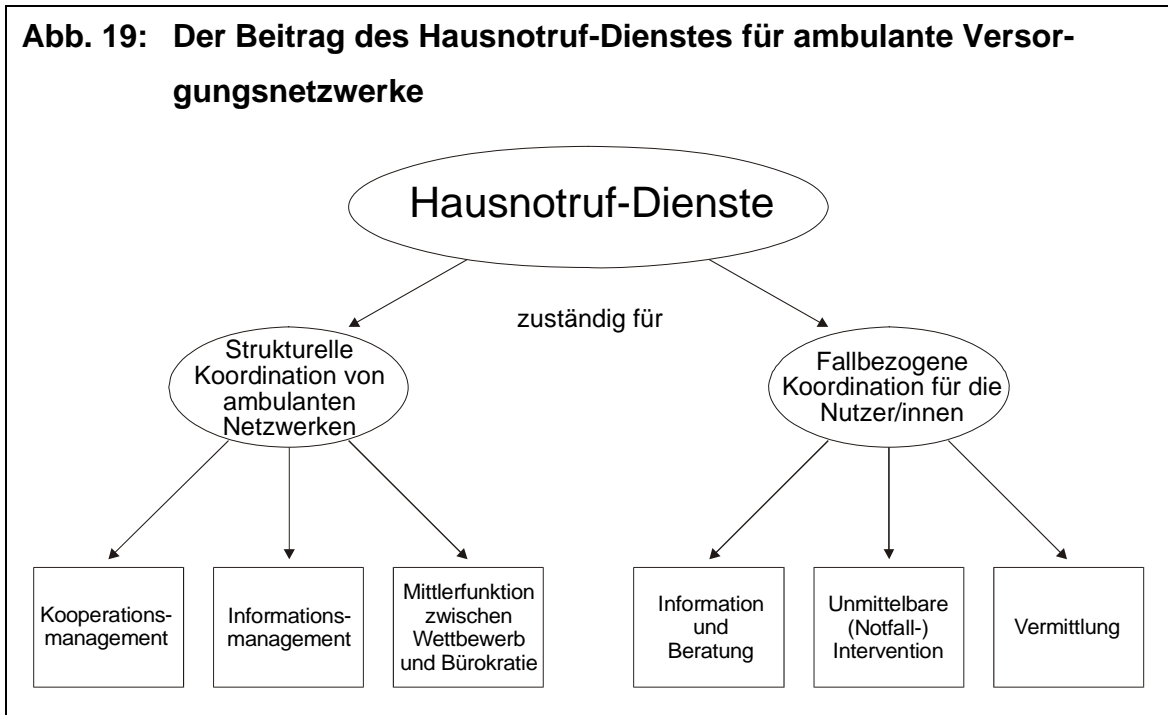
⁶⁶ vgl. Teil 3, 4.5 Exemplarische Ansätze zur Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Erkenntnissen basierende Netzwerkkonzeption sollte folgende Bausteine berücksichtigen:

- Die Hausnotruf-Dienste stellen die strukturelle Zusammenarbeit ambulanter Dienstleister sicher, indem sie die Verantwortung für ein effizientes Kooperationsmanagement tragen. Sie sorgen damit für eine gemeinsame Zielfindung und -orientierung sowie eine Abstimmung der einzelnen Arbeitsbereiche.
- Hausnotruf-Dienste sind innerhalb des Netzwerks für einen zeitnahen und kontinuierlichen Informationsaustausch verantwortlich. Deshalb steuern sie ein zentrales Informationsmanagement.
- Die neuen Netzwerkfunktionen von Hausnotruf-Diensten verleihen ihnen eine intermediäre Stellung zwischen den Organisationsformen Wettbewerb und Bürokratie⁶⁷, da ambulante Netzwerke nicht den klassischen Organisationsmustern sozialer Dienste und Hilfen entsprechen. Die angestrebten hausnotruf-gestützten Netzwerke sind weder an den bürokratischen Vorgaben der Kostenträger noch an den wettbewerbsorientierten Maßgaben des Marktes ausgerichtet. Vielmehr sind sie eine Synthese aus bürokratischen und marktwirtschaftlichen Koordinationsmechanismen. Mit dieser Verknüpfung der jeweils positiven Faktoren der beiden Organisationsformen können Synergieeffekte erschlossen werden und Verbesserungen für die Nutzerinnen und Nutzer geschaffen werden.
- Innerhalb ambulanter Netzwerke können Hausnotruf-Dienste einen möglichst optimalen Zugang zu bedarfsadäquaten Hilfen gewährleisten, indem sie die Zuständigkeit für die Information und Beratung der Nutzerinnen und Nutzer wahrnehmen. Diese zentralen Aufgabenschwerpunkte sollten ihnen aufgrund ihrer Kernkompetenz hauptverantwortlich zugeordnet werden.
- Wenn Hausnotruf-Dienste auf der strukturellen Ebene die Verantwortung für das Kooperations- und Informationsmanagement übernehmen, sind sie auch in besonderer Weise dazu qualifiziert, bei individuellen Notlagen der Nutzerinnen und Nutzer Interventionen einzuleiten. Durch ihre unverzügliche Bereitstellung bedarfsgerechter Hilfen tragen sie wesentlich zur subjektiven und objektiven Sicherheit von unterstützungsbedürftigen Menschen bei.

⁶⁷ vgl. Teil 2, 3.3.2 Synergien vs. Kosten ambulanter Dienstleistungskooperationen und 3.5.2 Exkurs: Neue Steuerungsmodelle

- Alle beteiligten Akteure vermitteln innerhalb des Netzwerks Leistungen der Netzwerkpartner. Die Hausnotruf-Dienste sollten allerdings eine koordinierende Funktion übernehmen, um bedarfsgerechte Arrangements leichter zusammenstellen zu können. Die Vermittlung von Dienstleistungen sollte darauf angelegt sein, fallbezogene sekundäre Hilfenetzwerke aufzubauen.



Indem Hausnotruf-Dienste durch eine Neuakzentuierung strukturelle und fallbezogene Aufgaben verknüpfen, können sie eine effizientere Koordination gewährleisten. Sie bieten sich für diese Aufgabe an, weil sie schon heute einige der aufgeführten Funktionen– zumindest in Ansätzen – erfüllen.

Der in Abb. 19 dargestellte Beitrag der Hausnotruf-Dienste ist den anderen Netzwerkpartnern hierarchisch nicht übergeordnet. Hausnotruf-Dienste sollen eher eine moderierende Funktion übernehmen, indem sie die diskursiven Verständigungsprozesse der horizontalen Selbstkoordination lenken. Dies bietet sich gerade für eine fallbezogene Koordination nutzerbezogener Leistungen im Sinne des Case-Managements an. Dabei können sie ihre Erfahrungen im Kooperations- und Informationsmanagement⁶⁸ einbringen.

⁶⁸ Auf die Frage des nutzerbezogenen Datenschutzes soll hier nicht eingegangen werden. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass diese Probleme durch entsprechende technische Zugangsberechtigungen der einzelnen beteiligten Bereiche lösbar sind.

Hausnotruf-Dienste bieten sich als Koordinatoren von Netzwerken an, weil ihr Grundkonzept bereits darauf angelegt ist, mit anderen Dienstleistern zusammenzuarbeiten. Auch wenn sie diese Aufgaben bislang nicht im „großen Stil“, sondern eher fallbezogen und nicht strukturell abgesichert wahrnahmen, verfügen sie über eine „ausbaufähige“ Grundlage. Andere Dienstleister verfügen in der Regel nicht über vergleichbare Erfahrungen und Kompetenzen.

In der Praxis bietet es sich an, diese Kernkompetenzen für die Koordination des Netzwerks mit ihren telekommunikativen Möglichkeiten zu verknüpfen. Hausnotruf-Dienste könnte z.B. als eine Art „Call-Center“ organisiert sein, die als zentrale Instanz hauptsächlich Serviceleistungen für andere Dienstleister erbringen. So kann eine neuartige Clearingstelle geschaffen werden, die auf einer abgestimmten und verbindlichen Zusammenarbeit der Dienstleister aufbaut und eine an den Maßgaben des Case-Managements ausgerichtete Versorgung für die Nutzerinnen und Nutzer gewährleistet.

Die Koordination von Netzwerken kann de facto nur gelingen, wenn den Hausnotruf-Diensten bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten von den anderen Netzwerkpartnern übertragen werden⁶⁹. Effiziente Netzwerke zeichnen sich dadurch aus, dass sie möglichst von einem fokalen Dienstleister strategisch geführt werden und eine systematische Rationalisierung kann durch eine gesteuerte Zusammenarbeit erreicht werden (vgl. SYDOW et al. 1995: 19 f.). Hausnotruf-Dienste können in paritätisch organisierten Netzwerken ihre Kernkompetenzen im Rahmen der strategischen Führung ausspielen. Indem sie die Funktion der fokalen Dienstleister übernehmen, treten sie aus dem „Schatten“ der anderen Dienstleister heraus. Sie geben ihre unterbewertete Stellung auf und können ihre originären Stärken ausspielen. Der Koordinationsgrad wird in der Praxis davon abhängig sein, inwieweit ihnen Handlungsspielräume von den anderen Netzwerkpartnern zugestanden werden.

Ambulante Hilfenetzwerke mit Hausnotruf-Diensten als Koordinatoren sind die intelligente Antwort auf die aktuellen situativen Anforderungen und neuen Bedarfe, denen nur mit einem konzertierten Zusammenwirken der Dienstleister begegnet werden kann. Es handelt sich um eine Möglichkeit, mit einfachen Mit-

⁶⁹ vgl. Abb. 15: Positive und negative Koordination

teln die fragmentierte Versorgungspraxis aufzuheben, ohne das komplette Versorgungssystem verändern zu müssen. Netzwerke stellen deshalb einen sinnvollen Kompromiss zwischen bürokratischen und marktwirtschaftlichen Koordinationsformen dar.

Diese Kombination aus strukturellen und fallbezogenen Versorgungsanteilen ist gefragt, um die vorhandenen Ressourcen der ambulanten Versorgungsstrukturen optimal ausnutzen zu können. Eine Vernetzungsstrategie unter Einbeziehung von Hausnotruf-Diensten als verantwortliche Koordinatoren zielt darauf ab, die vorhandenen Möglichkeiten besser als bisher einzusetzen und basiert hauptsächlich auf der Freisetzung von Synergiepotenzialen.

Indem Hausnotruf-Dienste ambulante Netzwerke koordinieren, verbessern sie die Versorgungsqualität. Die Koordination setzt vereinheitlichte und an objektiven Maßgaben ausgerichtete Standards voraus. So lassen sich z.B. bestimmte Abläufe wie die Informationsweitergabe standardisieren. Mit der Einführung von Qualitätsstandards werden Leistungen „messbar“. Versorgungsleistungen können mit einer reproduzierbar hohen Qualität erbracht werden, indem objektive Maßstäbe an die Leistungen angelegt werden und vom individuellen Verhalten einzelner Mitarbeiter (und anderen Faktoren) losgelöst werden.

Im Rahmen des Modellprojekts „Vom Hausnotruf zum Serviceruf“ konnte die positive Wirkung von Qualitätsstandards für die Arbeit von Hausnotruf-Diensten erprobt werden. Im Rahmen von Qualitätszirkeln, die sich aus allen Mitarbeiter-ebenen zusammensetzten, wurden einvernehmliche Standards für verschiedenste Aktivitäten und Abläufe entwickelt, wie z.B. zur Bearbeitung eingehender Notrufe oder zur Neuaufnahme von Kunden. Diese Qualitätsstandards wurden schriftlich fixiert (vgl. IMPULS 1999). Wenn kontinuierlich Qualitätsstandards neu- und weiterentwickelt werden, können umfassende Qualitätshandbücher entstehen. Für die Mitarbeiter entstehen verbindliche „Handlungsleitfäden“, mit denen Qualitätsverbesserungen erzielt werden sollen. Ohne hier auf die aktuelle Qualitätsdiskussion näher einzugehen, können eindeutig definierte Qualitätsstandards in Netzwerken dazu beitragen, das arbeitsteilige Vorgehen möglichst optimal zu organisieren und gleichzeitig für Kunden sowie für Mitarbeiter transparenter zu gestalten.

2.4 Potenzielle Netzwerkpartner von Hausnotruf-Diensten

Mit Hilfe ambulanter Netzwerke sollen möglichst umfassende „Hilfepakete“ angeboten werden. Das Spektrum potenzieller Kooperationspartner ist dementsprechend breit gefächert. Alle Dienstleister der ambulanten Versorgung und der angrenzenden Bereiche gehören zu diesen Netzwerkpartnern von Hausnotruf-Diensten und es ist notwendig möglichst viele Anbieter einzubinden, z.B. Pflegedienste, Assistenzdienste, Haushaltshilfen, Mahlzeitendienste und Fahrdienste. Über die klassischen Dienste des Ambulanzsystems hinaus sollten aber auch angrenzende Dienstleister, wie z.B. Hausärzte, Handwerker, Frisöre und Fußpfleger einbezogen werden, um möglichst auf alle Bereiche des alltäglichen Lebens reagieren zu können. Diese Auswahl wird durch ein umfassendes Sicherheitsverständnis gerechtfertigt.

2.4.1 Auswahl von Netzwerkpartnern

In der Regel ist es nicht möglich, alle am Ort vertretenen Dienstleister in ein Gesamtnetzwerk einzubinden, sondern die Netzwerke werden sich aus einer bestimmten Auswahl zusammensetzen. Auswahlkriterien sind hauptsächlich die strategischen Zielsetzungen und die möglichen Diskrepanzen zu realistischen Möglichkeiten, die es durch eine Zusammenarbeit auszugleichen gilt. Doppelaktivitäten sollten zwar vermieden werden, es muss jedoch entschieden werden, ob verschiedene Dienstleister dasselbe Aufgabengebiet abdecken sollen. Es gibt durchaus Gründe, die für eine Überschneidung von Aufgaben sprechen können, z.B. die Zuständigkeit für unterschiedliche Versorgungsgebiete, die Gewährleistung einer größtmöglichen Wahlfreiheit für die Nutzer, die Größe des Versorgungsgebiets und die Netzwerkgröße.

Bei der Suche nach Netzwerkpartnern greifen die Hausnotruf-Dienste häufig zunächst auf Kooperationsmöglichkeiten und Leistungspotenziale des eigenen Trägers zurück. Die wohlfahrtsverbandlichen Träger verfügen auf den örtlichen Leistungsebenen zumeist über eine breite Infrastruktur, die Zusammenarbeit zwischen diesen Angeboten ist häufig jedoch nur gering ausgeprägt. Dementsprechend ist auch die trägerinterne Zusammenarbeit häufig noch von Zufälligkeiten geprägt und entspricht nur selten den funktionalen Anforderungen an Kooperationen. Diese Situation spricht dafür, dass viele Kooperationen erst neu aufgebaut werden müssen. Sie befinden sich dabei in einer relativ neutralen

Ausgangsposition, da sie bislang sowohl innerhalb der wohlfahrtsverbandlichen Träger als auch im Ambulanzsystem eine randständige und unterbewertete Position innehaben.

Die Netzwerke sollten keinesfalls einseitig auf bestimmte Träger ausgerichtet sein und eine „dogmatische“ Abgrenzung der wohlfahrtsverbandlichen Träger zu privat-gewerblichen Trägern sollte vermieden werden. Langfristig geht es darum, eine neutrale Vermittlungsinstanz⁷⁰ zu schaffen, um die Wünsche, Bedürfnisse und Wahlfreiheit der Nutzerinnen und Nutzer angemessen zu beachten.

Die Dienstleistungsqualität der (potenziellen) Partner ist ein wesentliches Entscheidungskriterium. Hausnotruf-Dienste haben als Koordinatoren eine (Mit-)Verantwortung für die Qualität der Netzwerkleistungen. Durch eine mangelhafte Qualität der von ihnen vermittelten Leistungen kann ihr Image negativ beeinflusst werden. Deshalb darf zwischen den Netzwerkpartnern kein Qualitätsgefälle bestehen, sondern die Nutzerinnen und Nutzer müssen sich darauf verlassen können, innerhalb des Netzwerks stets einen angemessenen Qualitätsstandard vorzufinden.

2.4.2 Restriktionen potenzieller Partner bezüglich einer Vernetzung

Ein Teil der potenziellen Kooperations- und Netzwerkpartner hat eine reservierte Haltung gegenüber einer forcierten Zusammenarbeit. Die Vorbehalte gegen eine Vernetzung der ambulanten Dienstleistungsproduktion gehen mit einer Veränderungsträgheit des Ambulanzsystems einher. Die klassische Arbeitsteilung des Ambulanzsystems, die zu einer zersplitterten Ansammlung von „Einzelkämpfern“ geführt hat, begünstigt isolierte, egoistische Handlungsweisen der Dienstleister. Eine Verpflichtung zur Zusammenarbeit besteht nicht. Erkenntnisse aus der Spieltheorie belegen dabei jedoch, dass ein Handeln eines Akteurs, das auf den maximalen eigenen Vorteil ausgerichtet ist, keinesfalls zum bestmöglichen Gesamterfolg aller Akteure führt⁷¹.

⁷⁰ vgl. Teil 2, 4.5 Exemplarische Ansätze zur Vernetzung der ambulanten Versorgungsstrukturen

⁷¹ vgl. Teil 2, 3.3.4 Kooperationen aus Sicht der Spieltheorie

Restriktionen, die Kooperationen und Vernetzung erschweren oder behindern, sind häufig in Konkurrenzängsten begründet. Diese Konkurrenzen beziehen sich sowohl auf eine mögliche Zusammenarbeit innerhalb des eigenen Trägerverbunds als auch auf die Zusammenarbeit mit externen Anbietern. Dabei wird befürchtet, wirtschaftliche Nachteile durch eine Kooperation mit Konkurrenten zu erleiden, indem die eigene Marktposition geschwächt und man übervorteilt werden könnte.

Insbesondere etablierte ambulante Dienstleister sind häufig eher zurückhaltend, den Aufgabenzuschnitt von Hausnotruf-Diensten neu zu akzentuieren. Es wird befürchtet, potenzielle Konkurrenten dabei zu unterstützen, sich auf dem hart umkämpften Markt ambulanter Dienste und Hilfen besser zu positionieren. Hier werden die Vorzüge verkannt, die eine Koordinationsinstanz „Hausnotruf“ in einem ambulanten Hilfenetzwerk haben kann. Hausnotruf-Dienste könnten eine Funktion ausfüllen, die bislang von keinem der anderen Anbieter besetzt ist und für die kein anderer Anbieter in gleichem Maß qualifiziert wäre. De facto sind bei einem aufeinander abgestimmten Netzwerk keine Konkurrenzen zu befürchten, sofern Aufgabenzuschritte ausreichend festgelegt und vertraglich fixiert werden.

Es muss befürchtet werden, dass Anbieter, die sich heute gegen eine Zusammenarbeit wehren, morgen schlechter gegen situative Einflüsse und Anforderungen gewappnet sind (z.B. durch die Kostenträger). Obwohl Kooperationspartner und Netzwerke einem höheren Abstimmungsbedarf unterliegen, haben sie eine größere Bandbreite möglicher Reaktionen.

3 Effekte und Synergien hausnotruf-gestützter Versorgungsnetzwerke

Ein wichtiges Argument „pro Vernetzung“ sind angestrebte Synergieeffekte. Ambulante Netzwerke können sich nur durchsetzen, wenn sie deutliche Vorteile gegenüber einem isolierten Handeln versprechen und halten. Anbieter, die sich auf das „Wagnis“ von Kooperationen mit anderen Dienstleistern und einer Vernetzung der Angebote einlassen, kalkulieren diese Vorteile ein. Nicht alle Kooperationen lohnen den mit ihnen verbundenen Aufwand und bestimmte Konstellationen sprechen gegen Kooperationen. Im Rahmen der strategischen Entscheidung müssen pro und contra sorgfältig abgewogen werden. Kooperation und Vernetzung von Dienstleistern sind gerade in der Anfangsphase sehr aufwändig und z.T. kostenintensiv. Häufig sind Anschubfinanzierungen erforderlich, um neue Strukturen in das Alltagsgeschäft der Dienste zu implementieren.

Erfahrungen aus dem Modellprogramm „Vom Hausnotruf zum Serviceruf“ zeigen, dass ein längerer Zeitraum benötigt wird, bis neue und umfassende Leistungsangebote implementiert sind und in Anspruch genommen werden. Die erste Phase wird wahrscheinlich davon gekennzeichnet sein, dass die heutigen Nutzer seit Jahren an ein begrenztes Angebot gewöhnt sind und sich entweder erst umstellen müssen oder ihre bisherigen Versorgungsarrangements nicht aufgeben wollen. Das neu akzentuierte Angebot wird in der Anfangsphase bedingt greifen und wahrscheinlich erst für zukünftige Klienten voll zum Tragen kommen.

Es kann angenommen werden, dass eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Hausnotruf-Dienste mit anderen ambulanten Dienstleistern langfristig Synergieeffekte für alle Beteiligten erschließen wird. Dabei wird zugrunde gelegt, dass Hausnotruf-Dienste die Hauptverantwortung für eine Netzwerkkoordination übernehmen und die ausführlich dargelegten Anforderungen an Kooperationen und Vernetzung erfüllt werden. Von dieser Neuakzentuierung werden auf lange Sicht die Nutzerinnen und Nutzer, die Dienstleister und auch die Kostenträger profitieren.

3.1 Effekte für die Nutzerinnen und Nutzer

Nutzerinnen und Nutzer ambulanter Dienstleistungen befinden sich bislang in einer widersprüchlichen Situation: Einerseits profitieren sie von der bestehenden Dienstleistungsvielfalt im Ambulanzsystem, mit der nahezu alle Bedarfslagen beantwortet werden können, andererseits existiert diese Vielfalt in fragmentierten Versorgungsstrukturen, die zu Unübersichtlichkeiten und Zugangsbarrieren führen. Unterstützungsbedürftige Personen sind deshalb auf neue ambulante Organisationsmodelle angewiesen, mit denen die Vorzüge spezialisierten, arbeitsteiligen Handelns ausgespielt werden können – ohne die negativen Folgen der Fragmentierung

Hausnotruf-Dienste können in ambulanten Netzwerken die Funktion einer Informations-, Beratungs- und Vermittlungsinstanz für die Nutzerinnen und Nutzer übernehmen, um ein individuelles Unterstützungsmanagement zu realisieren. Strukturelle Vernetzungen des Ambulanzsystems tragen zur effektiveren fallbezogenen Versorgung bei und nutzen vorhandene Ressourcen besser aus. Im Sinne des Case-Managements können bedarfsadäquate Unterstützungsarrangements aufgebaut werden. Als besonderen Beitrag verknüpfen Hausnotruf-Dienste die beiden zentralen Funktionen der strukturellen und fallbezogenen Koordination.

Hausnotruf-Dienste haben sich bereits in der Vergangenheit dadurch hervorgetan, medizinisch-somatische Bedarfe punktgenau zu erkennen und angemessene Lösungen zu entwickeln. Heute reagieren sie bereits vereinzelt ganzheitlich und können ihre Qualitäten durch die Neuausrichtung stärker betonen. Im Rahmen eines Netzwerks können sie zukünftig dafür verantwortlich sein, die Wünsche und Bedürfnisse der Klienten festzustellen, bedarfsgerechte Hilfemöglichkeiten auszuarbeiten, erforderliche Maßnahmen zu bestimmen und entsprechende Dienstleistungen zu vermitteln. Zu dieser fallbezogenen Koordination gehört neben der Vermittlung ebenfalls eine Nachsorge und kontinuierliche Begleitung der Betroffenen sowie die Kontrolle der ausgeführten Leistungen.

Mit einer Erweiterung des Leistungsspektrums ergeben sich neue Möglichkeiten, umfassende und ganzheitliche Unterstützungen vorzuhalten, wie sich z.B. an der Neugewichtung von Mitarbeiteraktivitäten nachvollziehen lässt (vgl. ADAM/MARKERTH/STARKE 1999: 80 ff.). Konzentrierte sich die Arbeit bisher

überwiegend auf intervenierende Tätigkeiten, rücken nun koordinierende und präventive Leistungen (z.B. „Neuaufnahme“, „Hausbesuche“, „Kundenbetreuung“) in den Vordergrund. Es handelt sich dabei um personalintensive Tätigkeiten, die zum Case-Management gehören und notwendig sind, um auf die Bedarfe (potenzieller) Nutzerinnen und Nutzern einzugehen.

Mit einer umfassenden Anamnese wird die Grundlage für eine bedarfsgerechte Versorgung gelegt. Nur wenn die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer vollständig bekannt sind, können angemessene Versorgungsarrangements zusammengestellt und vermittelt werden. Indem Hausnotruf-Dienste bedarfsgerechte Hilfen planen, die dazu notwendigen Ressourcen bestimmen und die Leistungen innerhalb eines bestehenden Verbundsystems vermitteln, können sie die ambulante Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer verbessern.

Wenn Hausnotruf-Dienste innerhalb ambulanter Netzwerke die Aufgabe übernehmen, den Informationsfluss zwischen den einzelnen Dienstleistern zu koordinieren und zu steuern, können die Nutzerinnen und Nutzer besser als bisher auf die ambulante Versorgung zugreifen, die Versorgung wird effektiver und effizienter. So wird es z.B. möglich sein, alle an der Versorgung eines Nutzers beteiligten Dienstleister über eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zeitnah zu informieren und auf allen Bedarfsebenen die jeweils notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Vernetzte Versorgungssysteme können deshalb flexibler auf nutzerbezogene Veränderungen reagieren.

Unterstützungsnetzwerke ermöglichen neben der Leistungsvermittlung auch eine „Nachsorge“ für die in Kooperation erbrachten Leistungen und können so für erhebliche Qualitätsverbesserungen sorgen. Hausnotruf-Dienste können die Interessen der Nutzerinnen und Nutzer als relativ neutrale Instanz wahren, weil sie – mit Ausnahme kleinerer akuter Hilfeleistungen – vor Ort keine Leistungen erbringen. Insofern sind sie – abgesehen von ihrer Trägerzugehörigkeit – eine „unparteiische“ Anlaufstelle und können die Position der Nutzer als Kunden stärken.

3.2 Effekte für die Dienstleister und das ambulante Versorgungssystem

Netzwerke und Kooperationsverbände sind häufig durch den Wunsch nach wirtschaftlichen Effekten und einer Stärkung der Marktposition motiviert. Mit der

Entscheidung für Kooperationen und Netzwerkbeziehungen werden „messbare“ Effekte erhofft. Hausnotruf-Dienste streben durch eine Neuorientierung strategische Ziele an, die sie alleine nicht erreichen können⁷². Eine Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten und Hilfen soll ein qualitativ und quantitativ höherwertiges Ergebnis ermöglichen.

Im Rahmen von Netzwerken können sie Synergien erzielen, indem sie sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren und dabei ihre Kernkompetenzen weiter ausbauen. „Randaufgaben“, die zwar wahrgenommen werden müssen, aber wenig rentabel sind, können ggf. von anderen Dienstleistern vorgehalten werden. Folgende Beispiele sind denkbar: a) Pflegedienste, die ihre relativ aufwändige Nachtrufbereitschaft delegieren wollen, b) Dienstleister, denen die Bereitstellung eines eigenen Call-Centers für die Auftragsannahme, Fragen zum Leistungsangebot usw. zu aufwändig ist. Hausnotruf-Dienste könnten diese Aufgaben innerhalb eines Netzwerks übernehmen. Synergien resultieren daraus, dass die notwendige Infrastruktur nicht mehrfach vorgehalten werden muss und bestimmte Bereiche effizienter ausgelastet werden.

Im Rahmen von ambulanten Netzwerken ist es möglich, Einzeldienstleistungen besser zugänglich zu machen. Davon profitieren einerseits die Nutzerinnen und Nutzer, für die ein größeres Leistungsangebot abrufbar wird, andererseits können die Anbieter z.B. neue Kundenschichten leichter erschließen, indem sie an die jeweils zuständigen Anbieter weitervermitteln. Die verschiedenen Dienstleister profitieren in gleichem Maß von der Zusammenstellung bedarfsadäquater Arrangements wie ihre Kunden, z.B. durch die Akquise neuer Klienten. Hausnotruf-Dienste können durch ihre neue Funktion unter Umständen andere Zielgruppen als früher erreichen.

Eine Neuausrichtung und ein umfassendes Sicherheitsverständnis kann Hausnotruf-Dienste auch für Menschen interessant machen, denen das Angebot bisher zu eingeschränkt war. Eine breiteres Nutzerspektrum – nicht nur alte Menschen, sondern auch jüngere behinderte und chronisch kranke Menschen –,

⁷² vgl. Teil 3, 3.3.1 Analyse der internen und externen Voraussetzungen für Kooperationen, Abb. 10: Entstehungsprozess einer Kooperation

könnte die Teilnehmerzahlen erhöhen und damit die Refinanzierbarkeit verbessern.

Die Teilnehmerbeiträge sind die zentrale Refinanzierungsquelle von Hausnotruf-Diensten bzw. ambulanten Diensten. Jeder neu dazu gewonnene Teilnehmer trägt zur Rentabilität und langfristigen Existenzsicherung eines Dienstes bei. Je besser die Dienste ihre Personal- und Sachressourcen auslasten, desto kostengünstiger können sie arbeiten. Basis ist eine Neupositionierung von Hausnotruf-Diensten, indem sie Dienste und Hilfen koordinieren und vermitteln.

Zusammenschlüsse ermöglichen es den Netzwerkpartnern, sich gegenüber „externen Dienstleistern“ besser zu behaupten und gleichzeitig durch abgestimmtes Vorgehen besser auf situative Anforderungen ihrer Umwelt zu reagieren. Die Korrespondenz zwischen Organisationsform und der Möglichkeit, auf situative Einflüsse zu reagieren, wurde bereits ausführlich diskutiert⁷³. Je besser Hausnotruf-Dienste durch eine Koordinierung von Netzwerken dazu beitragen, die Anpassungsreaktionen der Netzwerkpartner aufeinander abzustimmen, desto weniger Reibungsverluste entstehen und desto effizienter können alle Beteiligten arbeiten. Dies schließt auch eine verbesserte gemeinsame Interessenvertretung gegenüber Kostenträgern wie Pflegekassen, Sozialhilfeträgern usw. ein.

Mit einem Zusammenschluss verschiedener Dienstleister geht es allerdings nicht um die Schaffung eines ambulanten „Kartells“. Hausnotruf-gestützte Netzwerke sind vielmehr eine Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen effektiver und effizienter einzusetzen. Dabei sollten alle Beteiligten eine Positivbilanz verzeichnen können, auch dann, wenn sie innerhalb des Netzwerks auf bestimmte Randkompetenzen verzichten haben.

3.3 Effekte für die Kostenträger

Eine Vernetzung der ambulanten Dienstleistungsproduktion verändert die gesamte Versorgungssituation, indem Zugangsbarrieren für die Nutzerinnen und Nutzer sowie kostenintensive Konkurrenzen, Doppelaktivitäten und Versor-

⁷³ vgl. Teil 2, 1.4.2 Situative Ansätze, 1.4.4 Die Bedeutung offener Ansätze für eine Analyse des Ambulanzsystems

gungslücken vermieden werden. Es wird angestrebt, systemimmanente Reibungsverluste aufzuheben und mit den eingesetzten Ressourcen mehr zu erreichen als heute.

Ambulante Hilfenetzwerke sind insbesondere unter präventiven Aspekten sinnvoll, weil durch ein Zusammenwirken verschiedener Kräfte z.B. eine Verschlechterung des Allgemein- bzw. Gesundheitszustandes von Klienten frühzeitig erkannt werden kann. Diese verbesserte Wirkungsweise ermöglicht es, intensivere Unterstützungen anzubieten und damit Kosten zu vermeiden. Ambulante Versorgungsnetzwerke können dementsprechend eher passgenaue Hilfen leisten und ggf. dazu beitragen, dass aus akuten Problemen keine langfristigen Beeinträchtigungen entstehen. Der volkswirtschaftliche Kostenaufwand für diese kurzfristigen Interventionen ist unter Umständen deutlich geringer als spätere langfristige Versorgungsmaßnahmen.

Eine Vernetzung auf der Dienstleistungsebene kann die bislang vorherrschende künstliche Trennung zwischen den Kostenträgern⁷⁴ zumindest überbrücken, sofern auch bei der Kostenübernahme eine gewisse Flexibilität im Rahmen des geltenden Rechts besteht. Das beschriebene Vernetzungsmodell kann z.B. eine Anschubfinanzierung erfordern. Entgegen der gängigen Praxis der Sozialbürokratie wäre es hier sinnvoll, die Gesamtsumme der volkswirtschaftlich aufzuwendenden Kosten zu beachten und nicht nach einzelnen Kostenträgern abzurechnen.

Hausnotruf-Dienste können frühzeitig Veränderungen bei Klienten aufspüren und damit Kosten vermeiden. Um dies zu gewährleisten, muss ihr notwendiger Handlungsspielraum finanziert werden. Es ist deshalb z.B. erforderlich, die anfallenden Kosten – als Koordinationsinstanz von Netzwerken – in angemessener Weise zu übernehmen. Eine gedeckelte Kostenübernahme in Höhe von 17,89 € und die unklare Praxis bei der Kostenübernahme ergänzender Leistungen von Pflegeversicherung und Sozialhilfe tragen nicht zur Sicherung dieses Angebots bei. Diese Ausgangssituation könnte die Erschließung von Synergiepotenzialen erschweren.

⁷⁴ vgl. Abb. 2: Fragmentierung des ambulanten Hilfesystems

Die Kostenträger verfolgen bereits mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Zielsetzung, eine Versorgung möglichst günstig zu realisieren. In der Praxis ist dies jedoch nur dann möglich, wenn entweder ein Großteil der notwendigen Hilfen durch Angehörige bzw. ehrenamtliche Kräfte realisiert wird oder für ein optimales Ineinandergreifen aller Beteiligten gesorgt wird. Hausnotruf-Dienste neuen Zuschnitts können Hilfearrangements passgenauer organisieren. Mit Netzwerken, die den Hausnotruf-Dienst, Pflegedienste, Hauswirtschaftliche Hilfen und Menüservice usw. einschließen, können gegenüber stationären Versorgungsformen immense Kosten eingespart werden. Es kann angenommen werden, dass die Effizienz des Ambulanzsystems durch geringfügige Umstrukturierungen bei gleichem Kostenaufwand deutlich gesteigert werden kann.

4 Perspektiven von Hausnotruf-Diensten

Hausnotruf-Dienste sind die intelligente Verknüpfung von Telekommunikationstechnik mit einem Dienstleistungsangebot, indem die Mitarbeiter der Hausnotruf-Zentralen darauf spezialisiert sind, die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer zu erkennen und in angemessener Weise zu reagieren. Dabei können die Anbieter ihre Kompetenzen ohne weiteres auf ein umfassendes Bedarfsspektrum von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen ausweiten. Die Grundlage dazu bietet ein umfassendes Sicherheitsverständnis.

Hausnotruf-Dienste hatten bislang im System ambulanter Dienste und Hilfen eine untergeordnete Stellung. Sie besitzen jedoch ein hohes Leistungspotenzial, insbesondere bei der Koordination von Leistungen. Dieses Potenzial kann ausgeschöpft werden, wenn sie sich im Ambulanzsystem als gleichwertiger Dienstleister etablieren.

Die Situation der Hausnotruf-Dienste in der Vergangenheit belegt die Probleme des additiv organisierten Ambulanzsystems und seiner fragmentierten Hilfestrukturen. In ihrer Entwicklungsgeschichte wurden sie lediglich an ein bestehendes Hilfesystem angefügt, nicht aber ausreichend mit ihm verknüpft. Gleichzeitig wurden sie „untrennbar“ mit der Hausnotruf-Technik assoziiert, so dass ihr Status Quo lange Zeit nicht hinterfragt wurde. Weder die Dienste noch die Kunden verbanden etwas anderes mit Hausnotruf-Diensten als ihren klassischen Leistungsbereich, die medizinisch-somatischen Notfallreaktionen.

Wenn Hausnotruf-Dienste ihre „Selbstbeschränkung“ aufgeben und sich auf die umfassenden Bedarfslagen ihrer Nutzerinnen und Nutzer ausrichten, werden sie nicht nur ihre eigenen Möglichkeiten bzw. ihr eigenes Angebot erweitern, sie können gleichermaßen einen positiven Beitrag für die ambulanten Versorgungsstrukturen leisten. Mit vergleichsweise geringem Aufwand können Hausnotruf-Dienste als Kristallisationskern dienen, um ambulante Versorgungsnetzwerke aufzubauen und sich als gleichberechtigte Partner zu integrieren.

Der Aufbau ambulanter Netzwerke ist notwendig, um die Versorgungsstrukturen zu verbessern. Diese Netzwerke können ihre Leistungsfähigkeit aber erst dann voll entfalten, wenn mit den Hausnotruf-Diensten eine zentrale „Koordinations- und Anlaufstelle“ vorhanden ist. Die Analysen zeigen auf, dass die derzeitigen

ambulanten Versorgungsstrukturen zwar formal alle notwendigen Bestandteile zur Unterstützung umfassender Bedarfslagen beinhalten, ihre Organisation gleichzeitig aber Zugangsbarrieren aufbaut. Deshalb werden neue Möglichkeiten gesucht, mit den vorhandenen Ressourcen eine effektivere Versorgung zu gewährleisten. Hausnotruf-Dienste sind dazu geeignet, Netzwerke zu initiieren, ihren Aufbau zu forcieren und sie durch ein entsprechendes Management am Leben zu erhalten. Dabei sind sie kein übergeordneter Dreh- und Angelpunkt, sondern paritätische Netzwerkakteure, die mit koordinativen Aufgaben betraut sind und aufgrund ihrer Kernkompetenzen das Netzwerkmanagement übernehmen.

Netzwerke werden als die realistische Lösung angesehen, um durch einen effizienteren Einsatz der vorhandenen Ressourcen optimalere Ergebnisse zu erzielen. Vereinzelte Hilfsstrukturen werden neu zusammengeführt, um eine bedarfsgerechtere Versorgung zu ermöglichen. Dabei wird davon ausgegangen, dass strukturelle Verbesserungen eines vernetzten Hilfesystems der individuellen Versorgungsqualität zugute kommen.

Für unterstützungsbedürftige Menschen können Hausnotruf-Dienste als zentrale Anlaufstelle dienen, indem sie die Funktion eines erweiterten Call-Centers übernehmen und ihre Nutzer in einem gewissen Umfang vor Ort betreuen. Gleichzeitig stellen sie sich in den Dienst anderer Anbieter. Bei allen Beteiligten findet ein Outsourcing statt, das entsprechend abgegolten werden muss. Es ist in diesem Zusammenhang allerdings fragwürdig, ob Hausnotruf-Dienste nach einer Erweiterung und Neuausrichtung mit dem gleichen Kostenbudget wie heute auskommen. Langfristig ist jedoch davon auszugehen, dass ein Mehraufwand aus einer positiven Netzwerkbilanz refinanziert werden kann. So können z.B. die Synergien der Zusammenarbeit zumindest zum Teil zur Refinanzierung netzwerkrelevanter Arbeitsbereiche eingesetzt werden. Für die Startphase sollte allerdings mit der Notwendigkeit einer externen Anschubfinanzierung gerechnet werden.

Hausnotruf-Dienste neuen Zuschnitts, die ihre Ressourcen in Netzwerke integrieren, halten ihre Leistungen nicht mehr ausschließlich ihrer eigenen Teilnehmerschaft vor. In der Funktion einer strukturellen und fallbezogenen Koordinierungsinstanz sind sie eine Beratungs- und Vermittlungsinstitution im Sinne des

Case-Managements. Diese hausnotruf-gestützten Informationsstellen besitzen gegenüber bisherigen Ansätzen den Vorzug, direkt in die örtliche Versorgungslandschaft integriert zu sein und durch eine Kombination von strukturellen und fallbezogenen Beiträgen möglichst optimale Ergebnisse zu erzielen.

Teil 4

**Bestandsaufnahme der Arbeit
von Hausnotruf-Diensten
und ihre Bedeutung
für eine Vernetzung
ambulanter Dienstleistungen**

1 Untersuchungskonzept

Hausnotruf-Dienste sind Dienstleister der ambulanten Versorgung. In den vorhergehenden Teilen dieser Arbeit wurden Perspektiven entwickelt, wie sich Hausnotruf-Dienste auf der Basis von Kooperationen und Vernetzungen weiterentwickeln können. Ziel ist es, die Nutzerinnen und Nutzer zukünftig umfassender und bedarfsgerechter zu unterstützen.

Die Handlungsweise der Hausnotruf-Dienste weiterzuentwickeln und neu zu akzentuieren setzt zunächst die Bestimmung des Status Quo voraus. Dies gilt insbesondere für ihre Einbindung in das System ambulanter Dienste und Hilfen sowie in bestehende Organisationsstrukturen.

Die Untersuchung soll dazu dienen, eine solide Datenbasis zu schaffen, mit der das theoretisch erarbeitete Konzept hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit überprüft werden kann, da bislang keine ausreichenden quantitativen und qualitativen Erkenntnisse zu Hausnotruf-Diensten in der Bundesrepublik Deutschland vorliegen. So war zum Zeitpunkt der Untersuchung weder die genaue Anzahl von Hausnotruf-Diensten bekannt, noch wie viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diese Dienste angeschlossen waren. Bei der Untersuchung handelt es sich um eine „Momentaufnahme“, die bewusst zu einem Zeitpunkt erfolgte, als die Auswirkungen der 1995 eingeführten Pflegeversicherung – als zusätzlichem Baustein des Ambulanzsystems – deutlich erkennbar waren.

Im Rahmen öffentlich geförderter Forschungs- und Modellprojekte wurden bereits in früheren Jahren erste Ansätze zu den Entwicklungspotenzialen von Hausnotruf-Diensten aufgezeigt und auf den möglichen Ausbau ihres Leistungsspektrums hingewiesen (vgl. ADAM 1995, ADAM/MARKERTH/STARKE 1999). Hier wurden bereits erste Begründungen für eine mögliche konzeptionelle Weiterentwicklung herausgearbeitet und das Erfordernis weiterreichender Erhebungen belegt.

Die hier vorliegende Untersuchung dient dazu, auf der Basis der dargestellten Organisationstheorien und der daraus abgeleiteten Konsequenzen die praktische Umsetzbarkeit der herausgearbeiteten Handlungsoptionen zu überprüfen. Die Bewertungen schließen dabei die seit der Befragung vergangene Zeit und seitdem ggf. realisierte Veränderungen ein. Die Erhebung erfasst die Praxis der

Hausnotruf-Dienste in erster Linie hinsichtlich möglicher konzeptioneller Weiterentwicklungen und Neuakzentuierungen und berücksichtigt bereits bestehende Analysen und Erfahrungswerte. Dabei wird insbesondere davon ausgegangen, dass Hausnotruf-Dienste spezifische Kernkompetenzen besitzen, die für die Koordination verschiedener Dienstleistungen nützlich sind.

Im Rahmen der Untersuchung soll geklärt werden, inwieweit Hausnotruf-Dienste diese Kompetenzen in ihrer Praxis nutzen. So kann anhand ihres Leistungsangebots abgelesen werden, ob sie ihre besonderen Fähigkeiten bereits einsetzen. Hausnotruf-Dienste bedürfen in der Regel Kooperationen, um umfassende Angebote anzubieten. Deshalb soll analysiert werden, wie Hausnotruf-Dienste ihr Leistungsangebot tatsächlich sichern, ob Kooperationen für ihre Arbeit bedeutsam sind und welche Rolle sie darauf aufbauend zukünftig hinsichtlich einer Vernetzung der Versorgungsstrukturen spielen können.

Hausnotruf-Dienste erbringen kaum eigene Leistungen vor Ort, sondern delegieren diese Aufgaben hauptsächlich an andere Dienstleister. Ergo verfügen sie über dezidierte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern und der Koordination dieses arbeitsteiligen Vorgehens. Unklar ist allerdings, in welchem Umfang für Hausnotruf-Dienste bereits strukturelle Kooperationen und Vernetzungen relevant sind. Es wird vermutet, dass Kooperationen für die Arbeit der Hausnotruf-Dienste eine hohe Bedeutung haben, deshalb soll auch überprüft werden, wie intensiv zusammengearbeitet wird und ob strategische Aspekte dabei eine Rolle spielen.

Bislang wurden noch keine umfassenden Untersuchungen zu Hausnotruf-Diensten durchgeführt, vielmehr beschränkten sich Erhebungen in der Vergangenheit entweder auf die Technik oder auf ein regional begrenztes Untersuchungsgebiet. Hinzu kommt, dass die verfügbaren Informationen und Daten zu Hausnotruf-Diensten mehrheitlich vor der Einführung der Pflegeversicherung veröffentlicht wurden. Die Praxis der Hausnotruf-Dienste hat sich jedoch infolge veränderter Rahmenbedingungen gewandelt. Dies trifft auch für die quantitativen Angaben des Gutachtens „Hausnotruf-Dienste in NRW“ zu, in dem von ca. 50 Hausnotruf-Diensten mit etwa 8.500 Nutzerinnen und Nutzern in Nordrhein-Westfalen ausgegangen wird (vgl. ADAM 1995: 35). Schätzungen für Gesamt-

deutschland gingen bislang von 120.000 Nutzerinnen und Nutzern aus (vgl. SCHNEPEL 1997).

In qualitativer Hinsicht sollen die Untersuchungsergebnisse darüber Aufschluss geben, ob und in welchem Umfang Hausnotruf-Dienste bereits heute Leistungen erbringen, die über medizinische Notrufreaktionen und Reaktionen auf akute körperliche Hilfebedarfe hinausgehen. Darauf aufbauend sollen der Stellenwert einer Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten und die realistischen Möglichkeiten, Hausnotruf-Dienste als Koordinationsinstanz ambulanter Netzwerke zu etablieren, analysiert werden.

1.1 Vorerhebungen

Ziel der Untersuchung war es, eine flächendeckende Analyse aller Hausnotruf-Dienste in Deutschland durchzuführen. Deshalb war es in einem ersten Schritt notwendig, die Standorte der einzelnen Hausnotruf-Dienste ausfindig zu machen. Dazu wurden umfangreiche telefonische und persönliche Recherchen bei den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege, verschiedenen Fachverbänden (z.B. Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfallhilfe), privat-gewerblichen Anbietern, Interessenvertretungen der Hausnotruf-Anbieter (Landesarbeitsgemeinschaft Hausnotruf NRW, Bundesarbeitsgemeinschaft Hausnotruf und Bundesverband Hausnotruf) und bei den Pflegekassen durchgeführt. Dabei wurde deutlich, dass diesen Institutionen keine validen Gesamtdaten vorliegen. So konnten die befragten Verbände häufig keine Auskunft darüber erteilen, welche Orts- bzw. Kreisverbände über Hausnotruf-Dienste verfügen. Die fehlenden Daten wurden zumeist mit der Autonomie der verschiedenen Bereiche begründet. Auch die Interessenvertretungen konnten nur einen geringen Aufschluss geben, da hier nur ein kleiner Teil der Hausnotruf-Dienste organisiert ist. Dem Bundesverband Hausnotruf gehören nur Spitzen- bzw. Fachverbände der freien Wohlfahrtspflege an und in der Bundesarbeitsgemeinschaft sind 33 Mitglieder organisiert (Stand 4/98).

Die Pflegekassen verfügten dagegen über einen relativ guten Überblick. Aufgrund der mit den Hausnotruf-Diensten abgeschlossenen Versorgungsverträge liegen hier umfassendere Daten vor. Die Verträge werden häufig direkt mit den vor Ort tätigen Diensten der Arbeiterwohlfahrt, des Deutschen Roten Kreuzes, des Caritasverbands, des Diakonischen Werks und den privat-gewerblichen

Anbietern abgeschlossen. Lediglich beim Arbeiter-Samariter-Bund, dem Malteser-Hilfsdienst und der Johanniter-Unfallhilfe wurden die Versorgungsverträge nicht mit den Ortsverbänden, sondern mit den Bundesverbänden geschlossen. Ende 1998 hatten insgesamt 857 Hausnotruf-Dienste mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen. Durch weitere Erhebungen konnten außerdem 145 Hausnotruf-Dienste des Arbeiter-Samariter-Bunds, 72 Hausnotruf-Dienste der Johanniter-Unfallhilfe und 145 Hausnotruf-Dienste des Malteser-Hilfsdienstes ausfindig gemacht werden. Insgesamt ist also davon auszugehen, dass in Deutschland 1.219 Hausnotruf-Dienste aktiv sind (Stand 01/1999). Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl in der Zwischenzeit relativ konstant geblieben ist bzw. sich die Anzahl der Dienste nur minimal nach unten korrigiert hat. Hier handelt es sich jedoch um keinen Rückgang sondern lediglich um Konzentrationsprozesse auf der Anbieterseite, während nach eigenen Recherchen die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer in den letzten Jahren angestiegen ist.

Die Hausnotruf-Dienste sind flächendeckend in Deutschland verteilt. In größeren Städten sind häufig mehrere Hausnotruf-Dienste verschiedener Träger ansässig, darüber hinaus gibt es einige überregional oder bundesweit tätige Anbieter. Der größte Hausnotruf-Anbieter Deutschlands ist das Deutsche Rote Kreuz, gefolgt vom Arbeiter-Samariter-Bund, der Johanniter-Unfallhilfe und dem Malteser-Hilfsdienst. Die Arbeiterwohlfahrt, der Caritasverband und das Diakonische Werk verfügen über eine vergleichsweise geringe Anzahl von Hausnotruf-Diensten. Der Caritasverband und das Diakonische Werk haben diese Aufgabe zumeist ihren Fachverbänden (Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfallhilfe) übertragen. Die privat-gewerblichen Anbieter verfügen im Vergleich zur Freigemeinnützigen Wohlfahrtspflege über relativ wenige Hausnotruf-Dienste. Hier haben sich jedoch einige überregionale Anbieter etabliert, bei denen z.T. mehrere tausend Teilnehmer angeschlossen sind. Dabei scheint ein bundesweit arbeitender Anbieter als bundesweit größter Hausnotruf-Dienst zu dominieren und einen vergleichsweise hohen Marktanteil zu haben (vgl. SCHNEPEL 1997).

Es gibt darüber hinaus eine Reihe relativ kleiner privat-gewerblicher Pflegedienste, die mit einem Hausnotruf-Angebot werben. Häufig handelt es sich dabei nur um eine gewisse Erweiterung der Rufbereitschaft, die sie ihrer Funktion entsprechend vorhalten müssen. In einigen Fällen werden auch nur die Leistungen anderer Anbieter vertrieben. Es sind Negativbeispiele bekannt, bei de-

nen es sich eher um eine erweiterte „Anrufbeantworterfunktion“ handelt. Diese Arbeitsweise entspricht nicht dem Verständnis von Hausnotruf-Diensten, wie es dieser Arbeit zugrunde gelegt wurde. Diese Angebote sind deshalb in ihrer Bedeutung eher Solitärgeräten gleichzusetzen⁷⁵. Diese Dienste wurden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

Hausnotruf-Dienste werden differenziert nach Diensten mit einer eigenen Hausnotruf-Zentrale und Diensten, die ihre Nutzer in der Zentrale eines anderen Dienstes fremdaufschalten. Die Zahl von 1.219 Hausnotruf-Diensten bezieht sich auf alle „spezialisierten Anbieter“, von denen jedoch nicht alle eine eigene Hausnotruf-Zentrale betreiben. Eine Vielzahl von Diensten operiert mit niedrigen Anschlusszahlen, teilweise mit weniger als 50 Nutzern. Diese niedrigen Anschlusszahlen ermöglichen es aber kaum, eine eigenständige Hausnotruf-Zentrale zu finanzieren. Deshalb wird hier die Zentralenfunktion häufig an andere Anbieter delegiert. Die Betreuung der Kunden und die (Not-)Rufbearbeitung erfolgt dabei durch die ortsansässigen Dienste. In einigen Fällen wird die Zentralenfunktion nur nachts oder am Wochenende delegiert und sonst in Eigenregie betrieben. Es handelt sich dabei um sogenannte Fremdaufschaltungen.

Die Voruntersuchungen haben ergeben, dass von 1.219 Hausnotruf-Diensten insgesamt 202 Dienste eine Hausnotruf-Zentrale betreiben⁷⁶. Durchschnittlich unterhält also nur jeder sechste Hausnotruf-Dienst eine eigene Zentrale. Dabei bewältigen diese 202 Hausnotruf-Zentralen das gesamte (Not-)Rufaufkommen aller 1.219 Hausnotruf-Dienste. Dies macht deutlich, dass durch eine Befragung dieser 202 Hausnotruf-Dienste direkt und indirekt alle in Deutschland tätigen Hausnotruf-Dienste erfasst werden können. Deshalb wurde entschieden, ausschließlich Hausnotruf-Dienste mit einer eigenen Zentrale zu befragen. Bei die-

⁷⁵ vgl. Teil 4, 1.2 Funktionsweise und Technik von Hausnotruf-Diensten

⁷⁶ Bei einigen Verbänden haben nach der Befragung Konzentrationsprozesse eingesetzt, bei denen insbesondere kleinere Zentralen zu größeren Einheiten zusammengelegt wurden, wie z.B. beim Malteser Hilfsdienst oder dem Arbeiter-Samariter-Bund. Beim ASB hat sich z.B. die Anzahl der Hausnotruf-Zentralen von 1999 bis 2002 von 33 auf 28 Zentralen reduziert (vgl. ASB 2002).

ser Entscheidung wurde der „Schlüsselfunktion“ der Zentralen Rechnung getragen.

1.2 Inhaltliche Ausdifferenzierungen und Durchführung der Befragung

Die Vorerhebungen bildeten die Grundlage, um ein Untersuchungskonzept zu entwickeln. Ziel war es, die Funktionsweise von Hausnotruf-Diensten und ihren Stellenwert im System ambulanter Dienste und Hilfen detailliert zu erheben. Infolge der hohen Anzahl der zu befragenden Hausnotruf-Dienste kam nur eine schriftliche Befragung in Betracht. Die zentralen theoriegeleiteten Erkenntnisse wurden deshalb in einem Fragebogen operationalisiert (vgl. Anhang). In erster Linie sollte dabei das Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste, die Bedeutung ihrer Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern und gegebenenfalls der Institutionalisierungsgrad der Kooperationen evaluiert werden. Der Fokus der Untersuchung lag insbesondere auf Aussagen bzw. Daten zur Kooperation und Vernetzung von Hausnotruf-Diensten mit anderen Dienstleistern. Hinzu kamen einige allgemeine statistische Angaben.

Der Fragebogen umfasste folgende Inhalte:

- Allgemeine Angaben, z.B. Einzugsgebiet, Trägerart
- Nutzerinnen und Nutzer, z.B. Anzahl der Eigenanschlüsse und Fremdaufschaltungen, Zusammensetzung der Nutzer (alte, chronisch kranke, behinderte Menschen usw.)
- Leistungsspektrum der Hausnotruf-Dienste, z.B. Leistungsbereiche (Reaktionen auf medizinische Notfälle, psycho-soziale Unterstützungen usw.), Arbeitsweise (Einsatz von Bezugspersonen und Bereitschaftsdienst), Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer
- Kooperationen, z.B. Anzahl und Art der Kooperationspartner und Kooperationsverträge, Stellenwert von Kooperationen, Stellenwert im ambulanten Versorgungssystem, Schwierigkeiten
- Qualitätssicherung

Das Untersuchungskonzept basierte im wesentlichen auf geschlossenen Fragestellungen mit vorformulierten Antwortkategorien. Diese Befragungsform gewährleistet eine bessere Vergleichbarkeit und höhere Auswertungsobjektivität als offene Fragestellungen (vgl. DIECKMANN 1999: 408). Die Antwortkatego-

rien wurden entweder in Dichotomen (entweder/oder) mit ergänzenden Hybridfragen (sonstiges und zwar ...) formuliert oder als Ratingskalen abgefasst. Bei den Ratingskalen handelte es sich um vierstufige Skalen, welche die Kategorien „voll und ganz zutreffend“, „zum Teil zutreffend“, „eher nicht zutreffend“ und „überhaupt nicht zutreffend“ enthielten. Hier wurde nicht die sogenannte Likert-Skala gewählt, die zusätzlich eine fünfte Kategorie „neutral/weiß nicht“ beinhaltet hätte, um eine Polarisierung der Antworten zu provozieren (vgl. BORTZ/DÖRING 1995: 203 f., DIEKMANN 1999: 209 ff., FRIEDRICHS 1990: 175 ff.). Der mittlere Skalenwert wurde nicht angegeben, weil Erfahrungen der empirischen Sozialforschung belegen, dass er aus Unentschiedenheit besonders häufig gewählt wird. Gibt es dagegen keinen Mittelwert, müssen die Befragten eine Tendenz äußern. Ergänzend enthielt der Fragebogen einige Kontroll- und Überleitungsfragen, um eine Analyse der Aussagen aus einem anderen Blickwinkel zuzulassen (z.B. Fragen zu den Kosten für die Kundinnen und Kunden).

Die Antwortvorgaben der geschlossenen Fragen waren praxisnah formuliert und entsprachen dem Bezugsrahmen der Hausnotruf-Dienste, ohne dabei jedoch suggestiv formuliert zu sein. Hier wurden einige inhaltsanalytische Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Vom Hausnotruf zum Serviceruf“ eingeflochten. Die Fragen wurden so formuliert, dass sie möglichst problemlos mit den Erfahrungen der täglichen Arbeit zu beantworten waren. Obwohl die gesamte Befragung schriftlich erfolgte, wurde allen Diensten die Möglichkeit zu telefonischen Rückfragen eingeräumt. Um mögliche Fehlerquellen auszuschließen, wurde die praxisnahe Formulierung der Fragen im Vorfeld mit einer Reihe von Hausnotruf-Experten aus Spitzen-, Fach- und Ortsverbänden diskutiert und ausgetestet, bevor die Fragebögen an die Hausnotruf-Dienste verschickt wurden.

Die Vorerhebungen und Erarbeitung des Fragebogens wurde von August bis Oktober 1998 durchgeführt. Die Befragung erfolgte von Mitte November 1998 bis Mitte Februar 1999. Um die Beantwortung der Fragebögen zu vereinfachen und die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde bei der Versendung jeweils ein adressierter Rückumschlag beigelegt. Allen Diensten, die innerhalb von vier Wochen nach Versendung des Fragebogens nicht reagiert hatten, wurde ein zweites Schreiben mit der Bitte um Beantwortung zugesandt.

Mit der Befragung wurde eine Vollerhebung aller zum Untersuchungszeitpunkt in Deutschland tätigen Hausnotruf-Zentralen durchgeführt. Dies entspricht zugleich einer repräsentativen Stichprobe aller Hausnotruf-Dienste, da diese Zentralen auch für die Hausnotruf-Dienste ohne eigene Zentrale zuständig sind. Die Befragung lässt deshalb aussagekräftige und verallgemeinerbare Ergebnisse über die Arbeit von Hausnotruf-Diensten zu.

Von den 202 angeschriebenen Anbietern haben 106 Hausnotruf-Dienste den Fragebogen beantwortet, sechs weitere Dienste gaben Gründe an, warum sie nicht an der Befragung teilnehmen wollten:

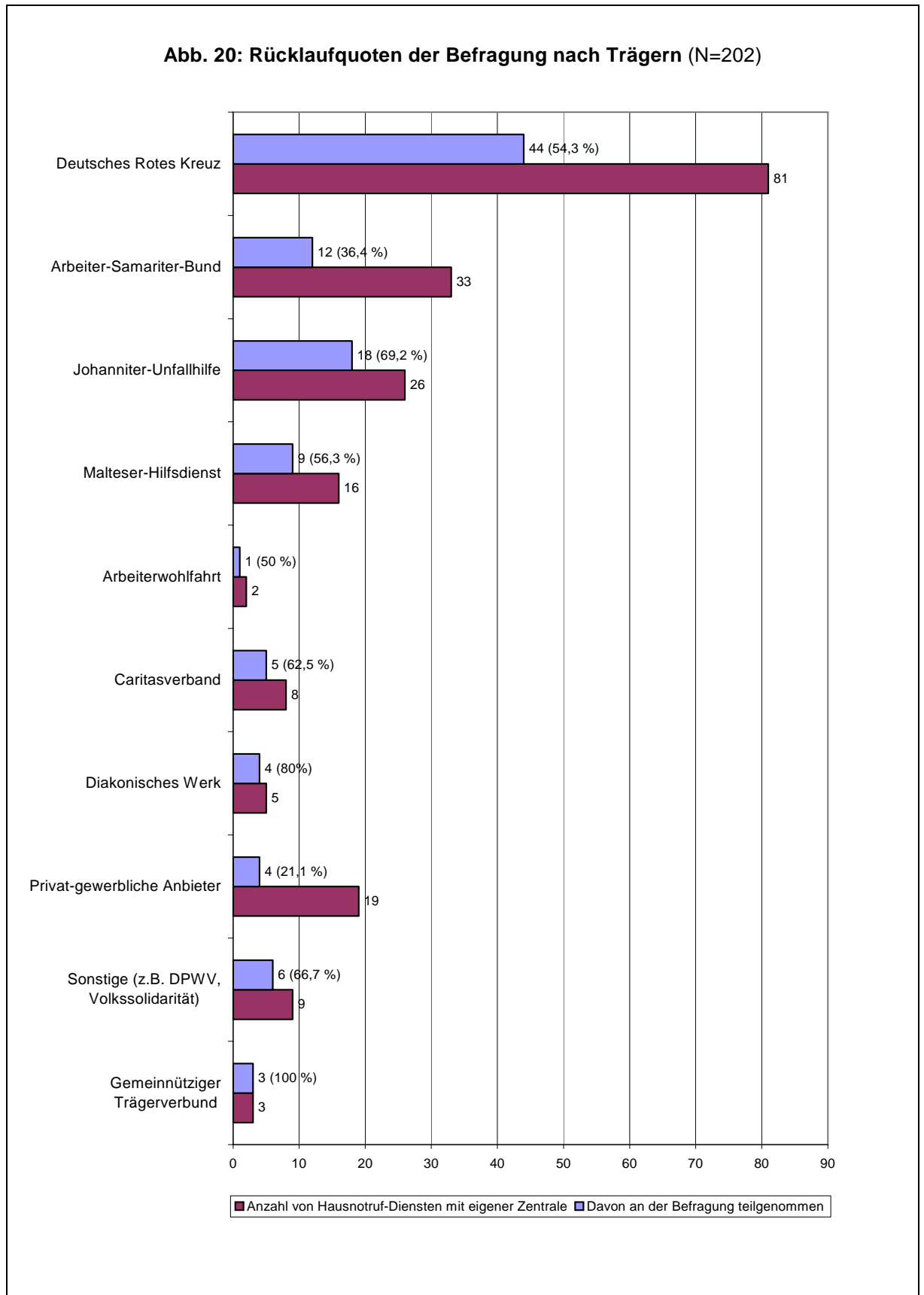
- Zwei kirchliche Anbieter gaben an, sie würden die Befragung zwar für sinnvoll halten, hätten jedoch keine Zeit, den Fragebogen zu beantworten,
- ein privat-gewerblicher Anbieter wollte seine unternehmerischen Interna nicht publik machen,
- ein privat-gewerblicher Hausnotruf-Dienst antwortete, sein Dienst würde schnell, effektiv und kostengünstig arbeiten und dazu keine Befragungen benötigen,
- ein wohlfahrtsverbandlicher und ein privat-gewerblicher Anbieter befanden sich gerade erst im Aufbau und hatten noch keine Teilnehmer bzw. noch keine ausreichenden Erfahrungen.

Mit 106 beantworteten Fragebögen beträgt die Rücklaufquote ca. 52,5 %. Damit kann die Auswertung einen umfassenden (und repräsentativen) Überblick über Hausnotruf-Dienste (Zentralen) in Deutschland geben. Auch wenn man die Rücklaufquoten auf die einzelnen Träger bezieht, erhält man einen aussagefähigen Querschnitt (vgl. Abb. 20). Lediglich der Rücklauf bei den privat-gewerblichen Trägern ist mit 21,1 % relativ gering. Hier bestand häufig eine reservierte Grundhaltung gegenüber der Erhebung, die mit der Befürchtung verbunden wurde, den Konkurrenten die eigenen Unternehmensdaten preiszugeben. Diese Vorurteile ließen sich weder durch Ergänzungsschreiben, noch durch ergänzende Telefonate ausräumen. Mit Ausnahme des Arbeiter-Samariter-Bunds (36,4 %) haben alle anderen Träger eine Rücklaufquote von mindestens 50 %.

Die Befragungsdaten werden hauptsächlich auf die Erhebungsgrundgesamtheit bezogen und analysiert. Nur bei inhaltlichen Fragestellungen, bei denen ekla-

tante Unterschiede bestehen, wird zwischen den Trägern (z.B. zwischen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern) unterschieden.

Abb. 20: Rücklaufquoten der Befragung nach Trägern (N=202)



2 Ergebnisse der Befragung

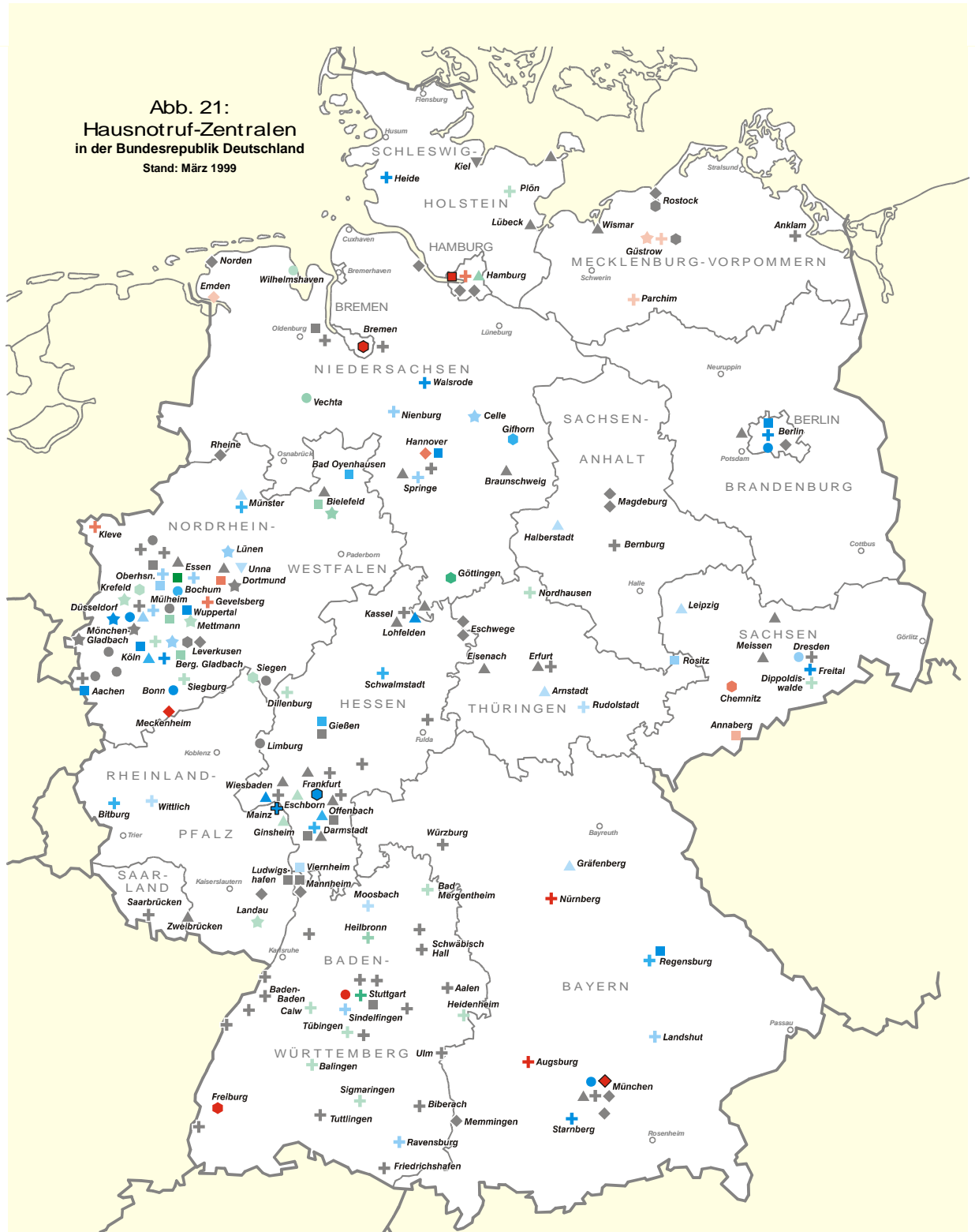
2.1 Träger, Einzugsgebiet und räumliche Verteilung der untersuchten Hausnotruf-Dienste

Standorte von Hausnotruf-Zentralen in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein flächendeckendes Netz von Hausnotruf-Diensten. Die 202 Hausnotruf-Zentralen sind jedoch nicht gleichmäßig verteilt, sondern kumulieren insbesondere in Ballungsräumen mit einer hohen Bevölkerungsdichte (vgl. Abb. 21). Besonders viele Zentralen gibt es z.B. in Nordrhein-Westfalen (Ruhrgebiet und Region Köln) und im Raum Frankfurt. Auffällig ist dagegen die vergleichsweise geringe Anzahl von Zentralen in den neuen Bundesländern. Diese Tatsache deutet aber nicht auf eine Unterversorgung hin, vielmehr wurden die ersten Hausnotruf-Dienste hier erst nach 1990 gegründet, wobei vielfach auf eine eigene Zentrale verzichtet wurde. Insbesondere die wohlfahrtsverbandlichen Träger entschieden sich eher dazu, fremdaufzuschalten, als eigenständige Zentralen zu etablieren. So sind z.B. in der Zentrale eines freigemeinnützigen Dienstes aus Berlin sämtliche Hausnotruf-Nutzer des Trägers aus Brandenburg aufgeschaltet.

Die folgende Karte zeigt die Standorte der Hausnotruf-Zentralen in Deutschland. Dabei wird nach Trägern unterschieden, lediglich die Dienste des Caritasverbands und des Diakonischen Werks wurden in einem Symbol zusammengefasst. Die Farbe der Symbole stellt das Einzugsgebiet der Dienste dar, dabei drückt die farbliche Abstufung die Anzahl der angeschlossenen Nutzerinnen und Nutzer aus. Hausnotruf-Dienste, die den Fragebogen nicht beantwortet haben, werden in der Karte lediglich mit einem grauen Symbol, d.h. ohne Detailinformationen aufgeführt. Hausnotruf-Dienste ohne eine eigene Zentrale wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in die Karte aufgenommen.

Abb. 21:
Hausnotruf-Zentralen
in der Bundesrepublik Deutschland
Stand: März 1999



Träger der Hausnotruf-Dienste (Symbole)

- ☩ Deutsches Rotes Kreuz
- ☆ Caritas Verband, Diakonisches Werk
- △ Arbeiter-Samariter-Bund
- ▽ Arbeiterwohlfahrt
- Johanniter-Unfallhilfe
- ◇ Privat-gewerbliche Anbieter
- Malteser Hilfsdienst
- ⊕ Gemeinnütziger Trägerverband, Sonstige (z.B. DPWW, Volkssolidarität)

Einzugsgebiete und Anschlusszahlen (Farbe)

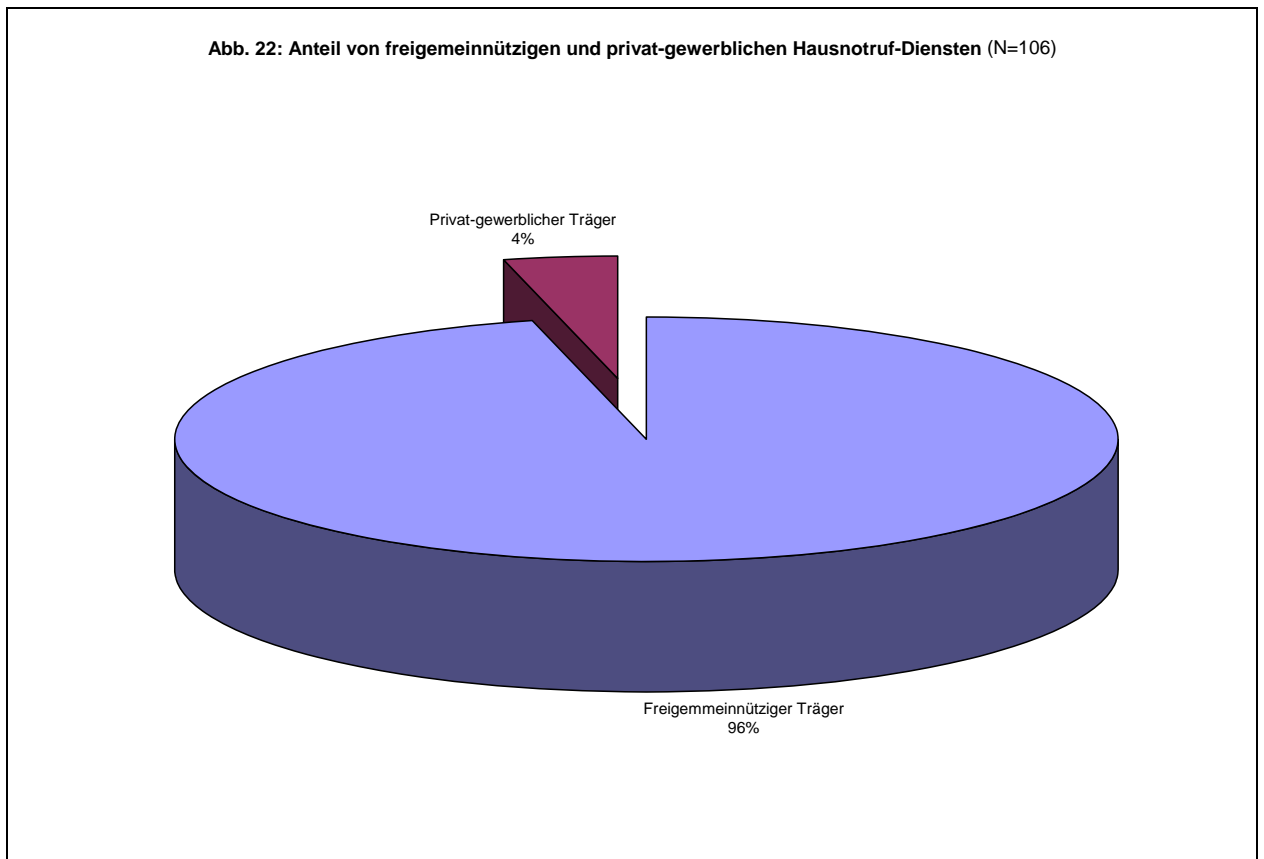
- | | | | |
|--------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------------|
| Regional | Regional und Fremdausstellungen | Überregional | Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer |
| Light Green | Light Blue | Light Orange | 1 bis 249 |
| Medium Green | Medium Blue | Medium Orange | 250 bis 499 |
| Dark Green | Dark Blue | Dark Orange | 500 bis 999 |
| | | Red | 1000 bis 2999 |
| | | Dark Red | 3000 und mehr |

■ keine Detailinformationen (nicht an der Befragung teilgenommen)

(Eigene Darstellung)

Anteil freigemeinnütziger und privat-gewerblicher Hausnotruf-Dienste

Die überwiegende Zahl der untersuchten Hausnotruf-Dienste befindet sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Lediglich 4 % der 106 untersuchten Dienste waren privat-gewerblich und stellen im Rahmen der Untersuchung eine Minderheit dar. Es gibt keine Hausnotruf-Dienste, die sich in öffentlicher Trägerschaft befinden (z.B. von Kommunen).

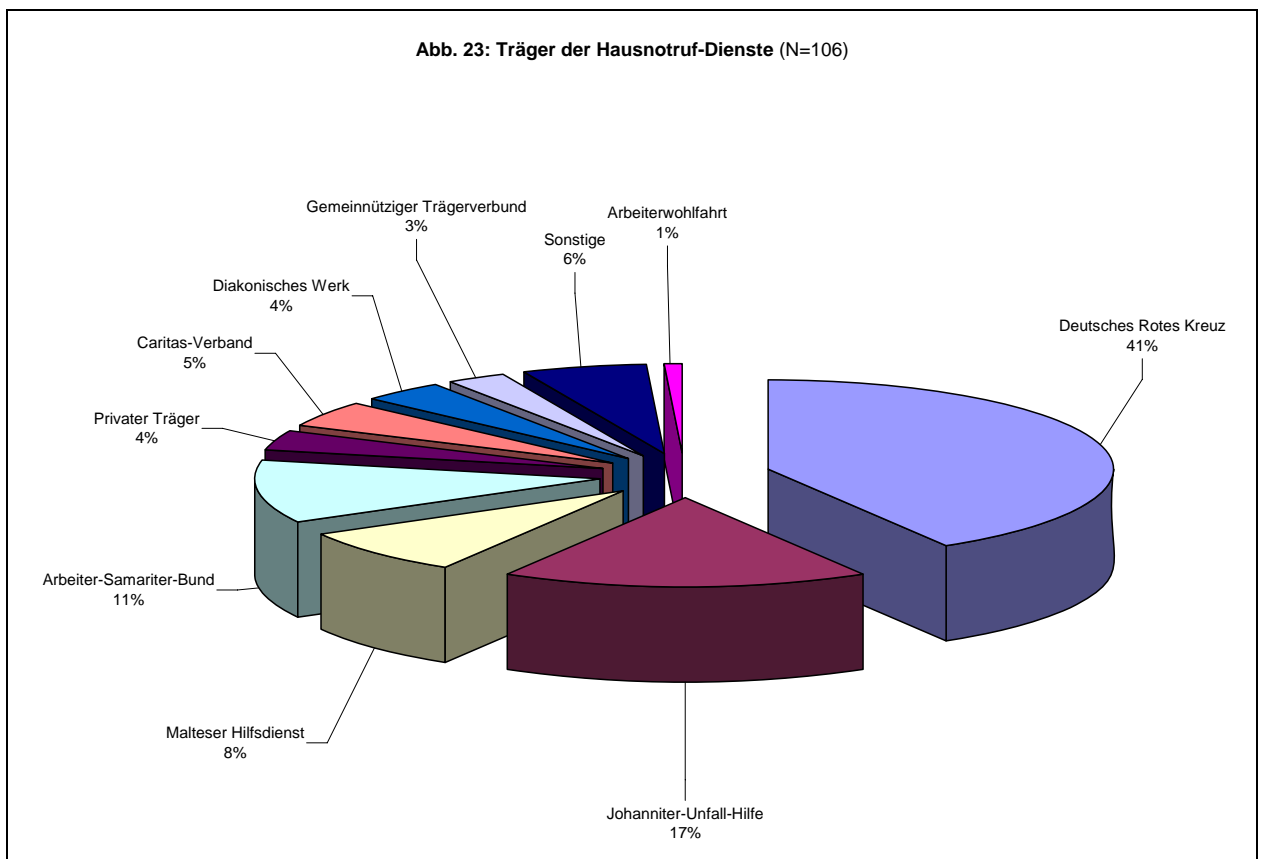


Der hohe Anteil freigemeinnütziger Dienste spiegelt ihren Stellenwert in der Versorgungslandschaft wider. Richtet man den Blick auf alle in Deutschland tätigen Hausnotruf-Dienste, so sind die Wohlfahrtsverbände de facto mit 80-85 % etwas geringer repräsentiert. Dies hat jedoch im Hinblick auf das Untersuchungsziel keine Relevanz. Privat-gewerbliche Anbieter unterscheiden sich von der freien Wohlfahrtspflege häufig durch eine geringere Angebotsvielfalt innerhalb ihrer Trägerstrukturen. Allerdings können sie aufgrund anderer Strukturen und flacherer Hierarchien häufig flexibler operieren, da sie sich weniger an sozialbürokratische Strukturen angeglichen haben. Für den Untersuchungsschwerpunkt, inwieweit strategische Kooperationen für die Arbeit der Hausnotruf-Dienste eine Rolle spielen, ist dies jedoch nicht bedeutsam, da sowohl trä-

gerinterne als auch trägerexterne Kooperationen angebahnt, institutionalisiert und aufrechterhalten werden müssen. Wenn privat-gewerbliche Hausnotruf-Dienste tatsächlich über eine geringere Angebotsvielfalt innerhalb ihres Trägers verfügen, sind sie noch stärker als freigemeinnützige Hausnotruf-Dienste auf Kooperationen angewiesen. Bei den folgenden Auswertungen werden deshalb freigemeinnützige und privat-gewerbliche Dienste nicht gesondert ausgewiesen.

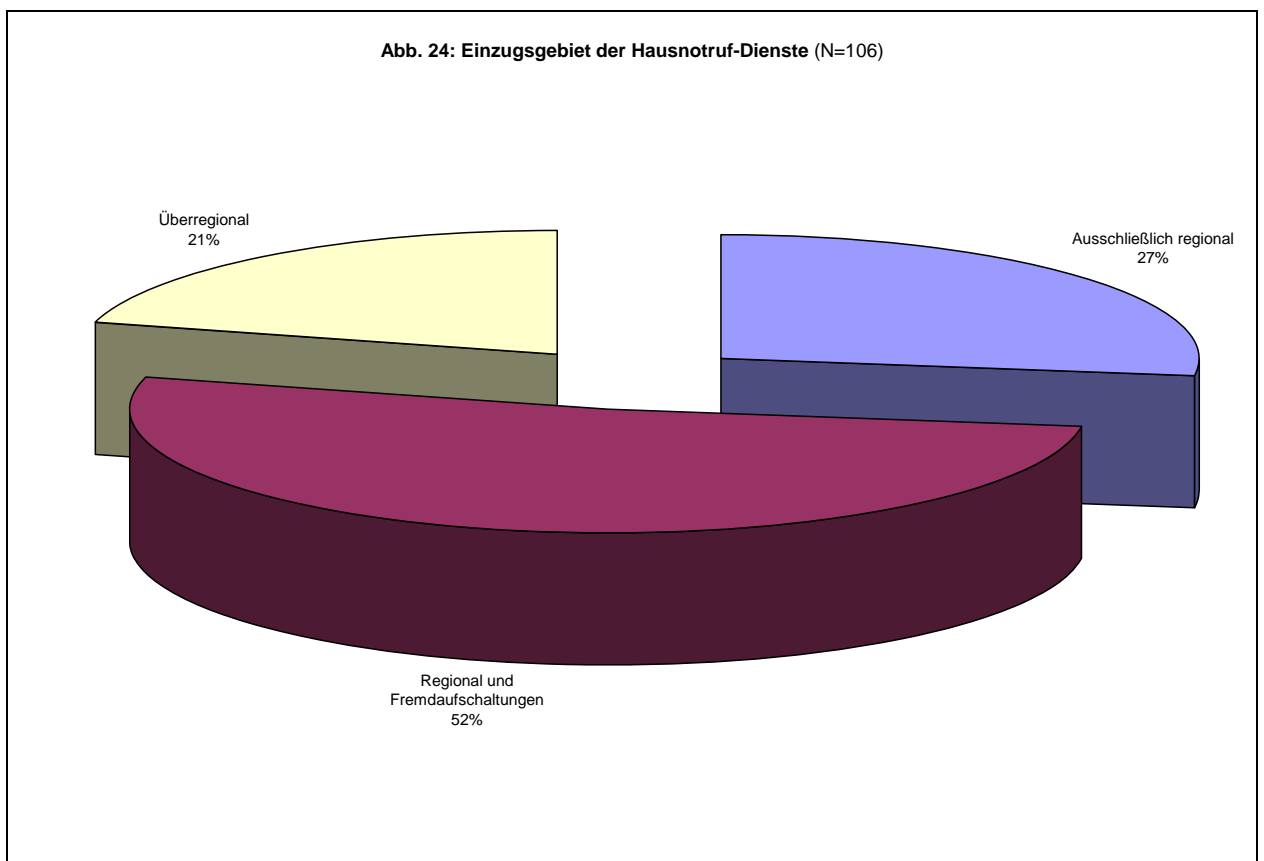
Träger der Hausnotruf-Dienste

Betrachtet man alle Hausnotruf-Dienste in Deutschland (mit und ohne eigene Zentrale), so verfügt das Deutsche Rote Kreuz mit mehr als 46 % über die meisten Hausnotruf-Dienste, gefolgt vom Arbeiter-Samariter-Bund und dem Malteser-Hilfsdienst (je knapp 12 %) und der Johanniter-Unfallhilfe (knapp 6 %). Bei den Rückläufen der Untersuchung sind das Deutsche Rote Kreuz mit 41 %, der Arbeiter-Samariter-Bund mit 11 % und der Malteser-Hilfsdienst mit 8 % vertreten. Der Anteil der Johanniter-Unfallhilfe ist mit 17 % leicht erhöht, während die privat-gewerblichen Anbieter wie bereits dargelegt mit 4 % etwas unterrepräsentiert sind.



Einzugsgebiet der Hausnotruf-Dienste

Ein Unterscheidungskriterium der Hausnotruf-Dienste ist ihr Einzugsgebiet. Dieser Faktor beeinflusst wesentlich ihre Funktionsweise, da z.B. überregional tätige Anbieter nur selten in die örtlichen Infrastrukturen eingebunden sind⁷⁷. Wenn Hausnotruf-Dienste Nutzer anderer Ortsverbände als sogenannte Fremdaufschaltungen angeschlossen haben, erbringen sie für diese vor Ort zwar keine – bzw. nur eingeschränkte – Leistungen, sie koordinieren jedoch die gesamte (Not-)Rufabwicklung. Im Rahmen der weiteren Untersuchungsauswertung ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Praxisaussagen der Anbieter in erster Linie auf ihr regionales Umfeld beziehen.



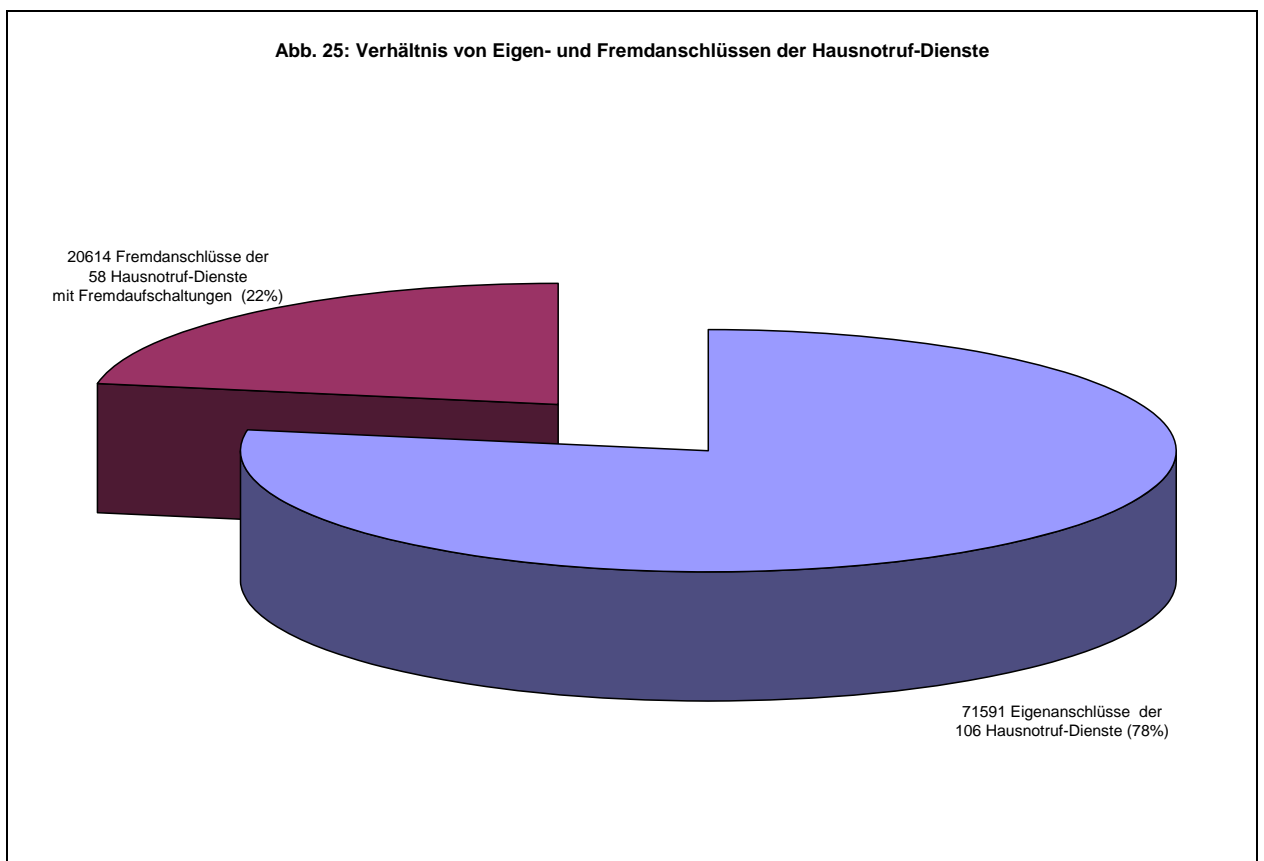
Mehr als die Hälfte der an der Befragung beteiligten Hausnotruf-Dienste haben zusätzlich zu ihren eigenen Teilnehmern auch Nutzer anderer (Orts-)Verbände aufgeschaltet. Sie erhalten dafür zumeist einen Pauschalbetrag pro Teilnehmer und Monat. Bei dieser Form der Zusammenarbeit handelt es sich bereits häufig um erste Ansätze strategischer Kooperationen: Es wird z.B. die Aufgabe der

⁷⁷ vgl. Teil 4, 1.2 Funktionsweise und Technik von Hausnotruf-Diensten

Zentrale übernommen, da ein anderer Ortsverband zwar das strategische Ziel verfolgt, „Hausnotruf“ anzubieten, dies wirtschaftlich jedoch nicht realisieren kann. Der „aufschaltende“ Hausnotruf-Dienst profitiert dagegen von einer höheren Auslastung seiner Zentrale und den damit verbundenen zusätzlichen Einnahmen.

2.2 Anschlusszahlen der Hausnotruf-Dienste

Bei den 106 untersuchten Hausnotruf-Diensten waren insgesamt 92.205 Nutzerinnen und Nutzer angeschlossen (Stand 30.10.1998). Davon gehörten ca. 22 % zu den sogenannten Fremdaufschaltungen.



Die Abbildung fasst alle Nutzerinnen und Nutzer der 106 Hausnotruf-Dienste zusammen, unabhängig davon welches Einzugsgebiet angegeben wurde. Dabei verfügen insgesamt 58 Dienste neben ihren Eigenanschlüssen auch über Fremdaufschaltungen. Bei Diensten, die ein überregionales Einzugsgebiet angegeben haben, kann es keine Fremdaufschaltungen geben, hier wurden alle Anschlüsse als Eigenanschlüsse gewertet.

Es kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen der Untersuchung rund die Hälfte aller Hausnotruf-Nutzer erfasst wurde. Bundesweit wird deshalb eine Zahl von ca. 180.000 bis 200.000 Hausnotruf-Nutzern angenommen⁷⁸. Gemessen an der Anzahl potenzieller Nutzer ist dieser Wert relativ gering: 1997 hatten in Deutschland 2.355.300 Menschen unter 60 Jahren und 12.966.400 über 60 Jahren eine anerkannte Schwerbehinderung. Würde man davon ausgehen, dass insbesondere diese Menschen zur Zielgruppe von Hausnotruf-Diensten gehören, hätte der Anteil von 200.000 Hausnotruf-Nutzern lediglich einen Anteil von ca. 1,3 % ausgemacht.

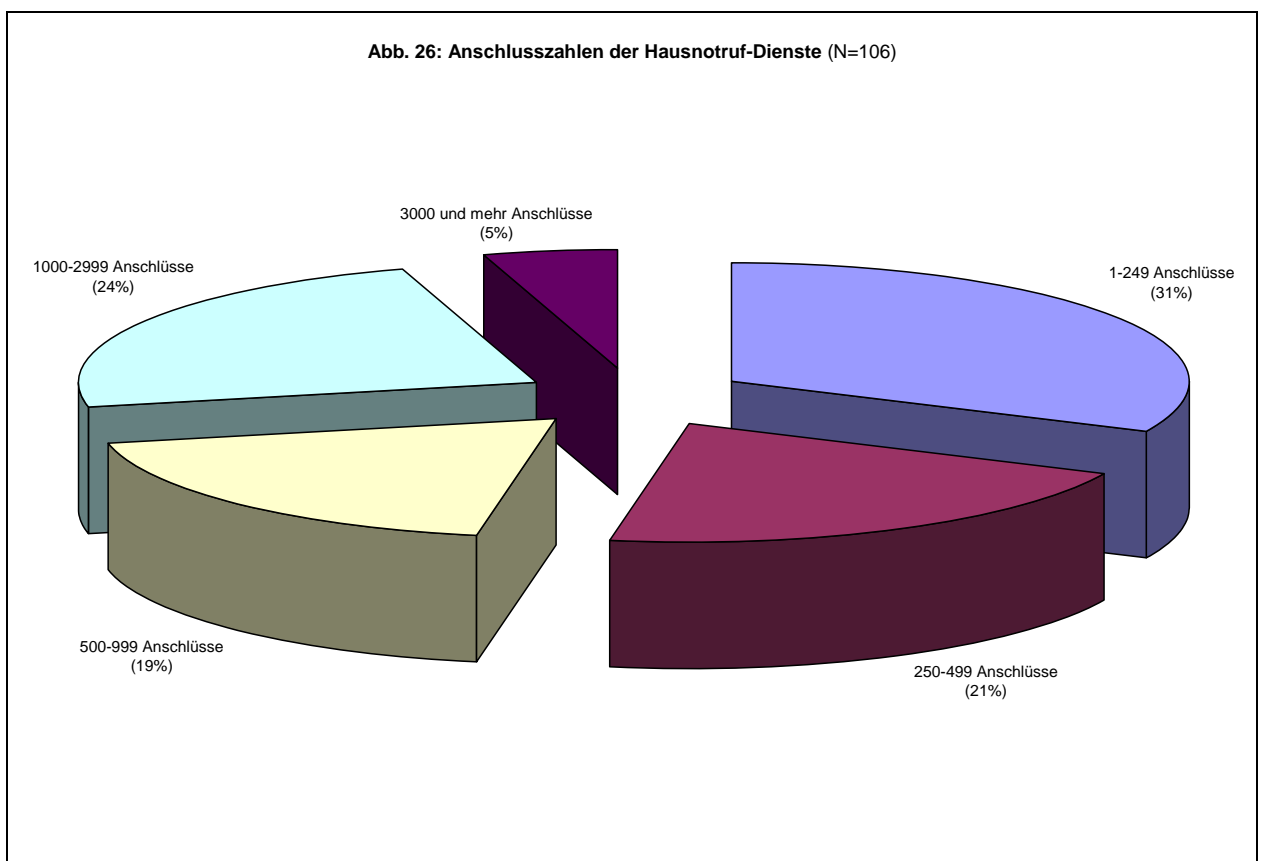
Der Nutzungsgrad von Hausnotruf-Diensten ist damit im Vergleich zu anderen europäischen Ländern relativ gering. So nutzen in Großbritannien ca. 14 % der Menschen über 65 Jahre Hausnotruf-Dienste, in den Niederlanden beträgt der Anteil 9,2 % und in Schweden 8,4 % (vgl. SCHNEPEL 2000: 3). Die Gründe dafür können z.B. in dem bisher eher eingeschränkten Leistungsangebot liegen. Der derzeitige geringe Anteil birgt jedoch ein enormes Wachstumspotenzial für die Hausnotruf-Dienste. Dabei wird vorausgesetzt, dass Hausnotruf-Dienste neue Teilnehmer erreichen können, indem sie ihr Angebot durch eine Vernetzung mit anderen Diensten stärker auf die Bedarfe alter, chronisch kranker und behinderter Menschen zuschneiden.

Größe der Hausnotruf-Dienste

Die untersuchten Hausnotruf-Dienste unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Größe. So waren zwischen 20 und 8.000 Nutzerinnen und Nutzer bei den Diensten angeschlossen, durchschnittlich verfügten die Hausnotruf-Dienste über 870 Teilnehmer. Diese Anschlusszahlen sind in der Regel ausschlaggebend für die Refinanzierbarkeit der Dienste. So ist davon auszugehen, dass eigenständige Hausnotruf-Dienste mit weniger als 250 Anschlüssen kaum zu realisieren sind, wenn Teilnehmerbeiträge die Haupteinnahmequelle sind. Insbesondere dann, wenn weder Personal für eine 24-Stunden-Bereitschaft noch

⁷⁸ Trotz erfolgter Konzentrationen ist auf der Basis von Kontakten zu Anbietern und Spitzenverbänden davon auszugehen, dass sich die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer seit der Erhebung um mindestens 20 % gesteigert hat, so dass heute mindestens von 230.000 Kundinnen und Kunden ausgegangen werden kann.

das technische Equipment finanziert werden können, besteht die Gefahr, dass Hausnotruf-Dienste eher ein „Anhängsel“ werden (z.B. einer bestehenden Rettungsleitstelle). Dies ist insofern problematisch, als es weitgehend der „alten Konzeption“ entspricht und die angestrebten Neuakzentuierungen einer gewissen Eigenständigkeit bedürfen. Strategische Kooperationen bedürfen autonom und eigenverantwortlich handelnder Hausnotruf-Dienste. Unter Fachleuten wird davon ausgegangen, dass eigenständige Hausnotruf-Dienste erst ab ca. 1.000 Teilnehmern wirtschaftlich arbeiten können. Dies belegen auch die Erfahrungen der letzten Jahre. Hausnotruf-Dienste mit eigener Zentrale haben sich in der Regel nur dann am Markt behaupten können, wenn sie die entsprechende Größe oder die entsprechenden flankierenden Angebote hatten.



Geringere Anschlusszahlen haben allerdings den Vorteil, eine eher persönliche Bindung zu den Nutzerinnen und Nutzern aufbauen zu können. So berichten insbesondere Dienste, die weniger als 500 Anschlüsse haben davon, dass sie alle Teilnehmer persönlich kennen. Hier sind häufig jedoch auch unklare Organisationsstrukturen anzutreffen, weil die Arbeit auf der Basis persönlicher Absprachen organisiert wird.

Im Sinne der Untersuchung ist die Größe eines Dienstes zwar kein Indiz für seine Leistungsfähigkeit und seine Qualität, es kann aber vermutet werden, dass eine Neuakzentuierung im Sinne des erarbeiteten Konzepts ab einer gewissen Mindestgröße leichter zu realisieren ist.

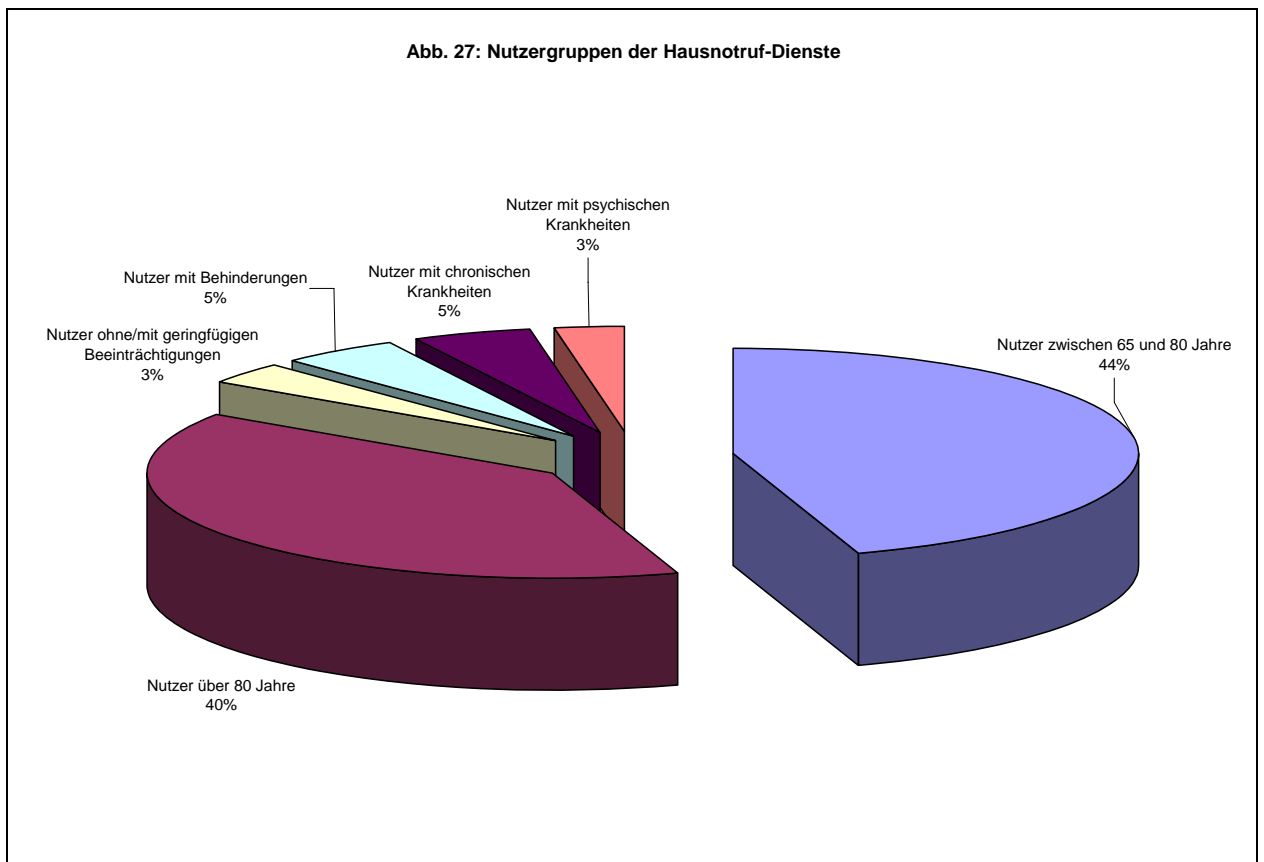
2.3 Nutzerinnen und Nutzer der untersuchten Hausnotruf-Dienste

Das Klientel der Hausnotruf-Dienste bestand in der Vergangenheit überwiegend aus alten und hochaltrigen Menschen. Im Rahmen der Untersuchung sollte deshalb erhoben werden, ob inzwischen auch andere (unterstützungsbedürftige) Nutzergruppen ihre eigenständigen Lebensformen durch Hausnotruf-Dienste absichern. Dabei sollte insbesondere festgestellt werden, ob und in welchem Umfang inzwischen auch Menschen mit Behinderungen auf Hausnotruf-Dienste zurückgreifen. Es ist erstaunlich, dass z.B. Menschen mit Behinderungen Hausnotruf-Dienste bisher nur in geringem Umfang nutzten, denn insbesondere bei umfassenden Bedarfslagen können Versorgungslücken entstehen, die durch Hausnotruf-Dienste geschlossen werden könnten. Gleichzeitig muss berücksichtigt werden, dass auch Menschen die bislang keine konkreten Unterstützungsbedarfe haben, (prophylaktisch) auf das Angebot zugreifen könnten.

In der Gruppe der alten Menschen hat ein relativ hoher Anteil von Nutzern eine Behinderung oder chronische Krankheit. Die daraus resultierenden Unterstützungsbedarfe sind jedoch zumeist erst im Alter aufgetreten. Diese Gruppe der alten Menschen muss deshalb von jungen Menschen mit einer Behinderung und Menschen, bei denen erst altersbedingte Einschränkungen zu einer Behinderung geführt haben, unterschieden werden. Obwohl sich die Bedarfslagen überschneiden und ähnliche Reaktionen erfordern, muss zwischen den individuellen Bedürfnissen alter und junger Menschen differenziert werden. Dies wurde in der Untersuchung bewusst herausgearbeitet.

Nutzerinnen und Nutzer über 65 Jahre werden grundsätzlich zur Gruppe der alten Menschen, ab 80 Jahren zur Gruppe der hochaltrigen Menschen gerechnet. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter 65 Jahren wird dagegen unterschieden, ob es sich um Menschen ohne bzw. mit nur geringfügigen Beeinträchtigungen, mit einer Behinderung, mit einer chronischen Krankheit oder mit einer psychischen Krankheit handelt. Mehrfachnennungen wurden dabei

ausgeschlossen. Die Verantwortlichen der Dienste sollten auf der Grundlage ihrer Erfahrungen eine prozentuale Einschätzung der Nutzergruppen vornehmen.



84 % der Nutzerinnen und Nutzer von Hausnotruf-Diensten sind zur Gruppe der alten Menschen zu rechnen, lediglich 16 % sind jünger als 65 Jahre. Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten haben dabei jeweils nur einen Anteil von 5 %. Nutzerinnen und Nutzer mit psychischen Behinderungen sind mit einem Anteil von 3 % ebenso unterrepräsentiert wie Menschen, die bislang keine bzw. nur geringfügige Unterstützungsbedarfe haben und Hausnotruf-Dienste eher aus präventiven Gesichtspunkten nutzen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Hausnotruf-Dienste alten Zuschnitts durch ihr begrenztes Sicherheitsverständnis und daraus resultierendem Leistungsangebot nicht mit den Unterstützungsbedarfen von Menschen mit Behinderungen kompatibel waren. Hausnotruf-Dienste beginnen erst seit kurzem durch neue Angebotszuschnitte auch für Menschen mit Behinderungen interessant zu werden. Wenn sich Hausnotruf-Dienste – unter Berücksichtigung einer notwendigen Übergangsphase – auf die umfassenden Bedarfslagen behinder-

ter und chronisch kranker Menschen einstellen, werden sie zukünftig auch deutlich mehr Menschen dieser Zielgruppe erreichen können.

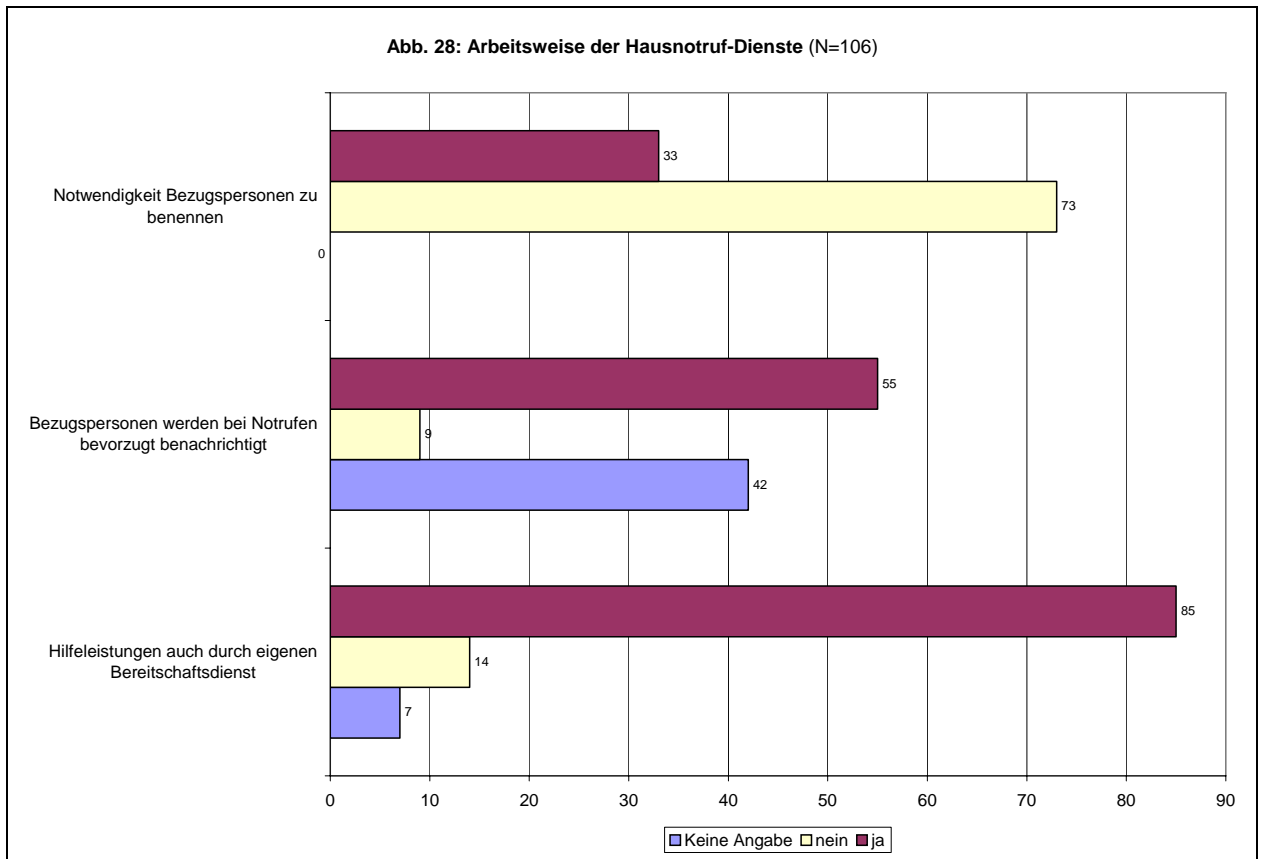
Abschließend muss bemerkt werden, dass der nach wie vor hohe Anteil von alten Menschen einerseits demographisch begründet ist und andererseits nicht über den begonnenen Entwicklungsprozess der Hausnotruf-Dienste zur Zielgruppenerweiterung hinwegtäuschen darf. Es kann zum aktuellen Zeitpunkt allerdings konstatiert werden, dass es keine eklatante Steigerung des Anteils von Nutzerinnen und Nutzern mit einer Behinderung gab.

2.4 Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste

Arbeitsweise der Hausnotruf-Dienste

Die Arbeitsweise der Hausnotruf-Dienste wird maßgeblich von ihrer Konzeption beeinflusst⁷⁹. Dabei muss eingeräumt werden, dass sich die bereits theoretisch erörterten Konzepte in der Praxis nicht immer trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Häufig existieren Mischformen, bei denen z.B. auch überregional tätige Hausnotruf-Dienste mit örtlich verankerten Bezugspersonen arbeiten. Eine Reihe von Anbietern hält eigene Bereitschaftsdienste vor, mit denen sie selbst „kleinere“ Hilfeleistungen für die Nutzerinnen und Nutzer vor Ort erbringen. Dies gilt insbesondere für Dienste mit einem ausgeprägten Regionalbezug. Einige Hausnotruf-Dienste fordern die Teilnehmer auf, Bezugspersonen zu benennen, die im Bedarfsfall benachrichtigt werden können. Die Bezugspersonen werden dabei entweder statt Bereitschaftsdienst oder ergänzend eingesetzt. Insgesamt greifen die meisten Dienste auf Bezugspersonen und/oder eigene Bereitschaftsdienste zurück. Nur einige wenige Anbieter setzen ausschließlich auf die Reaktionen der Rettungsdienste.

⁷⁹ vgl. Teil 4, 1.2 Technik und Funktionsweise von Hausnotruf-Diensten



Bei relativ wenigen Anbietern müssen zwingend Bezugspersonen benannt werden. Rund die Hälfte der untersuchten Hausnotruf-Dienste setzt jedoch die Bezugspersonen bevorzugt bei (Not-)Fällen ein, die weder medizinisch begründet noch lebensbedrohlich sind. Die Bezugspersonen sind für die Hausnotruf-Dienste eine einfache und auch kostengünstige Möglichkeit, um vor Ort Hilfe zu leisten oder zumindest von einer unabhängigen Person über die Situation informiert zu werden. Zudem berichten die Dienste davon, dass durch den Einsatz von Bezugspersonen häufig nachbarschaftliche Kontakte wiederbelebt bzw. intensiviert werden und damit ein Beitrag zur Stabilisierung kleiner Netzwerke geleistet wird.

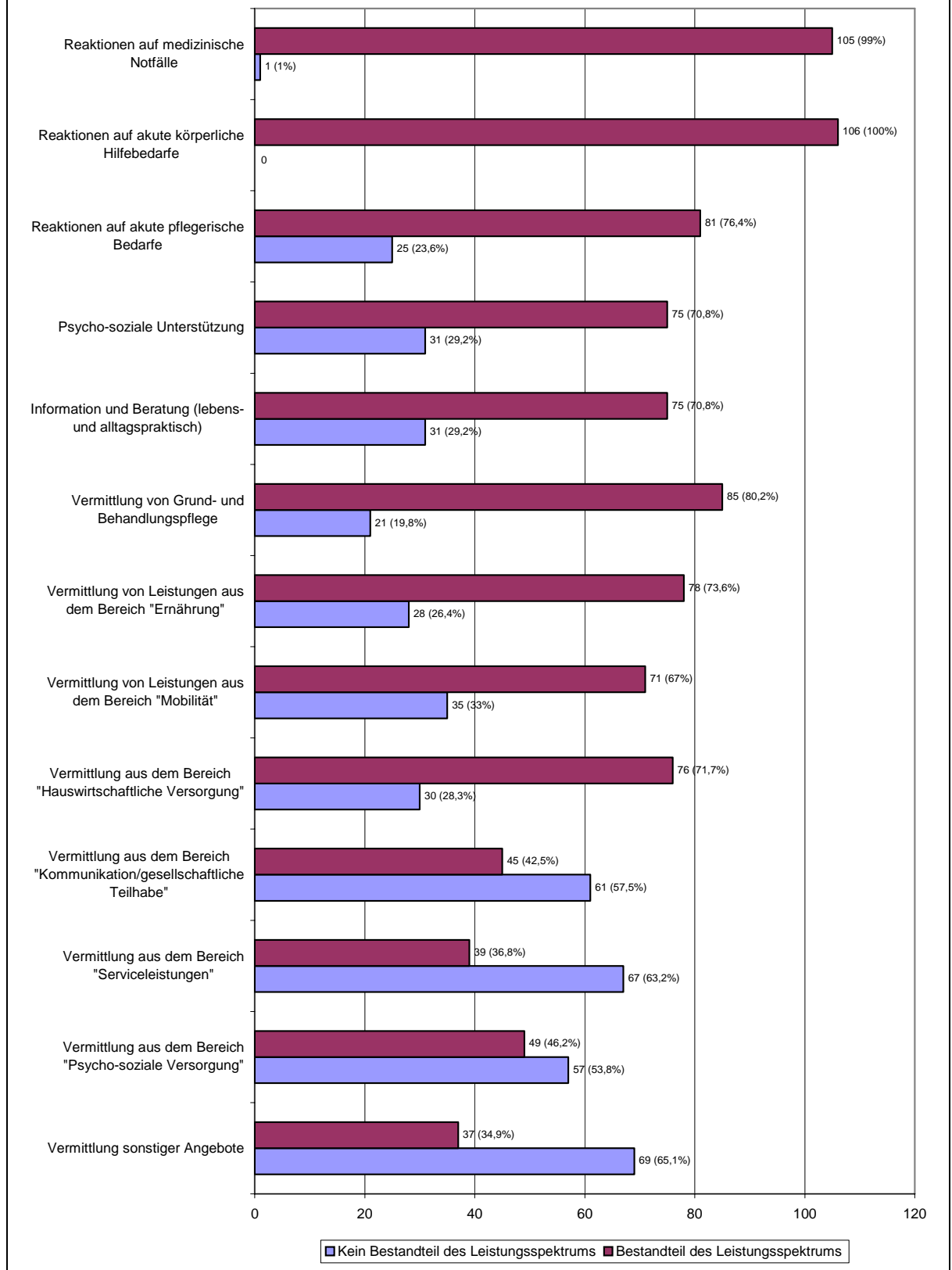
Über 80 % der untersuchten Hausnotruf-Dienste geben an, einen eigenen Bereitschaftsdienst einzusetzen, um Hilfeleistungen für ihre Nutzerinnen und Nutzer vor Ort bereitzustellen. Dieser hohe Anteil ist positiv zu bewerten, weil mit den eigenen Bereitschaftsdiensten z.B. auf akute körperliche und alltagspraktische Hilfebedarfe zielgenau reagiert werden kann. Dabei kombinieren einige Dienste durchaus das auf Bezugspersonen basierende „Nachbarschaftsmodell“ mit einem eigenen Bereitschaftsdienst.

Leistungsangebot

Das Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste lässt – wie bereits dargelegt – Rückschlüsse auf das Sicherheitsverständnis der Anbieter zu. Es wurde dementsprechend untersucht, inwieweit sich Hausnotruf-Dienste bereits den umfassenden Bedarfslagen ihrer Nutzerinnen und Nutzer zugewandt haben und ein ganzheitliches Leistungsangebot aufgebaut haben, oder ob noch immer medizinisch-somatische Notfälle fokussiert werden. Falls nach wie vor Einschränkungen im Leistungsangebot bestehen, könnte dies z.B. ein Grund sein, warum Menschen mit Behinderungen Hausnotruf-Dienste erst in geringem Umfang nutzen.

Im Rahmen der Befragung wurde erhoben, welche Leistungen Hausnotruf-Dienste für ihre Nutzerinnen und Nutzer vorhalten. Diese Leistungen müssen nach selbst erbrachten und durch andere Dienstleister (in Kooperation) vorgehaltenen differenziert werden. Die Intensität der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern und die Frage in welchem Umfang die Vermittlung von Leistungen institutionalisiert oder „zufällig“ stattfindet, wurden in diesem ersten Schritt noch nicht untersucht. Vielmehr sollte erhoben werden, ob sich die Hausnotruf-Dienste bereits bemühen, bestimmte Leistungsangebote vorzuhalten.

Abb. 29: Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste (n=106)



Bei den Diensten gehört es offensichtlich zum Leistungsangebot, auf medizinische Notfälle und akute körperliche Hilfebedarfe zu reagieren. Auch Reaktionen auf medizinische Hilfebedarfe sind dabei genau genommen eine Leistungsvermittlung, da die eigentlichen Leistungen vor Ort in der Regel durch die Rettungsdienste erbracht werden. Lediglich ein privater Anbieter, der eigentlich auf Sicherheitstechnik und Objektschutz spezialisiert ist, zählt medizinische Notfallreaktionen nicht zu seinem Leistungsangebot, obwohl auch er einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen abgeschlossen hat.

Unter Reaktionen auf akute körperliche Hilfebedarfe (z.B. Stürze in der eigenen Wohnung) verstehen einige wenige Anbieter, einen Rettungsdienst zu alarmieren. Diese Reaktion erfolgt auch dann, wenn keine lebensbedrohlichen Situationen vorliegen. Hauptsächlich setzen die Hausnotruf-Dienste jedoch ihren Bereitschaftsdienst ein oder benachrichtigen die benannten Bezugspersonen.

Die Reaktionen auf akute pflegerische Bedarfe sind nicht mit dem Angebot spezialisierter Pflegedienste zu verwechseln, vielmehr sind hier unvorhergesehene Bedarfe, wie z.B. Katheterwechsel, Hilfe bei Toilettengängen oder eine Änderung der Lagerung subsumiert. Diese Bedarfe treten z.B. auf, wenn Menschen mit umfassenden Pflegebedarfen in einem festen Turnus, mehrmals täglich durch Pflegedienste versorgt werden. Hier sind Versorgungslücken möglich, die durch Hausnotruf-Dienste ausgeglichen werden können. Knapp 76 % der untersuchten Dienste geben an, auf solche Bedarfe zu reagieren. Diese Reaktionen unterscheiden sich insofern von Reaktionen auf akute körperliche Hilfebedarfe, als die Dienste hier in der Regel ihren Bereitschaftsdienst einsetzen oder auch mit Pflegediensten zusammenarbeiten. Rund 80 % der Hausnotruf-Dienste vermitteln bereits gezielt Leistungen der Grund- und Behandlungspflege. Dies ist ein Indiz für den Aufbau umfassender Reaktionen in diesem Bereich.

Immerhin fast 71 % der Hausnotruf-Dienste unterstützen die Nutzerinnen und Nutzer bei psycho-sozialen Bedarfslagen. Dabei handelt es sich in der Regel um klärende Gespräche am Hausnotruf-Gerät und z.T. um ergänzende Hausbesuche der Mitarbeiter oder des Bereitschaftsdienstes. Weiterreichende psycho-soziale Dienste und Hilfen vermitteln dagegen nur ca. 42 % der Hausnotruf-

Dienste. Hier muss allerdings festgestellt werden, dass die Versorgungsinfrastuktur in diesem Bereich – je nach Region – eher gering ausgeprägt ist.

Der Anteil von Diensten, die Mahlzeitendienste (Ernährung), Fahrdienste o.ä. (Mobilität) oder hauswirtschaftliche Hilfen (hauswirtschaftliche Versorgung) vermitteln, ist relativ hoch. Die Quoten in diesen Bereichen liegen zwischen 67 % und knapp 74 %. Insbesondere die wohlfahrtsverbandlichen Anbieter vermitteln hier häufig Dienstleistungen ihres eigenen Trägers. Einige Hausnotruf-Dienste bieten aber generell keine Leistungen an, die nicht innerhalb des eigenen Trägers verfügbar sind. Dies trifft z.B. auf Leistungen von Frisören, Fußpflegerinnen und Handwerkern (Serviceleistungen) zu. Auch wenn diese Leistungen nicht zum Ambulanzsystem zählen, sind sie aber für die Bewältigung des Alltags bedeutsam. Die Zusammenarbeit mit Dienstleistern außerhalb der eigenen Trägerstrukturen und abseits des klassischen Versorgungsspektrums wird deshalb besonders beachtet.

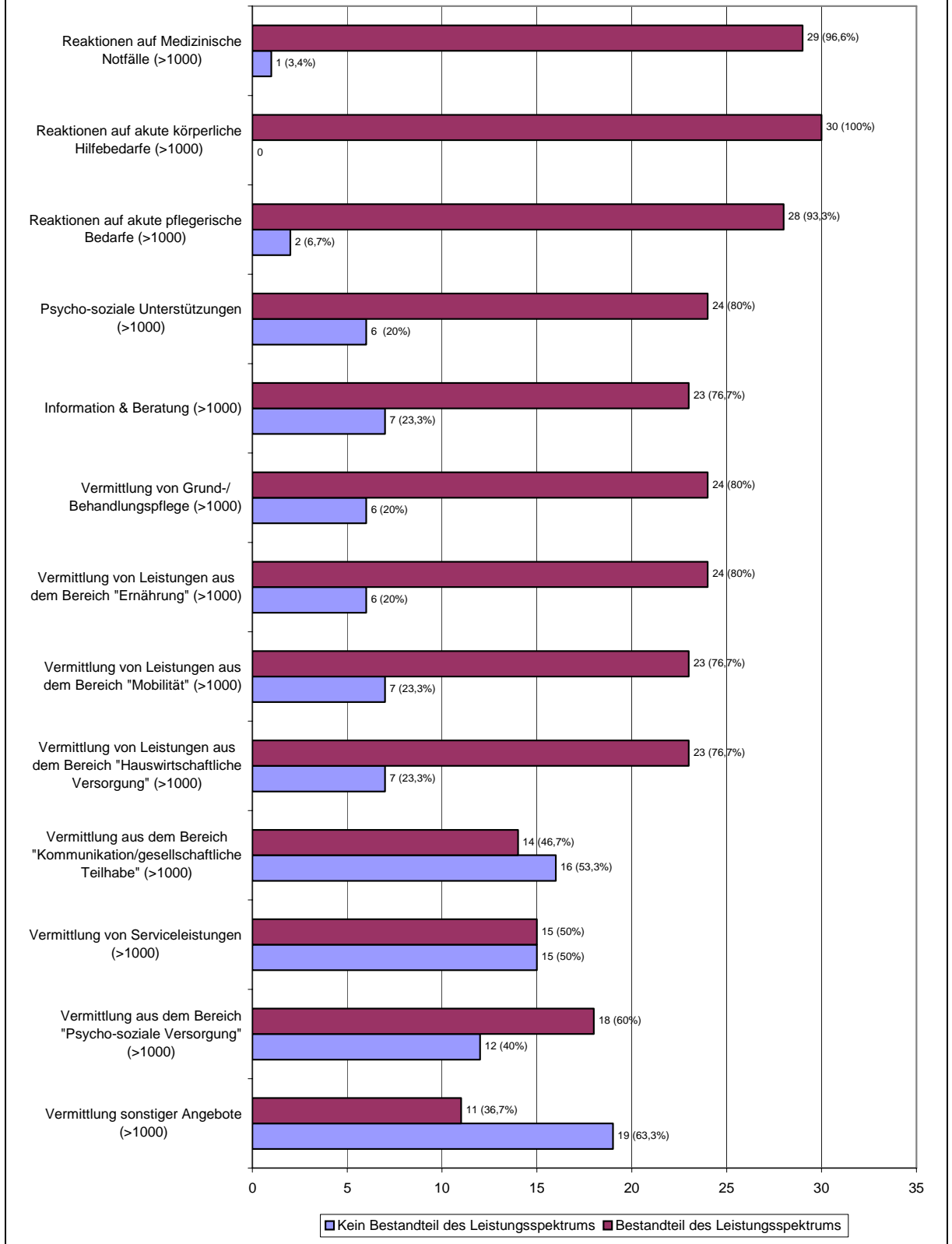
Bei der „Vermittlung sonstiger Angebote“ haben die Dienste z.B. Leistungen wie die Vermittlung und Organisation von Urlaubsreisen (z.B. spezielle Seniorenreisen), Schutz gegen Einbruch, Feuer usw. (Rauch-/Kontakt-/Bewegungsmelder), Wohnraumberatung, Wäschedienste, Einkaufsdienste, Verleih von Pflegehilfsmitteln angegeben⁸⁰. Ein Hausnotruf-Dienst bietet zusätzlich einen Telebildservice für Senioren an, indem via Bildtelefon Kontaktangebote für die Nutzerinnen und Nutzer vorgehalten werden.

Wertet man die vorhandenen Daten ausschließlich für Hausnotruf-Dienste aus, die mehr als 1.000 Nutzerinnen und Nutzer angeschlossen haben, so ergeben sich geringfügige Veränderungen des Gesamtbilds. Von 30 Hausnotruf-Diensten, auf die dieses Kriterium zutrifft, geben durchschnittlich 93,3 % der Dienste an, auf akute pflegerische Bedarfe zu reagieren (im Vergleich zu 76,4 % aller untersuchten Dienste), 80 % leisten psycho-soziale Unterstützungen und 76,7 % bieten ihren Teilnehmern Informations- und Beratungsdienste an (im Vergleich zu je 70,8 % bei N=106). Daraus lässt sich folgern, dass Hausnotruf-Dienste, die mehr als 1000 Nutzer angeschlossen haben, diese Leistun-

⁸⁰ Diese Dienstleistungen scheinen in den letzten Jahren an Bedeutung weiter zugenommen zu haben.

gen durchschnittlich 10 % häufiger zu ihrem Leistungsangebot zählen. Hier kann darauf geschlossen werden, dass bei einem Teil der Hausnotruf-Dienste höhere Teilnehmerzahlen mit einem umfassenderen Leistungsangebot korrelieren. Die Ursache liegt u.a. in den besseren Refinanzierungsmöglichkeiten. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass hier die Konzentrationsprozesse der letzten Jahre zu Synergien im Sinne der Nutzerinnen und Nutzer geführt haben.

Abb. 30: Leistungsspektrum der Hausnotruf-Dienste mit mehr als 1000 Nutzerinnen und Nutzern (N=30)



Es kann positiv vermerkt werden, dass sich ein Großteil der untersuchten Hausnotruf-Dienste bereits von dem eingeschränkten und auf medizinisch-somatische Bedarfslagen fixierten Leistungsangebot gelöst hat und sein Sicherheitsverständnis erweitert hat. Viele Hausnotruf-Dienste halten schon heute ein relativ umfassendes Leistungsangebot vor, mit dem sie auch auf „Alltagsbedarfe“ ihrer Nutzerinnen und Nutzer reagieren können.

Leistungspakete und ihre Kosten für die Nutzer

Die Leistungsangebote der Hausnotruf-Dienste werden überwiegend durch die Teilnehmerbeiträge refinanziert. Dementsprechend trägt zwar ein Bereitschaftsdienst zur einer bedarfsgerechteren Versorgung bei, gleichzeitig müssen aber die Nutzer für dieses Leistungsangebot und seine Inanspruchnahme aufkommen. Auch wenn Hausnotruf-Dienste die Leistungen anderer Dienste vermitteln, ist dies für die Träger nicht kostenlos.

Zum Teil werden die nutzerbezogenen Kosten für die Inanspruchnahme des Hausnotrufs von externen Kostenträgern übernommen, häufig muss ein Teil jedoch aus Eigenmitteln der Betroffenen bestritten werden⁸¹. In der Regel rechnen die Hausnotruf-Dienste ihre Leistungen nicht separat ab, sondern stellen aus den einzelnen Modulen verschiedene Leistungspakete zusammen.

Diese Leistungspakete sind häufig sinnvoll, um den Nutzerinnen und Nutzern die Kosten für bestimmte Leistungen transparent zu machen. Gleichzeitig entsprechen die damit verbundenen Entscheidungsmöglichkeiten eher einem „Kundenstatus“. Die Hausnotruf-Dienste bieten ihren Teilnehmerinnen und Teilnehmern folgende Leistungspakete an:

- *Leistungspaket „Pflegeversicherung“*: Hierbei handelt es sich um das „Grundleistungspaket“ der Dienste. Die Pflegekassen verpflichten die Anbieter dazu, ein Leistungspaket für maximal 35 DM/17,89 €⁸² anzubieten, das die Leistungsanforderungen der Pflegeversicherung erfüllt. Sofern die Nut-

⁸¹ vgl. Teil 2, 1.3.3 Neue Formen der Finanzierung ambulanter Dienstleistungen sowie Teil 4, 1.3 Hausnotruf-Dienste: Dienstleistung oder technisches Hilfsmittel?

⁸² Im folgenden werden die Beträge sowohl in DM als auch in € angegeben, da die Erhebung vor der Einführung des Euro stattfand.

zerinnen und Nutzer eine anerkannte Pflegebedürftigkeit haben, rechnen die Dienste zumeist direkt mit den Pflegekassen ab. Darin sind in der Regel die Miete für ein Hausnotruf-Gerät und die 24-Stunden-Erreichbarkeit einer Hausnotruf-Zentrale enthalten. Damit entspricht dieses Leistungspaket der klassischen Notruffunktion medizinisch-somatischer Prägung. Es sind weder Einsätze vor Ort enthalten (z.B. durch den Bereitschaftsdienst) noch eine regelmäßige Aktivitätskontrolle (Tagestastenmeldung). Die Dienste geben an, eine institutionalisierte Vermittlung umfassender Angebote zu diesem Preis nicht leisten zu können.

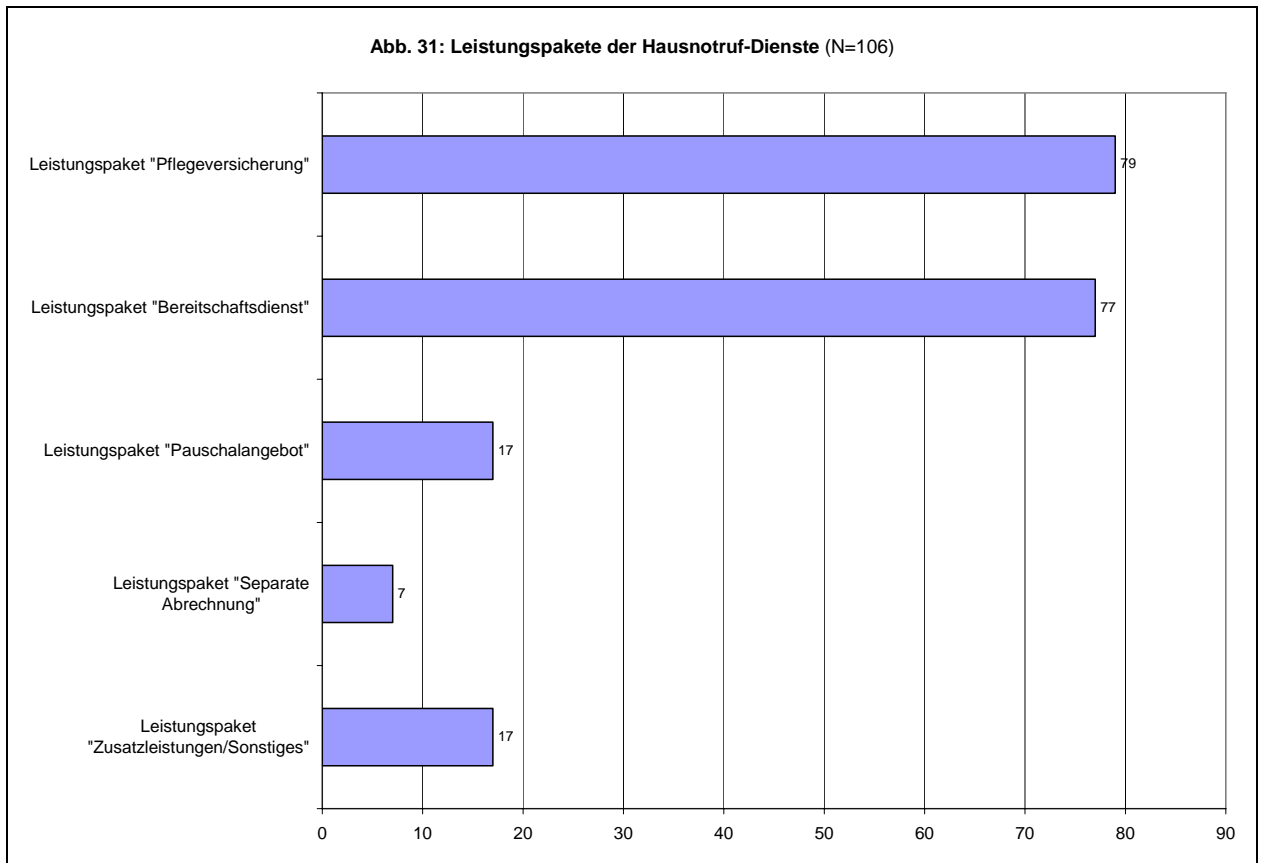
- *Leistungspaket „Bereitschaftsdienst“*: Neben dem Hausnotruf-Anschluss sind bereits verschiedene Leistungselemente enthalten. Dazu gehören z.B. Einsätze des Bereitschaftsdienstes vor Ort, Schlüsselaufbewahrung und Aktivitätskontrolle (Tagestastenmeldung). Dabei wird zum Teil die Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes auf 1-2 Einsätze pro Monat begrenzt. Die Mehrzahl der Hausnotruf-Dienste bietet ein derartiges Leistungspaket zu einem Preis von 40 DM/20,45 € bis 87 DM/44,48 € an. Die großen Preisunterschiede lassen sich dadurch erklären, dass einige Dienste lediglich einen geringen Aufpreis für die optionale Inanspruchnahme des Bereitschaftsdienstes kalkulieren und Einsätze separat abrechnen, während in anderen Angeboten bereits Einsätze vor Ort enthalten sind.
- *Leistungspaket „Pauschalangebot“*: Ein geringer Teil der Hausnotruf-Dienste bieten ihren Nutzerinnen und Nutzern ein Pauschalangebot an. Hier sind sämtliche Leistungen, die durch die Hausnotruf-Dienste vorgehalten werden ohne Leistungseinschränkung enthalten. Diese Leistungspakete werden zu Preisen zwischen 45 DM/23 € und 95 DM/48,57 € angeboten.
- *Leistungspaket „Separate Abrechnung“*: Der zu entrichtende Monatsbeitrag enthält lediglich die Gebühr für den Hausnotruf-Anschluss. Alle weiteren erbrachten Leistungen (z.B. Reaktionen auf Notruf, Vermittlung von Leistungen) werden den Nutzerinnen und Nutzern separat in Rechnung gestellt. Dieses Leistungspaket macht zwar die Kostenstrukturen der Hausnotruf-Dienste transparent, durch diese Modalitäten können aufgrund der diffizilen Regelungen zur Kostenübernahme jedoch Finanzierungsprobleme für die Nutzerinnen und Nutzer entstehen. Grundsätzlich stellen solche Leistungs-

pakete – insbesondere bei der Leistungsvermittlung – jedoch eine faire Lösung für die Kunden dar. Dieses Leistungspaket wird bislang nur selten angeboten, wobei die Preisspanne zwischen 45 DM/23 € und 63 DM/32,21 € liegt.

- *Leistungspaket „Zusatzangebote/Sonstiges“*: Über die oben genannten Pakete hinaus bieten einige Dienste noch Zusatzleistungen an. So kombinieren z.B. einige Anbieter das Leistungspaket „Bereitschaftsdienst“ mit einer ergänzenden Sicherheitstechnik gegen Einbruch und Feuer. Bei anderen können die Nutzerinnen und Nutzer einmal pro Monat ein Angebot ihrer Wahl in Anspruch nehmen (z.B. den Getränkeservice). Diese Angebote werden nur von wenigen Anbietern vorgehalten und liegen zumeist in einem oberen Preissegment um 100 DM/51,13 €.

Die kalkulierten Preise für die Leistungspakete der einzelnen Hausnotruf-Dienste sind sehr unterschiedlich und zum Teil nur schwer nachzuvollziehen. So gibt es z.B. Hausnotruf-Dienste, die ihren Nutzern ein Pauschalpaket ohne Einschränkungen für unter 60 DM/30,68 € offerieren. Dabei bleibt unklar, wie die Dienste eine umfassende Inanspruchnahme dieser Angebote durch ihre Nutzer realisieren (würden). Insbesondere bei niedrigen Preisen entsteht der Verdacht, dass es sich hier um nicht kostendeckende Kalkulationen handelt. Gelingt es den Hausnotruf-Diensten jedoch nicht, ihr Angebot langfristig selbstständig und ohne „Zuschüsse“ zu finanzieren, schränken sie damit ihren Handlungsspielraum ein.

Die Frage nach den Kosten für die Nutzerinnen und Nutzer kann insofern als eine „Kontrollfrage“ verstanden werden. Je mehr die Hausnotruf-Dienste ein umfassendes Leistungsangebot vorhalten und vermitteln, desto stärker werden sie ihre Preispolitik darauf ausrichten. Bei Hausnotruf-Diensten, die auch Fragen der Dienstleistungsvermittlung in ihren Preiskalkulationen berücksichtigt haben, ist davon auszugehen, dass diese Angebote bereits in hohem Maß institutionalisiert sind. Bei wenig transparenten Pauschalangeboten oder unrealistisch niedrigen Preisen erscheinen die Zukunftschancen eher gering.



Die verschiedenartig ausgerichteten Leistungspakete sind ein Indiz für die Trendwende der Hausnotruf-Dienste hin zu neu akzentuierten und erweiterten Leistungsangeboten. Noch Anfang der 90er Jahre gab es zumeist nur einheitliche Angebote, während die Nutzerinnen und Nutzer heute Wahlmöglichkeiten haben. Dabei werden mittlerweile auch durchaus Angebote wie „Schutz vor Einbruch und Feuer“ angeboten. Diese Angebote sind einerseits auf ein umfassendes Bedarfsspektrum ausgerichtet und können andererseits auch ganz neue Zielgruppen erreichen. Es ist überaus positiv zu beurteilen, dass ein Großteil der Dienste einen eigenen Bereitschaftsdienst anbietet, wobei dieser Bereitschaftsdienst selbstverständlich nicht zum Pauschalpreis der Pflegeversicherung von 35 DM/17,89 € vorgehalten werden kann.

2.5 Kooperationen der Hausnotruf-Dienste

Kooperationen bedeuten für Hausnotruf-Dienste, gezielt mit anderen ambulanten Diensten und Hilfen zusammenzuarbeiten, um bestimmte Leistungen anbieten zu können. Das Ziel ist, möglichst ganzheitlich auf die Bedarfe der Nutzerinnen und Nutzer zu reagieren. Dieses strategische Ziel können sie in der Re-

gel nicht aus eigener Kraft erreichen und es ergibt sich eine „strategische Ziellücke“⁸³. Kooperationen haben die Aufgabe, diese strategische Ziellücke möglichst passgenau zu schließen.

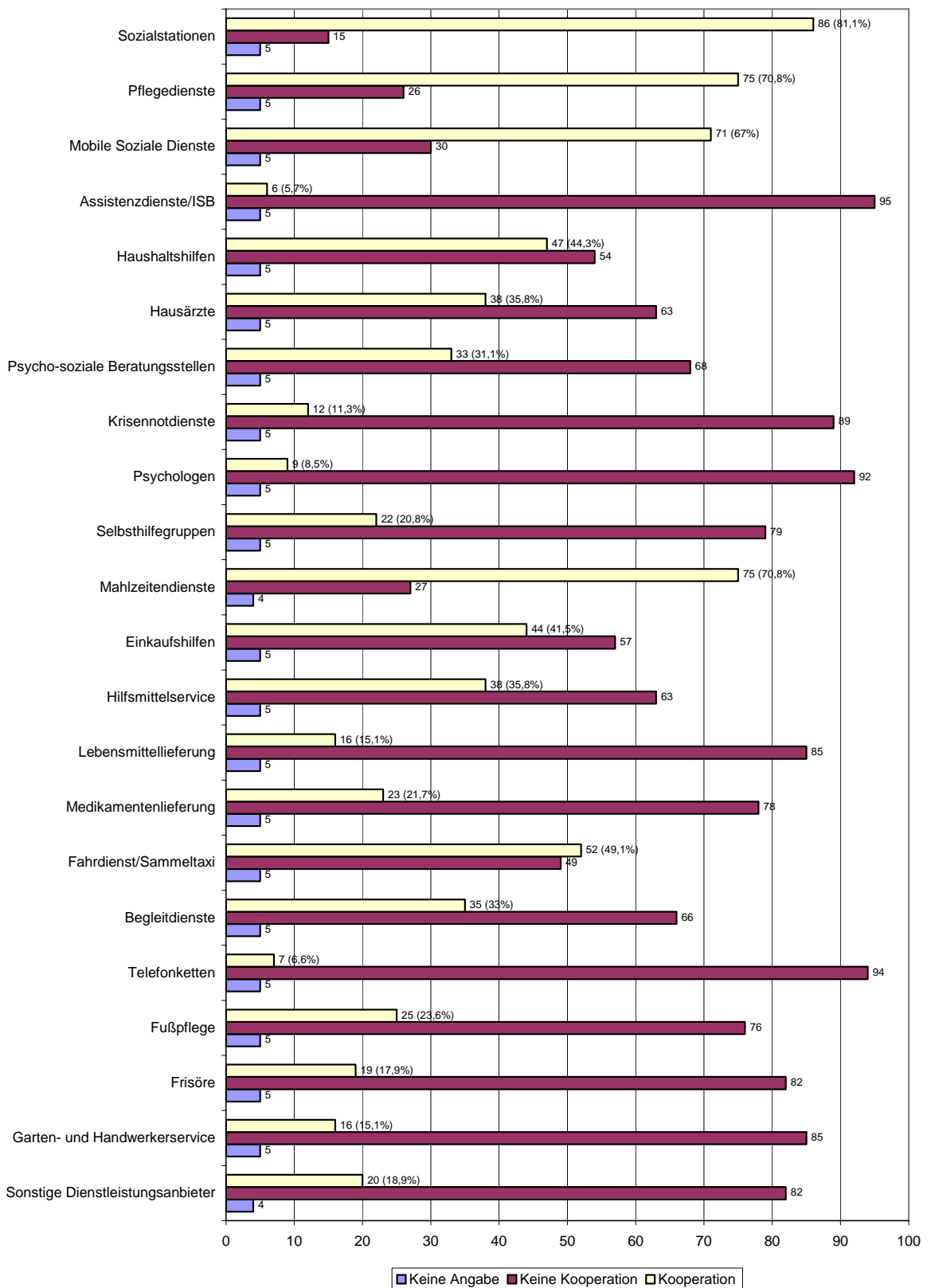
2.5.1 Kooperationspartner

Hausnotruf-Dienste kooperieren bereits bei ihrer „klassischen“ Zielstellung, der Reaktion auf medizinische Notrufe, mit örtlichen Rettungsleitstellen/Rettungsdiensten. Ein neu akzentuiertes und ganzheitlich ausgerichtetes Angebot impliziert ein möglichst breites Spektrum von Kooperationspartnern. Klassische Dienstleister des Ambulanzsystems, wie z.B. Pflegedienste, Assistenzdienste, Haushaltshilfen, Menüservice und Fahrdienste sind darin ebenso eingeschlossen, wie die Zusammenarbeit mit nicht zum Ambulanzsystem gehörenden Dienstleistern (z.B. Frisören, Fußpflege, und Handwerksdiensten).

In einem ersten Schritt wurde untersucht, wie viele der untersuchten Hausnotruf-Dienste bereits heute mit anderen Dienstleistern kooperieren. Dabei wurden qualitative Aspekte der Kooperationen zunächst noch außer Acht gelassen.

⁸³ vgl. Teil 3, 3.3.1 Analyse der internen und externen Voraussetzungen für Kooperationen

Abb. 32: Kooperationspartner der Hausnotruf-Dienste (n=106)



Die Auswahl der Kooperationspartner bestimmt das Leistungsangebot der Hausnotruf-Dienste. Es ist davon auszugehen, dass sich die Aussagen der Dienste zum Leistungsspektrum (vgl. Abb. 29) hier widerspiegeln: Ein Großteil von Hausnotruf-Diensten zählt die Reaktion auf akute pflegerische Bedarfe und die Vermittlung von Grund- und Behandlungspflege zu ihrem Leistungsangebot, analog dazu kooperieren 81,1 % der untersuchten Hausnotruf-Dienste mit Sozialstationen und 70,8 % mit Pflegediensten. Um den Bereich „Hauswirtschaftliche Versorgung“ abzudecken, arbeiten viele Anbieter mit Mobilien Sozialen Diensten und Hauswirtschaftlichen Hilfen zusammen.

Es ist auffällig, dass nur wenige Anbieter mit Assistenzdiensten bzw. der Individuellen Schwerbehindertenbetreuung kooperieren. Dies korrespondiert mit dem geringen Anteil von Nutzerinnen und Nutzern mit einer Behinderung oder chronischen Krankheit. Dabei bleibt unklar, ob sich nur wenige behinderte Menschen anschließen, weil das Angebot nicht ihren Bedarfen entspricht oder ob die Dienste entsprechende Angebote nicht vorhalten, weil keine behinderten Menschen ihren Dienst nutzen. In diesem Zusammenhang kann vermutet werden, dass Hausnotruf-Dienste in Vorleistung treten und ein entsprechendes Leistungsangebot aufbauen müssen, wenn sie Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten als Teilnehmer gewinnen wollen.

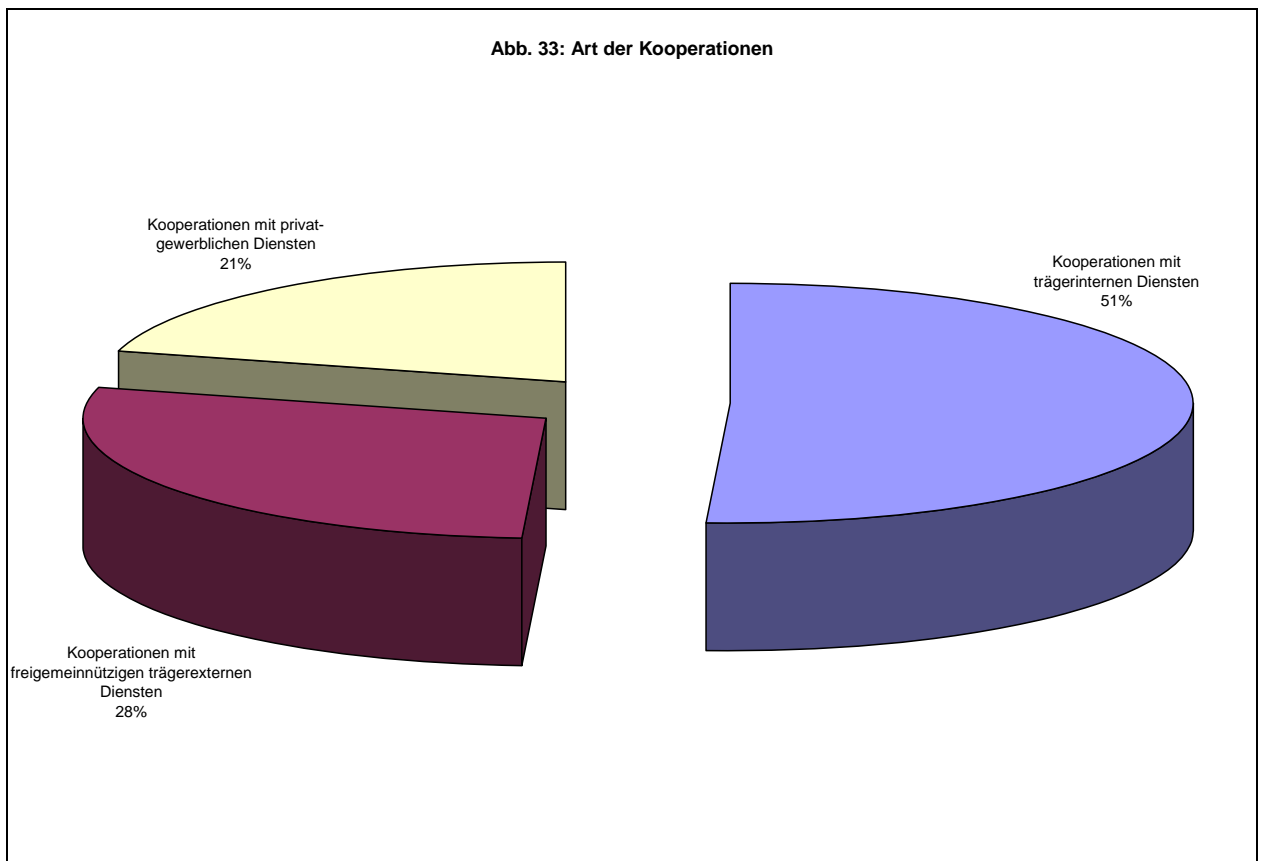
Die große Bandbreite von Kooperationen der Hausnotruf-Dienste belegt die Tendenz, das Angebot durch Kooperationen zu erweitern und auf ein möglichst breites Bedarfsspektrum alter, chronisch kranker und behinderter Menschen zu reagieren. Die Tatsache, dass spezifische Akzente für Menschen mit Behinderungen noch immer zu kurz kommen, z.B. im Hinblick auf Kooperationen mit Assistenzdiensten/ISB, muss jedoch kritisch angemerkt werden.

2.5.2 Art der Kooperationen

Die Kooperationen der Hausnotruf-Dienste unterscheiden sich zunächst nach den Trägern, mit denen zusammengearbeitet wird. Die Frage nach den Trägertypen von Kooperationspartnern berücksichtigt die Vielzahl freigemeinnütziger Hausnotruf-Dienste, die häufig auch innerhalb ihres Trägers mit einer Vielzahl anderer Dienstleister zusammenarbeiten können. Gerade diese Anbieter zeigen häufig wenig Bereitschaft mit trägerexternen Anbietern zusammenzuarbeiten, so dass eine ablehnende Haltung gegenüber anderen möglichen Kooperations-

partnern festzustellen ist. Diese „Selbstbeschränkung“ bei der Auswahl von Kooperationspartnern könnte die Vernetzungsintention negativ beeinflussen. Deshalb wurde überprüft, in welchem Umfang Hausnotruf-Dienste tatsächlich Kooperationen mit trägerinternen Diensten bevorzugen, welchen Stellenwert eine Zusammenarbeit mit anderen freigemeinnützigen Anbietern hat und in welcher Größenordnung mit privat-gewerblichen Leistungserbringern kooperiert wird.

Die folgende Abbildung fasst alle Kooperationen der untersuchten Hausnotruf-Dienste zusammen. Der Anteil von 51 % trägerinterner Kooperationspartner bestätigt die Vermutung, dass größtenteils innerhalb eigener Trägerverbände zusammengearbeitet wird.

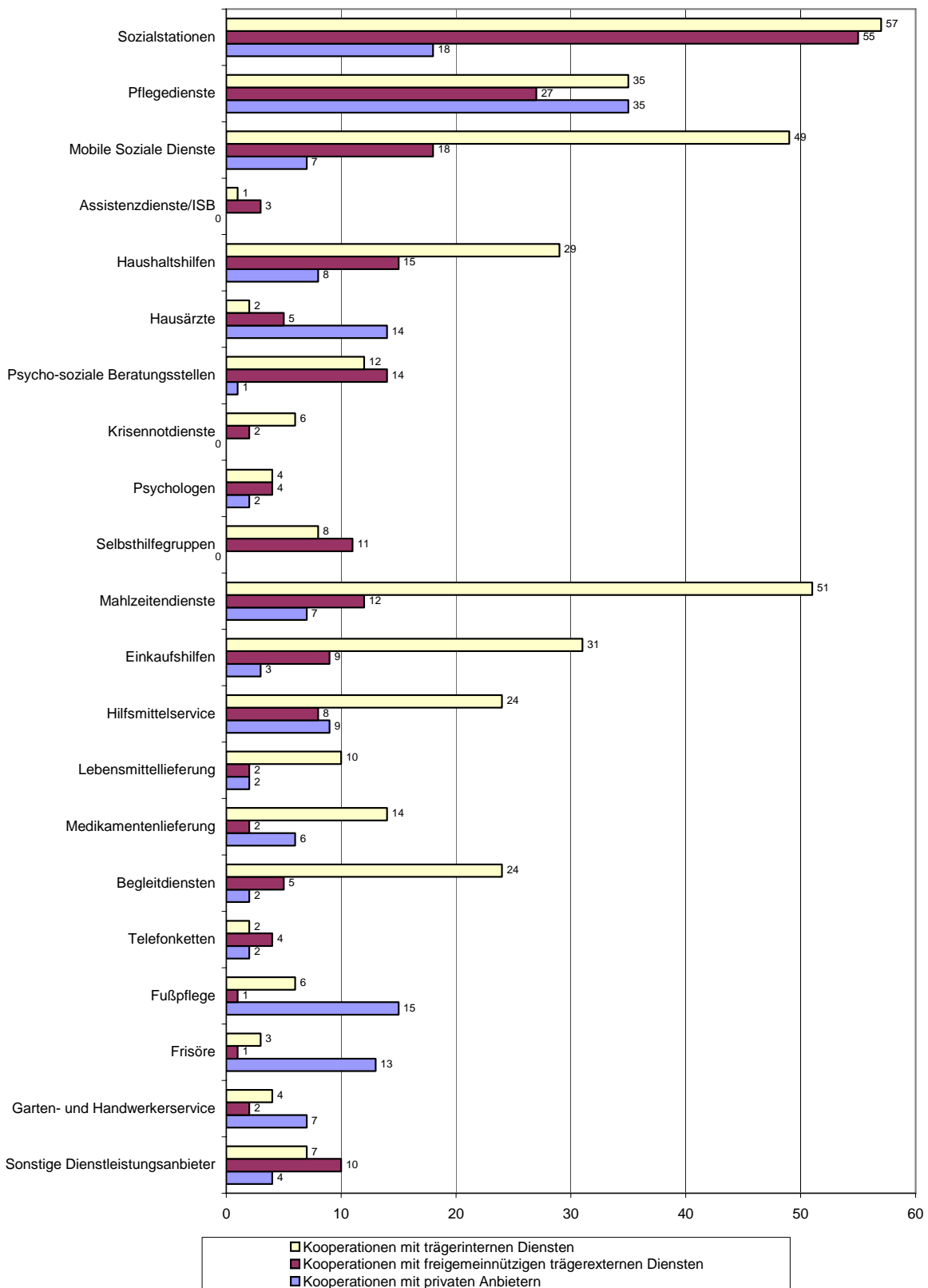


Nahezu die Hälfte aller Kooperationen findet dennoch außerhalb des eigenen Trägers statt. Gegen eine Bevorzugung trägerinterner Dienste ist grundsätzlich nichts einzuwenden, sofern dabei nicht die Interessen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vernachlässigt werden. Dies kann z.B. geschehen, wenn innerhalb der Wohlfahrtsverbände die Zusammenarbeit mit privat-gewerblichen Anbietern dogmatisch abgelehnt werden. Die Anbahnung und Realisierung von Kooperationen sollte in erster Linie an Sachfragen und strategischen Aspekten orientiert

werden (z.B. Bedarfsgerechtigkeit für die Nutzerinnen und Nutzer). Das nahezu ausgewogene Verhältnis läßt jedoch auf mehr als die Berücksichtigung betriebswirtschaftlich geleiteter Trägerinteressen schließen (z.B. ein erweitertes Sicherheitsverständnis).

Abbildung 33 berücksichtigt einerseits die Anzahl von Kooperationen der verschiedenen Dienstleister und unterscheidet andererseits nach Art der Kooperationen. Die erhobenen Daten weisen das Gesamt der Kooperationsbeziehungen der untersuchten Hausnotruf-Dienste aus. So kooperieren z.B. insgesamt 86 Hausnotruf-Dienste mit Sozialstationen. Diese 86 Dienste unterhalten 57 Kooperationen innerhalb eigener Trägerverbände, 55 zu anderen freigemeinnützigen Trägern und 18 zu privat-gewerblichen Trägern.

Abb. 34: Anzahl der Kooperationspartner nach Trägertypen



Offensichtlich dominieren trägerinterne Kooperationen nicht in allen Bereichen. Sie überwiegen z.B. bei der Zusammenarbeit mit Mobilien Sozialen Diensten, Haushaltshilfen, Mahlzeitendiensten und Begleitdiensten. Bei den anderen Kooperationspartnern, wie z.B. bei Sozialstationen und Pflegediensten ist das Verhältnis dagegen relativ ausgewogen. Die Zusammenarbeit mit privatgewerblichen Diensten überwiegt insgesamt nur bei den Leistungen, die von freigemeinnützigen Anbietern nicht oder nur in geringem Umfang erbracht werden.

Mit Pflegediensten und Sozialstationen kooperieren zwar bis zu 81 % der Hausnotruf-Dienste, die relativ geringe Anzahl von Kooperationspartnern deutet jedoch auf ein inhaltlich begrenztes Engagement der Dienste hin. Addiert man die Anzahl der verschiedenen Kooperationspartner bei den einzelnen Dienstleistungen, so ist die Summe jeweils relativ gering: 75 Hausnotruf-Dienste haben angegeben mit Pflegediensten zu kooperieren (vgl. Abb. 32), die Gesamtzahl von Kooperationen mit Pflegediensten beträgt jedoch nur 97. Das heißt, jeder dieser 75 Hausnotruf-Dienste kooperiert durchschnittlich nur mit ca. 1,3 Pflegediensten. Ein ähnliches Verhältnis trifft auch auf Kooperationen mit Sozialstationen zu. Diese Zahl erscheint, bezogen auf die Durchschnittsgröße der Hausnotruf-Dienste von 870 Teilnehmern, relativ gering.

Die Zahlen zu den Kooperationspartnern deuten darauf hin, dass zwar bereits erste Anstrengungen unternommen wurden, die Kooperationen quantitativ jedoch noch ausbaufähig sind – auch in der Zwischenzeit konnten hier keine eklatanten Veränderungen festgestellt werden. Der aktuelle Umfang der Zusammenarbeit mit anderen Diensten ist ein Indiz dafür, dass Kooperationen bislang kaum ein strategischer Stellenwert beigemessen wurde.

2.5.3 Kooperationsverträge

Die Quantität von Kooperationen ist allein noch kein Maßstab für ihren strategischen Stellenwert. Eine strategische Ausrichtung von Kooperationen geht einher mit einer entsprechenden Bedeutung für die Anbieter. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass sich alle Beteiligten bei einer steigenden Bedeutung darum bemühen werden, die Zusammenarbeit so verbindlich wie möglich zu gestalten. Kooperationsverträge sind Indikatoren dafür, ob nicht nur zufällig,

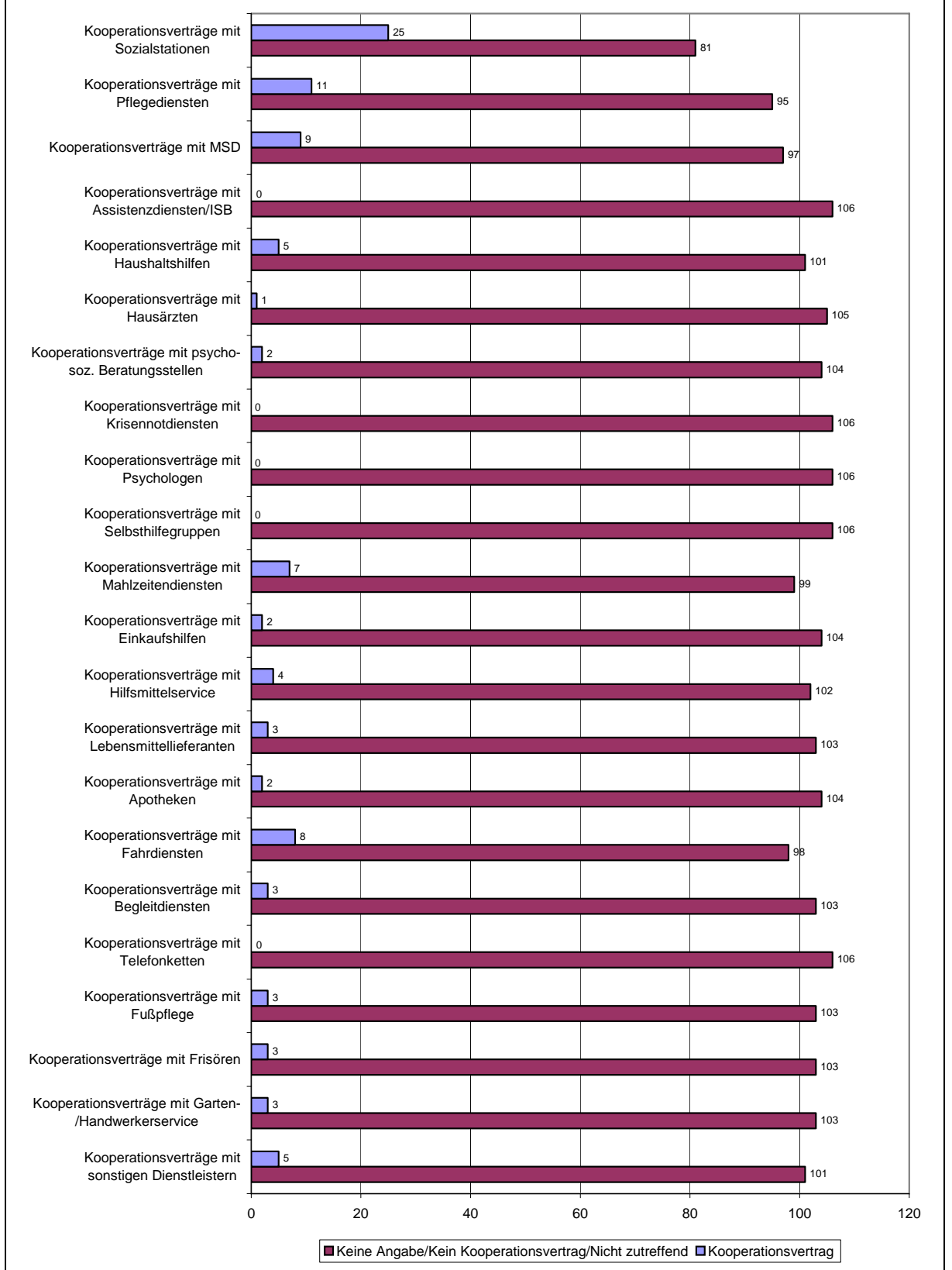
sondern institutionalisiert zusammengearbeitet wird und in welchem Umfang man versucht, Kooperationen verbindlich in Betriebsabläufe zu integrieren.

Die angestrebten Effekte von Kooperationen setzen in der Regel eine detaillierte Festlegung der Rahmenbedingungen voraus. Vereinbarungen zur Leistungserbringung und –verantwortung sind sinnvoll, um Doppelaktivitäten und Versorgungslücken zu vermeiden. Wie bereits theoretisch ausgeführt ist es dabei sinnvoll, dass sich die Kooperationspartner auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen konzentrieren. Für die Hausnotruf-Dienste bedeutet dies in der Regel, die (Not-)Rufannahme zu managen und Leistungen – im Sinne einer Clearingstelle/eines Call-Centers – zu koordinieren. Hausnotruf-Dienste delegieren in diesem Modell bewusst Leistungen an andere Dienstleister und müssen sich vollständig auf die Leistungen ihrer Kooperationspartner verlassen können. Kooperationsverträge sind ein Instrument, um die erforderliche hohe Verlässlichkeit dieser Aufgabenteilung zu gewährleisten.

Kooperationsverträge ermöglichen es, die arbeitsteilige Zusammenarbeit zu steuern und durch einvernehmlich verabschiedete Regeln zu kontrollieren. Durch eine vertragliche Fixierung von Kooperationsformen und ihrer inhaltlichen Ausdifferenzierung erhalten sowohl die Hausnotruf-Dienste als auch die Kooperationspartner eine Orientierungsmarge. Gleichzeitig können finanzielle Regelungen oder „Ausgleichsmechanismen“ für die Zusammenarbeit vereinbart werden. Kooperationsverträge sind immer dann unerlässlich, wenn mit der Leistungsdelegation rechtliche Fragen verbunden sind, z.B. wenn Hausnotruf-Dienste die nächtliche Rufbereitschaft für einen Pflegedienst übernehmen.

Die quantitative Untersuchung zur Anzahl von Kooperationsverträgen indiziert, in welchem Umfang Kooperationen bereits institutionalisiert sind. Die ermittelten Daten lassen indirekt auf die Bedeutung von Kooperationen für die tägliche Arbeit schließen. Der folgenden Abbildung ist zu entnehmen, wie viele der 106 untersuchten Hausnotruf-Dienste Kooperationsverträge mit bestimmten Dienstleistern abgeschlossen haben.

Abb. 35: Anzahl von Hausnotruf-Diensten mit Kooperationsverträgen (N=106)



Von 106 untersuchten Hausnotruf-Diensten haben insgesamt lediglich 25 Anbieter Kooperationsverträge mit anderen Dienstleistern abgeschlossen, dies entspricht einem Anteil von 23,6 %⁸⁴. Alle dieser 25 Hausnotruf-Dienste haben Kooperationsverträge mit Sozialstationen abgeschlossen. Der Anteil sinkt bei anderen Kooperationspartnern, so schlossen noch maximal 11 Hausnotruf-Dienste Verträge mit Pflegediensten ab. Der vergleichsweise hohe Anteil von Kooperationsverträgen mit Sozialstationen und Pflegediensten lässt auf den hohen Stellenwert dieser Zusammenarbeit schließen. Hier sind Verträge zum Teil erforderlich, um Verantwortlichkeiten und damit Haftungsfragen exakt zu definieren.

Auffällig ist, dass im Leistungsbereich „Psycho-soziale Unterstützung“ lediglich zwei Hausnotruf-Dienste Kooperationsverträge mit psycho-sozialen Beratungsstellen abgeschlossen haben, Krisennotdienste, Psychologen usw. blieben bislang unberücksichtigt.

Die relativ geringe Anzahl der Hausnotruf-Dienste mit Kooperationsverträgen darf jedoch nicht dahingehend missgedeutet werden, dass die Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern keine Bedeutung hätte. Die Möglichkeiten, eigene Angebote mit anderen Dienstleistern gezielt zu koppeln, sind durchaus erkannt worden, was sich an der Gesamtzahl von Kooperationen ablesen lässt. Die Zusammenarbeit kann zwar erst mit einer verbindlichen Basis zukünftig intensiviert und stärker institutionalisiert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass sich dieser Prozess nach wie vor in einem Anfangsstadium befindet.

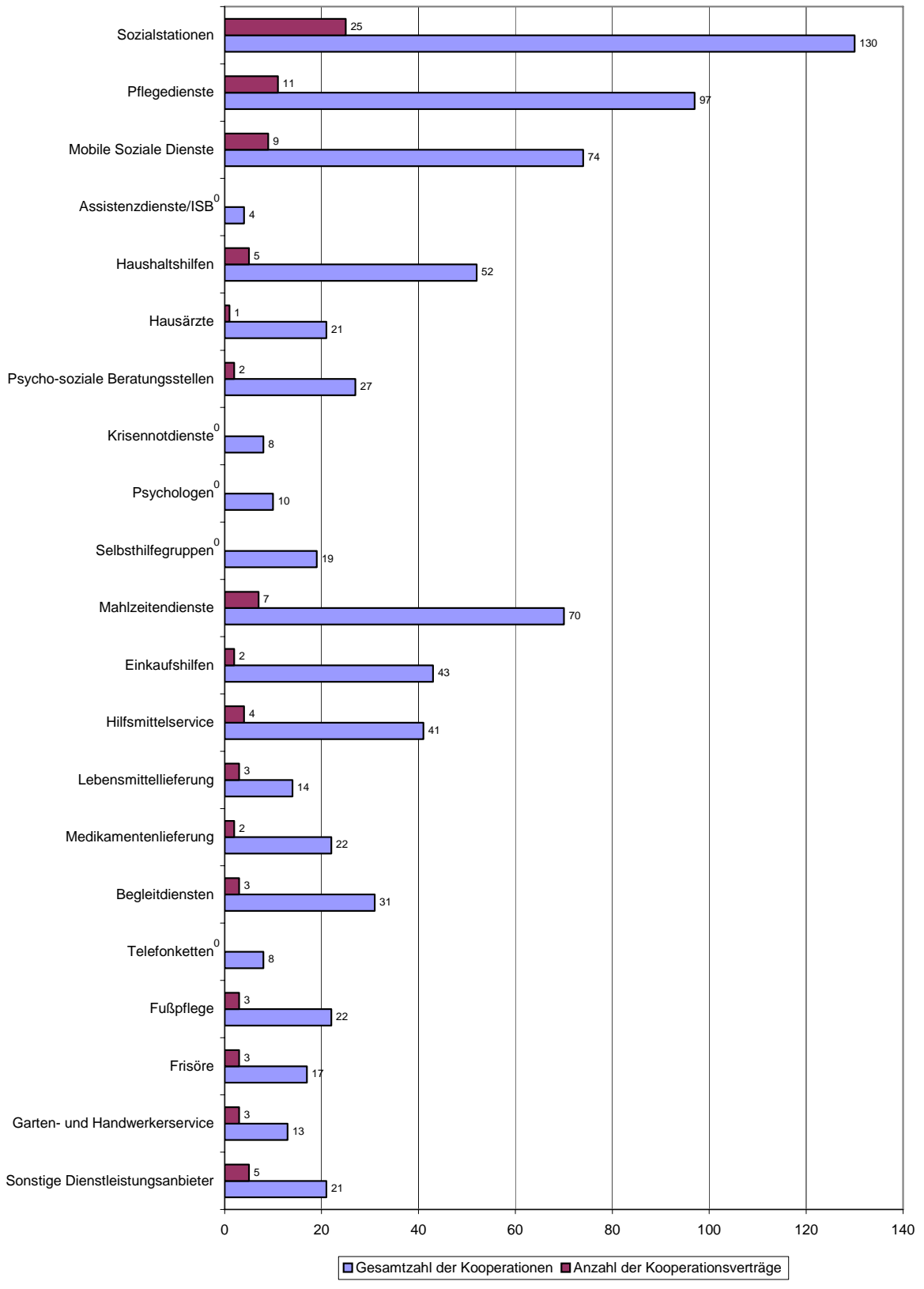
Hausnotruf-Dienste haben die Chance, sich durch gezielte Kooperationen stärker in das Ambulanzsystem zu integrieren. Eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Hausnotruf-Dienste setzt abgesicherte Kooperationsstrukturen voraus. Vernetzungen der ambulanten Dienstleistungsproduktion, die über bilaterale Kooperationen hinausgehen, sind aber nur dann zu realisieren, wenn bereits die Kooperationen absolut verbindlich sind. Diese Basis haben bisher nur wenige Hausnotruf-Dienste geschaffen. Dennoch hat die Mehrzahl der untersuchten Hausnotruf-Dienste ein gutes Potenzial, zum Aufbau vernetzter Strukturen der

⁸⁴ Stichpunktartige Nachfragen bei Hausnotruf-Anbietern konnten hier im Vergleich zu heute keine wesentlichen Veränderungen belegen.

ambulanten Versorgung beizutragen. Auch wenn die Kooperationen häufig noch nicht in dem gewünschten Umfang institutionalisiert sind, haben sie deutlich bessere Ausgangsvoraussetzungen vorzuweisen als die meisten anderen Dienstleister des Ambulanzsystems: Sie delegieren ständig Leistungen an andere Anbieter und besitzen deshalb einen unverzichtbaren Erfahrungsschatz, wie eine Zusammenarbeit koordiniert werden kann. Es ist anzunehmen, dass bislang noch nicht alle Hausnotruf-Dienste das Entwicklungspotenzial strategischer Kooperationen entdeckt haben.

Die Abbildung 36 zeigt, dass die 106 befragten Hausnotruf-Dienste insgesamt über 744 Kooperationen verfügen. Davon sind 88 Kooperationen durch Verträge abgesichert, was einem Anteil von 11,8 % entspricht. Gemessen daran, dass strategische Kooperationen im Rahmen der ambulanten Versorgung sonst kaum eine Rolle spielen, ist der Entwicklungsstand nicht negativ einzuschätzen. Zukünftig kann eine stärkere Gewichtung von strategischen Kooperationen und eine höhere Anzahl von institutionalisierten Kooperationen prognostiziert werden. Dies gilt insbesondere, wenn es gelingt, Hausnotruf-Dienste in ein ganzheitliches Vernetzungskonzept einzubinden.

Abb. 36: Anzahl der Kooperationsverträge im Verhältnis zu den Kooperationen



2.5.4 Stellenwert von Kooperationen

Indirekt haben bereits die Angaben zu den Kooperationsverträgen etwas über den bisherigen strategischen Stellenwert von Kooperationen ausgesagt. Darüber hinaus sollten die Hausnotruf-Dienste anhand geschlossener Fragestellungen und Antwortvorgaben auf einer vierstufigen Ratingskala den Stellenwert von Kooperationen für ihre Arbeit selbst einschätzen. Hier wurde erhoben, in welchem Umfang die Hausnotruf-Dienste eine Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten und Hilfen bereits heute als grundlegend oder sogar existentiell einschätzen.

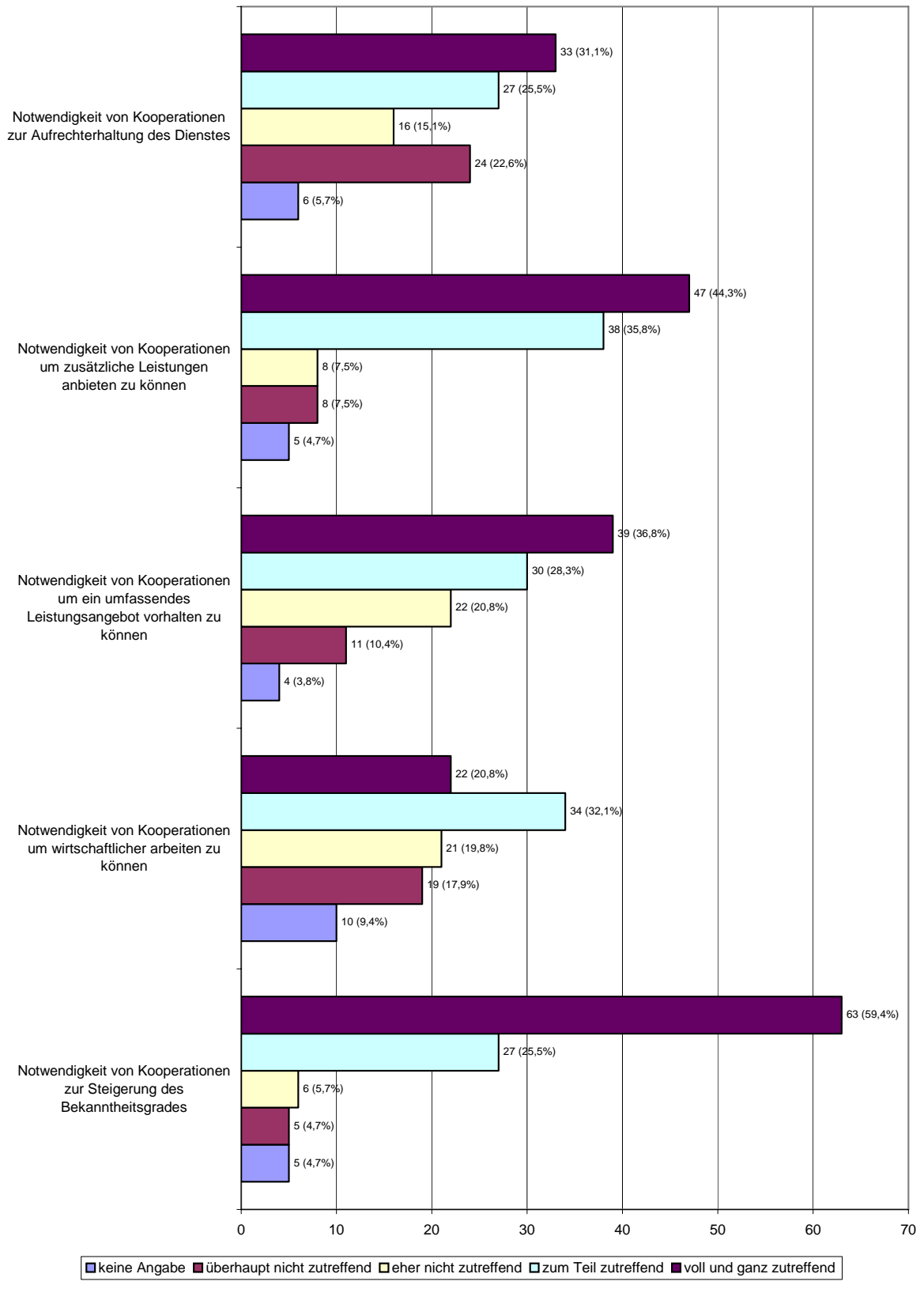
Die Hausnotruf-Dienste schätzen die Bedeutung ihrer Kooperationen überwiegend recht hoch ein. Dies trifft insbesondere auf die Dienste zu, die sich bereits vom „klassischen“ Hausnotruf-Konzept gelöst und begonnen haben, ihr Leistungsangebot durch Kooperationen auszuweiten. Die fünf Items wurden dementsprechend im Durchschnitt eher zustimmend beantwortet.

Die Durchschnittswerte ergeben sich, indem den Antwortkategorien Werte zugeordnet werden: „voll und ganz zutreffend“ = 4, „zum Teil zutreffend“ = 3, „eher nicht zutreffend“ = 2 und „nicht zutreffend“ = 1.

Notwendigkeit von Kooperationen ...	Durchschnittswert
Zur Aufrechterhaltung des Dienstes	2,7
Um zusätzliche Leistungen anbieten zu können	3,2
Um ein umfassendes Leistungsangebot vorhalten zu können	3,0
Um wirtschaftlicher arbeiten zu können	2,6
Zur Steigerung des Bekanntheitsgrades	3,5

Die meisten Dienste sind überzeugt, durch Kooperationen ihren Bekanntheitsgrad zu steigern. Dagegen glaubt nur ein Teil der Anbieter, ihren Dienst nur durch Kooperationen aufrecht erhalten zu können oder Kooperationen zu benötigen, um wirtschaftlich arbeiten zu können. Die Mehrheit der befragten Hausnotruf-Dienste stimmt jedoch dem hohen Stellenwert von Kooperationen für ein umfassendes Leistungsangebot zu.

Abb. 37: Stellenwert von Kooperationen für die Arbeit von Hausnotruf-Diensten (N=106)



Über die Hälfte der Hausnotruf-Dienste gibt an, Kooperationen für die Aufrechterhaltung ihres Dienstes zu benötigen (56,6 %). Für 31,1 % war diese Aussage voll und ganz zutreffend, für 25,5 % nur zum Teil zutreffend. Dieses Ergebnis belegt, dass aktuell bereits ein Großteil der Hausnotruf-Dienste existentiell auf Kooperationen angewiesen ist.

Über 80 % der Hausnotruf-Dienste stimmen zu, durch Kooperationen ihr klassisches Leistungsspektrum um „Zusatzangebote“ zu erweitern. Für 44 % der Dienste trifft diese Aussage voll und ganz zu, lediglich 7,5 % lehnen sie vollständig ab. Die Mehrheit der Hausnotruf-Dienste geht davon aus, ihr Leistungsangebot nur durch Kooperationen erweitern zu können. Kooperationen sind deshalb bereits zu einem festen Bestandteil ihrer Praxis geworden, auch wenn dies – z.B. bei der geringen Anzahl von Kooperationsverträgen – nicht immer offensichtlich ist. Hier wird die bereits begonnene Neuakzentuierung der Dienste deutlich und nur noch wenige Anbieter halten an einem auf medizinisch-somatische Bedarfe fixierten Leistungsangebot fest.

Im Hinblick auf ein umfassendes Leistungsspektrum geben über 65 % der untersuchten Hausnotruf-Dienste an, dies nur durch entsprechende Kooperationen zu erreichen. Insgesamt stimmten 69 Dienste inhaltlich der Aussage *„Wir benötigen Kooperationen, damit wir mit dem Hausnotruf-Dienst ein umfassendes Leistungsangebot vorhalten können. In erster Linie ist es Aufgabe des Hausnotruf-Dienstes zu vermitteln. Die jeweiligen Leistungen werden durch Kooperationspartner erbracht“* vollständig oder zumindest teilweise zu. Ein Großteil der Hausnotruf-Dienste ist sich demnach seiner Kernkompetenz, Leistungen zu vermitteln, bereits heute bewusst und handelt dementsprechend. Die eigentliche Funktion von Hausnotruf-Diensten liegt in der Initiierung bedarfsadäquater Maßnahmen, die eines erheblichen koordinativen Geschicks bedarf. Mit ihrer hohen Zustimmung befürworten die Dienste den bereits begonnenen Entwicklungsprozess. Das heißt, Hausnotruf-Dienste, die ihre Kernkompetenzen stärker als bisher ausspielen, ihre Kooperationen stärker institutionalisieren und an strategischen Maßstäben ausrichten, werden zukünftig in stärkerem Umfang Synergien erzielen können.

Hausnotruf-Diensten kommt zugute – außer der (Not-)Rufannahme und Weitervermittlung an andere Dienstleister – kaum eigene Angebote vorzuhalten und

sie sind als integrale Bestandteile von Netzwerken prädestiniert, weil sie die dazu benötigten koordinativen Fertigkeiten wie kaum ein anderer ambulanter Dienstleister besitzen.

Im Rahmen von Kooperationen bestimmte Leistungen an andere Dienstleister zu delegieren, empfinden die meisten Hausnotruf-Dienste als einen Vorzug. Fast 53 % der untersuchten Dienste sehen die Chance, durch Kooperationen wirtschaftliche Potenziale freizusetzen. Diese Synergieeffekte könnten letztendlich wieder den Nutzern zugute kommen⁸⁵. Zukünftig wird hier eine noch stärkere Konzentration auf ihre Kernkompetenzen erforderlich sein. Dieser Prozess der Spezialisierung hat bereits eingesetzt und dient dem Aufbau von Netzwerken. Im Gegensatz zu nicht koordinierten Arbeitsteilungen des Ambulanzsystems dient dieser Schritt einer bedarfsgerechteren Unterstützung der Nutzer.

Kooperationen implizieren eine Reihe von Nebeneffekten, wie z.B. werbewirksame Effekte. Indem Kooperationspartner sich gegenseitig weiterempfehlen, erlangen sie einen höheren Bekanntheitsgrad, damit sind wirtschaftliche Effekte verbunden. Fast 85 % der untersuchten Hausnotruf-Dienste gehen davon aus, dass sich Kooperationspartner als Multiplikatoren eignen, durch die z.B. neue Kunden angeworben werden können. Gerade für Hausnotruf-Dienste würde eine Steigerung ihres Bekanntheitsgrades dazu beitragen, stärker in das Bewusstsein potentieller Zielgruppen zu rücken, neue Teilnehmer zu gewinnen und ihre randständige Position aufzugeben.

„Werbeeffekte“ können aber nur dann einsetzen, wenn die Hausnotruf-Dienste Kooperationspartner als Multiplikatoren gewinnen, die bereits ein „Positivimage“ haben. Werden sie aufgrund „mangelhafter“ Leistungen negativ wahrgenommen, so wird dies dem Image der Hausnotruf-Dienstes eher abträglich sein. Entscheidungen für Kooperationspartner müssen dementsprechend genau geprüft werden.

2.5.5 Schwierigkeiten beim Ausbau von Kooperationsbeziehungen

Die Bereitschaft von Hausnotruf-Diensten, mit anderen Dienstleistern zusammenzuarbeiten, sagt noch nichts über die möglichen Probleme und Hindernisse

⁸⁵ vgl. Teil 4, 3 Effekte und Synergien hausnotruf-gestützter Netzwerke

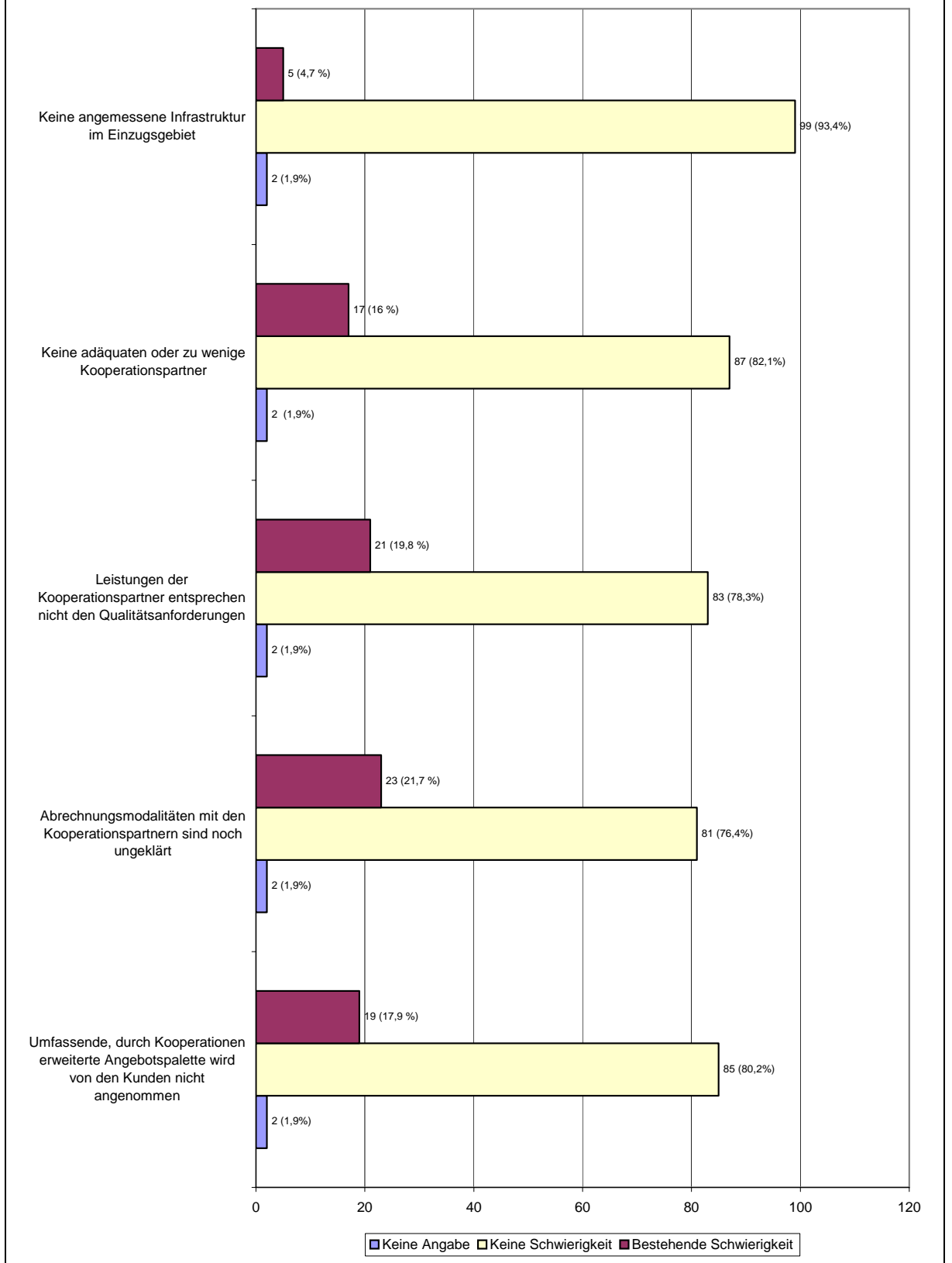
in der alltäglichen Praxis aus. Bereits der Versuch, Kooperationen anzubahnen, ist häufig schwierig. Im Rahmen der Befragung wurde gezielt nach Faktoren gesucht, die Kooperationen behindern.

Kooperationen sollten freiwillig und reziprok sein, dementsprechend gibt es auch Konstellationen, bei denen Kooperationen nicht zustande kommen bzw. keine geeigneten Kooperationspartner gefunden werden⁸⁶. Teilweise möchten auch potenzielle Kooperationspartner – aus unterschiedlichsten Erwägungen – nicht mit Hausnotruf-Diensten kooperieren.

Es wurde mit Hilfe von Alternativfragen abgefragt, was einer intensivierten bzw. strategischen Zusammenarbeit mit anderen Diensten entgegensteht. Mit den Antwortvorgaben wurde bereits die Perspektive verbunden, eine vernetzte ambulante Dienstleistungsproduktion zu erreichen. Die Antwortvorgaben implizierten die Bereitschaft der Hausnotruf-Dienste, mit anderen Dienstleistern zu kooperieren. Die verschiedenen Items wurden aus Angaben abgeleitet, die im Rahmen der Vorerhebungen erfasst wurden.

⁸⁶ vgl. Teil 3, 3.2 Intentionen und Merkmale von Kooperationen

Abb. 38: Schwierigkeiten beim Ausbau der Kooperationsbeziehungen (N=106)



In der Regel liegt es nicht an einer fehlenden ambulanten Infrastruktur, wenn Hausnotruf-Dienste keine geeigneten Kooperationspartner finden, lediglich fünf Dienste (4,7 %) gaben dies als Grund an. Dieser geringe Prozentsatz lässt auf eine relativ gut ausgebaute ambulante Infrastruktur mit den notwendigen Dienstleistungen schließen und es wird ausgeschlossen, dass Schwierigkeiten auf quantitative Versorgungsdefizite zurückzuführen sind. Diese Angaben gelten sowohl für städtische Ballungszentren als auch für ländliche Räume.

Immerhin geben 17 Hausnotruf-Dienste (16 %) dennoch an, in ihrem Versorgungsgebiet entweder keine bzw. keine adäquaten Kooperationspartner zu finden. Diese Problematik unterscheidet sich jedoch insofern von einer fehlenden ambulanten Infrastruktur, als es hier zumeist Kooperationspartner gibt, die sich jedoch aus verschiedensten Gründen nicht für angestrebte Kooperationsziele eignen. Mögliche Gründe wären z.B., wenn die Leistungen potentieller Kooperationspartner nicht den Qualitätsanforderungen der Hausnotruf-Dienste genügen.

Eine mangelhafte Qualität der in Kooperation erbrachten Leistungen würde auf die Hausnotruf-Dienste zurückfallen. Zu einer gut organisierten Zusammenarbeit gehört deshalb die Einhaltung von Qualitätsstandards. Mit 21 Hausnotruf-Diensten berichten knapp 20 % von Schwierigkeiten durch qualitative Mängel ihrer Kooperationspartner.

Wenn potentielle Kooperationspartner nicht mit den Hausnotruf-Diensten zusammenarbeiten wollen, bestehen häufig Vorbehalte gegen die Hausnotruf-Dienste⁸⁷. Über die Hälfte der untersuchten Hausnotruf-Dienste (52,8 %) berichtet, dass mögliche Kooperationspartner nicht dazu bereit sind, mit ihnen zusammenzuarbeiten. Dabei kann ausschlaggebend sein, dass Hausnotruf-Dienste noch immer als eher randständige Dienstleister wahrgenommen werden oder Konkurrenzen gefürchtet werden.

Die Vergütung der in Kooperation erbrachten Leistungen führt in einigen Fällen zu Problemen. So hat bei den Voruntersuchungen eine Reihe von Hausnotruf-Diensten z.B. von unklaren Abrechnungsmodalitäten bei der Zusammenarbeit mit trägerinternen Diensten berichtet. Bei einer trägerübergreifenden Zusam-

⁸⁷ vgl. Teil 4, 2.5 Restriktionen potentieller Partner gegen eine Vernetzung

menarbeit ist häufig ungeklärt, wie ein monetärer oder nicht monetärer Leistungsausgleich geschaffen werden kann. Von den untersuchten Hausnotruf-Diensten gaben 21,7 % an, dass die Abrechnungsmodalitäten bislang nicht oder nur unzureichend geklärt sind. In diesen Fällen ist zumeist auch keine vertragliche Fixierung der Kooperationen gelungen. Die Klärung von „Leistungswertigkeiten“ und einer möglichen Verrechnung von Leistungseinheiten bzw. einer finanziellen Abrechnung ist deshalb grundlegend für eine langfristige Zusammenarbeit.

Schwierigkeiten beim Ausbau der Kooperationsbeziehungen können jedoch auch auf der Ebene der Nutzerinnen und Nutzer liegen, d.h. sie sind auf das Kundenverhalten zurückzuführen. So entstehen Widersprüche, wenn Kooperationen darauf abzielen, ein umfassenderes Leistungsangebot bereitzustellen, aber 17,9 % der Hausnotruf-Dienste angeben, dass die Kunden ihre durch Kooperationen erweiterte Angebotspalette nicht annehmen. Dabei ist jedoch nicht bekannt, auf welchen Zeitraum sich die Dienste beziehen, da die Implementierung eines umfassenden und auf Kooperationen beruhenden Leistungsangebots einer gewissen Vorlaufzeit bedarf. Dies belegen auch die Erfahrungen der letzten Jahre, wo sich insbesondere die Hausnotruf-Dienste weiter am Markt behaupteten, die – im Zweifelsfall durch ihre eigene Trägerstruktur begünstigt – umfassende Angebote vorhalten konnten. Die Gründe für eine mangelhafte Akzeptanz können z.B. darin liegen, dass es parallel zum Ausbau des Leistungsangebots nicht gelungen ist, neue Nutzerschichten zu erreichen. Die bisherigen Nutzerinnen und Nutzer, das heißt hauptsächlich alte Menschen haben sich z.T. über Jahre hinweg daran gewöhnt, nur ein begrenztes Angebot der Hausnotruf-Dienste (z.B. bei medizinisch-somatischen Notlagen) zu nutzen. Es ist zu vermuten, dass sich diese Menschen andere Hilfemöglichkeiten gesucht haben und heute nicht oder nach wie vor nur zögerlich umfassendere Angebote der Hausnotruf-Dienste nutzen.

2.6 Qualitätssicherung der Hausnotruf-Dienste

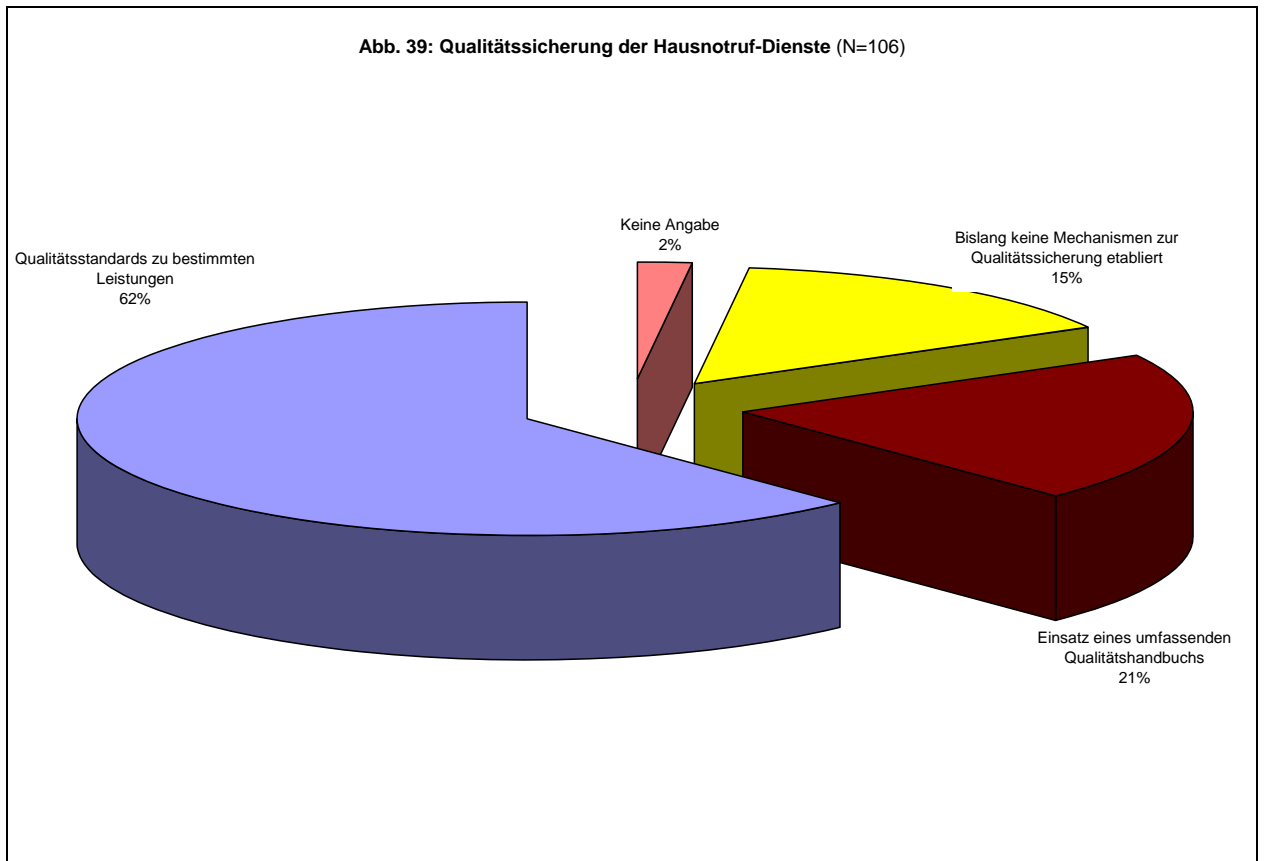
Die möglichen Schwierigkeiten von Kooperationen haben bereits verdeutlicht, wie wichtig eine angemessene Qualitätssicherung ist. Es hat sich erwiesen, dass bei einem arbeitsteiligen Vorgehen definierte Standards vorteilhaft sind.

Deshalb ist es für Hausnotruf-Dienste unverzichtbar, die Qualität ihrer Leistungen zu standardisieren.

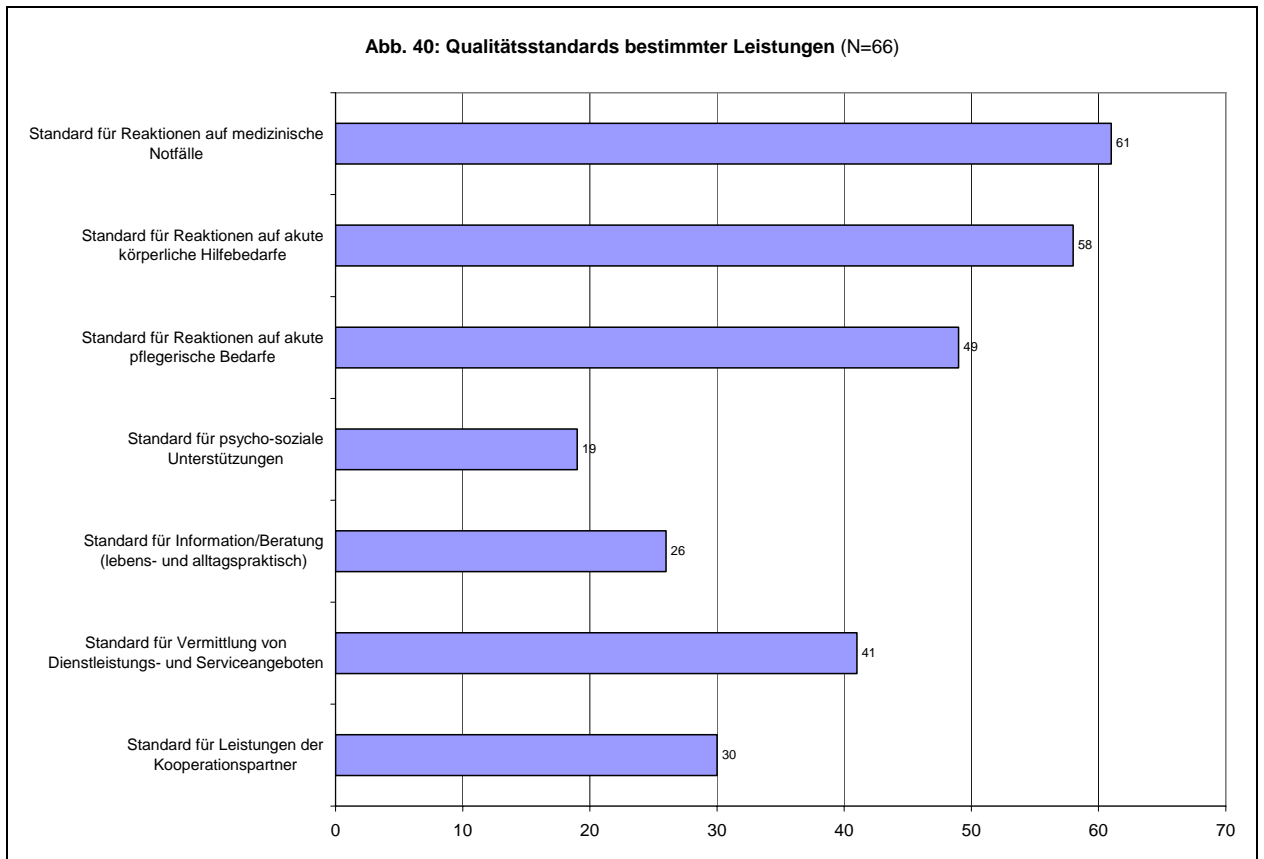
Hausnotruf-Dienste benötigen Sicherungsmechanismen nicht nur für ihr eigenes Angebot, sondern gerade auch für die Teile ihres Leistungsangebots, die sie an andere Dienstleister delegieren. Bereits im Vorfeld von Kooperationen sollte sichergestellt werden, dass die Qualitätsansprüche der verschiedenen Anbieter kompatibel sind. Verpflichtende für alle Kooperationspartner geltende Qualitätsstandards sind dabei eine geeignete Orientierungsmarge für die Zusammenarbeit.

Qualitätsstandards dienen den beteiligten Akteuren als Handlungsleitfäden und definieren sowohl strukturelle Voraussetzungen als auch Kriterien zur Leistungserbringung. Ziel ist es, den Nutzern eine möglichst optimale Ergebnisqualität zur Verfügung zu stellen. Die relevanten Standards können z.B. in paritätisch organisierten Qualitätszirkeln aller Verantwortlichen – als einer basalen Form des Qualitätsmanagements – erarbeitet und verabschiedet werden. Entscheidend ist, dass die Einhaltung verpflichtend ist. Die hier angestrebte, dezentrale Organisationsform – wie sie auch im Rahmen der „Neuen Steuerung“ vertreten wird – basiert auf einem effizienten Controlling, das u.a. Qualitätsstandards zugrunde legt.

Im Idealfall liegen sogenannte Qualitätshandbücher vor, in denen ein möglichst vollständiger Katalog relevanter Leistungsstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen festgeschrieben wird.



Die Hausnotruf-Dienste haben offensichtlich die Notwendigkeit der Qualitätssicherung erkannt. Lediglich 15 % haben keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung etabliert. 21 % geben sogar an, bereits ein umfassendes Qualitätshandbuch einzusetzen und damit zu einer „nutzerfreundlichen“ Dienstleistungsproduktion beizutragen. Mit 62 % hat die Mehrheit bislang Standards für bestimmte Leistungen eingeführt.



Die Hausnotruf-Dienste haben überwiegend Standards für Reaktionen auf medizinische Notfälle, akute körperliche Hilfebedarfe und akute pflegerische Bedarfe etabliert. Es ist ein positives Signal, dass insbesondere für Reaktionen auf medizinische Notfälle (z.B. bei lebensbedrohlichen Zuständen) zumeist einheitliche Standards gewährleistet werden sollen. Diese Standards wurden häufig aus dem Rettungswesen übernommen, wo sie bereits seit geraumer Zeit Gültigkeit besitzen. Allerdings wurden auch in größerem Umfang Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Vermittlung von Dienstleistungs- und Serviceangeboten aufgebaut. Gerade hier ist davon auszugehen, dass sich diese arbeitsteiligen Prozesse so besser koordinieren lassen. Die o.g. Maßnahmen sind zumeist nicht mit einer Zertifizierung nach ISO 9000 ff. gleichzusetzen.

2.7 Stellenwert von Hausnotruf-Diensten im Ambulanzsystem

Abschließend sollten die Hausnotruf-Dienste ihren Stellenwert im System ambulanter Dienste und Hilfen mit Hilfe fünf geschlossener Fragestellungen und einer Ratingskala einschätzen. Damit sollte ergänzend zu anderen erhobenen Daten analysiert werden, wie Hausnotruf-Dienste sich selbst definieren. So

wurde z.B. untersucht, ob Hausnotruf-Dienste nach wie vor die technischen Aspekte überbetonen oder ob sie sich inzwischen eher als Dienstleister begreifen, die – insbesondere im Rahmen von ambulanten Netzwerken – spezifische (koordinative) Aufgaben wahrnehmen. Die Eigenwahrnehmung der Anbieter spielt hier eine zentrale Rolle, denn eine Neuausrichtung von Hausnotruf-Diensten basiert zum Großteil auf ihrer Sichtweise der Bedarfe alter, chronisch kranker und behinderter Menschen und den daraus abgeleiteten Konzeptionen.

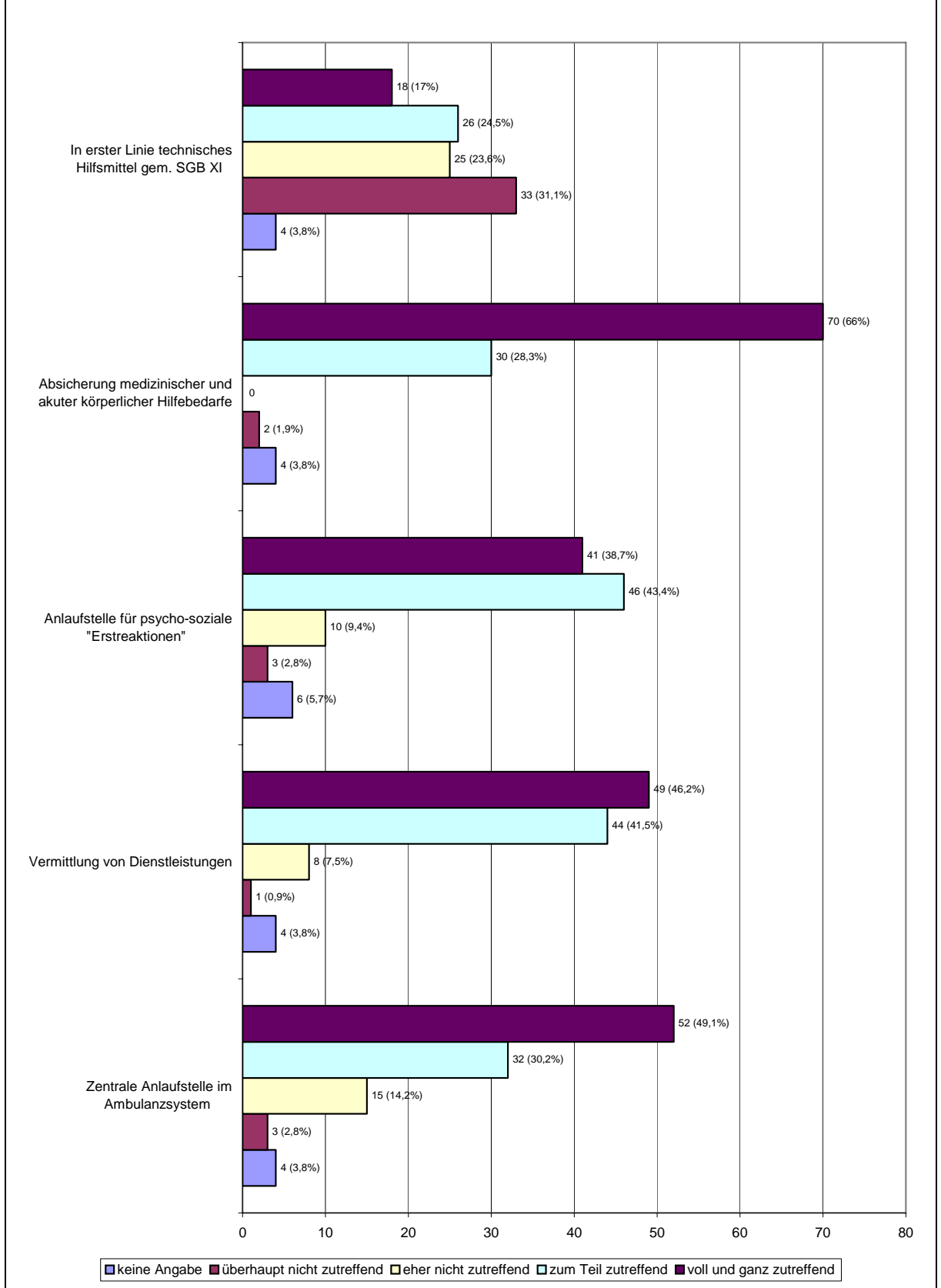
Die untersuchten Hausnotruf-Dienste schätzen ihren Stellenwert im System ambulanter Dienste und Hilfen insgesamt recht hoch ein. Die „Kontrollfrage“, ob sie sich in erster Linie als ein technisches Hilfsmittel gemäß SGB XI definieren, beantworteten die meisten Anbieter ablehnend. Mit Ausnahme dieser Frage wurden alle anderen Fragen überaus zustimmend beantwortet:

Hausnotruf-Dienste dienen als ...	Durchschnittswert ⁸⁸
Technisches Hilfsmittel gemäß SGB XI	2,3
Absicherung medizinischer und akuter körperlicher Hilfebedarfe	3,6
Anlaufstelle für psycho-soziale Erstreaktionen	3,3
Vermittler von Dienstleistungen	3,4
Zentrale Anlaufstelle im Ambulanzsystem	3,3

Bei den Antworten ist insbesondere die hohe Zustimmung zu bisher „untypischen“ Leistungen positiv zu bewerten.

⁸⁸ Dabei wurden wiederum den Antwortkategorien Werte zugeordnet: „voll und ganz zutreffend“ = 4 ... „überhaupt nicht zutreffend“ = 1.

Abb. 41: Stellenwert von Hausnotruf-Diensten im Ambulanzsystem (N=106)



Von 106 untersuchten Hausnotruf-Diensten definieren sich tatsächlich nur 18 Anbieter als ein technisches Hilfsmittel im Sinne der Pflegeversicherung. Dies entspricht einem Anteil von 17 %. Immerhin weitere 24,5 % stimmen dieser Aussage jedoch zum Teil zu. Damit tendieren zwar über 41 % zu einer technisch determinierten Praxis, es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass diese Dienste tatsächlich nur ein eingeschränktes Angebot im Sinne der Pflegeversicherung vorhalten. Wie die vorherigen Antworten belegen, definiert sich nämlich der Großteil dieser Dienste nicht als ein technisches Hilfsmittel. Die relativ große Zustimmung, dass Hausnotruf-Dienste in erster Linie ein technisches Hilfsmittel sind, dürfte hauptsächlich aus den normativen Grundlagen und Grundsätzen zur Kostenübernahme resultieren.

Hausnotruf-Dienste haben unbestritten eine hohe Kompetenz bei der Absicherung medizinischer und akuter körperlicher Hilfebedarfe. Dementsprechend betonten insgesamt 100 Hausnotruf-Dienste ihren Stellenwert als weitergehende Möglichkeit zur Absicherung medizinischer und akuter körperlicher Hilfebedarfe von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen. Es handelt sich hierbei um einen zentralen und unverzichtbaren Sicherheitsaspekt der ambulanten Versorgung, der jedoch nicht die ausschließliche Handlungsmaxime sein darf. Die Mehrzahl der Dienste scheint sich jedoch nicht mehr ausschließlich auf diese Aspekte zu konzentrieren.

Insbesondere Reaktionen auf psychische Hilfebedarfe waren in der Vergangenheit ein neuralgischer Punkt. Die hohe Zustimmung zu der Aussage, dass Hausnotruf-Dienste eine Möglichkeit sind, kurzfristig auf psycho-soziale Hilfebedarfe zu reagieren bzw. eine „Erstreaktion“ zu leisten, ist ein wesentliches Indiz für die vollzogene bzw. begonnene Weiterentwicklung. 38,7 % der Anbieter stimmen mit dieser Aussage voll und 43,4 % teilweise überein.

Fast die Hälfte der Anbieter sieht eine wesentliche Bedeutung von Hausnotruf-Diensten in der Möglichkeit, Dienstleistungen, wie z.B. Hilfen im Haushalt zu vermitteln. Dabei handelt es sich um ein weiteres zentrales Ergebnis der Untersuchung, das die Analyseergebnisse zu den Kernkompetenzen von Hausnotruf-Diensten untermauert. Mit 93 Anbietern sehen insgesamt 87,7 % diese Aussage als voll und ganz bzw. teilweise zutreffend an. In Verbindung mit der Absicherung medizinischer Hilfebedarfe und psycho-sozialer Erstreaktionen halten

Hausnotruf-Dienste damit bereits heute ein umfassendes Leistungsangebot vor und können wahrscheinlich in einigen Fällen bereits fallbezogene Koordinationen leisten⁸⁹.

Mehrheitlich streben es die befragten Hausnotruf-Dienste an, sich zu einer „zentralen Anlaufstelle“ des Ambulanzsystems weiterzuentwickeln und versuchen, möglichst alle Hilfebedarfe durch bedarfsadäquate Vermittlungen von Dienstleistungen zu beantworten. Mit 52 Hausnotruf-Diensten stimmen 49,1 % dieser Einschätzung voll und ganz zu, weitere 30,2 % (32 Hausnotruf-Dienste) stimmen teilweise zu. Diese Untersuchungsergebnisse belegen, dass die Hausnotruf-Dienste mehrheitlich dazu bereit sind, eine gleichberechtigte Funktion im Ambulanzsystem zu übernehmen. Das hier vorgelegte Konzept zur Neuakzentuierung von Hausnotruf-Diensten baut demnach auf den Praxisansätzen auf. Der konzeptionelle Ansatz, in erster Linie die Kooperationsbeziehungen effizienter zu gestalten und an den Maßgaben strategischer Kooperationen auszurichten, ist demnach als praktisch realisierbar anzusehen.

Die Untersuchung verdeutlicht, dass ein Großteil der Hausnotruf-Dienste bereits seine Kernkompetenzen bei der Bedarfsermittlung und Leistungsvermittlung ausspielt. Dabei verknüpfen sie intelligent die Telekommunikationstechnik mit einem spezifischen Dienstleistungsangebot. Nachhaltige Effekte können Hausnotruf-Dienste erzielen, wenn sie sich weiter am Aufbau komplexer Netzwerke beteiligen, und ihre Fähigkeiten konsequent zur Netzwerkkoordination einsetzen. Bei der Berücksichtigung der dargelegten konzeptionellen Grundsätze werden sie zukünftig ihre Erfahrungen der Leistungs koordinierung sowohl auf struktureller als auch auf fallbezogener Ebene ausspielen können.

⁸⁹ vgl. Teil 3, 2.3 Neue Akzente eines erweiterten, netzwerkorientierten Hausnotruf-Konzepts

3 Zusammenfassende Analyse der Befragungsergebnisse

Stärker als bisher vermutet haben die Hausnotruf-Dienste bundesweit begonnen, ihre Leistungsangebote auszuweiten. Das heißt nicht, dass alle Anbieter bereits umfassende Versorgungsangebote vorhalten, vielmehr hat eine Umorientierung eingesetzt: Fast alle der befragten Anbieter haben ihre „klassischen Leistungen“ bereits um weitere „Bausteine“ ergänzt. Die Leistungen werden in der Regel durch die Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern realisiert. Damit wurde bereits der erste Schritt zu umfassenden Kooperationen unternommen. Die Weiterentwicklung wird zumeist durch den Wunsch motiviert, die bisher eher randständige Position im Ambulanzsystem aufzugeben und neue Nutzergruppen zu erreichen.

Hausnotruf-Dienste hatten bereits in der Vergangenheit ein sehr fortschrittliches Konzept, auch wenn dies kaum wahrgenommen wurde. Die Dienste konzentrieren sich bei ihrer Arbeit zumeist auf ihre Kernkompetenzen, auch wenn dies konzeptionell nur selten betont wurde. Enorme Entwicklungspotenziale blieben so verborgen. Das Konzept zur Neuorientierung baut auf diesen Besonderheiten auf und kann im Rahmen einer stärkeren Vernetzung optimal eingesetzt werden.

Der Entwicklungsprozess von Hausnotruf-Diensten hat mit einem notruforientierten Leistungskonzept begonnen und bewegt sich zu auf ein vernetztes ambulantes Unterstützungssystem. Die Befragung zeigt, die bereits vollzogene Weiterentwicklung der Hausnotruf-Dienste und nur noch wenige Anbieter sind in einer rein notruforientierten Praxis verhaftet. Dies wird durch die Vielzahl von Kooperationen mit den verschiedensten Dienstleistern belegt. Es ist davon auszugehen, dass die erarbeitete Neukonzeption auf einen guten Nährboden trifft.

Als Fazit ergibt sich daraus, dass Hausnotruf-Dienste sich nur in der Zusammenarbeit mit anderen Anbietern des Ambulanzsystems profilieren und weiterentwickeln können. Ein Großteil der Anbieter hat inzwischen diese Tatsache erkannt. In diesem Zusammenhang ist es zwar bedauerlich, dass bislang nur wenige Kooperationen institutionalisiert sind, für den weiteren Entwicklungsprozess stellt dies jedoch kein Hindernis dar. Der Ausbau von Kooperationsbeziehungen befindet sich noch in einem Anfangsstadium. Es ist davon auszugehen,

dass Kooperationen zukünftig noch bedeutsamer sind und damit in größerem Umfang institutionalisiert werden (z.B. durch Kooperationsverträge). Die Analysen belegen diesen Trend bereits heute, da – auch informelle – Kooperationen für Hausnotruf-Dienste inzwischen unverzichtbar geworden sind. Es ist jedoch eine gewisse Stagnation in diesem Bereich festzustellen, so dass die Hausnotruf-Dienste sich in den letzten Jahren noch nicht in der gewünschten Weise weiterentwickelten.

Obwohl eine Institutionalisierung erst begonnen hat, wurde bereits die Notwendigkeit einer adäquaten Qualitätssicherung erkannt. Es wurden in größerem Umfang Standards etabliert, gerade auch für die Zusammenarbeit mit anderen Anbietern.

Das positive Ergebnis der Analysen wird durch die Eigenbewertung der Hausnotruf-Dienste zu ihrem Stellenwert im Ambulanzsystem verstärkt. Diese Innensicht belegt, dass sich viele Dienste in einem Entwicklungsprozess befinden, der sich mit dem hier vorgelegten Konzept zur Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen kombinieren lässt. Hausnotruf-Dienste sind heute bereits sehr weit entwickelt und schätzen ihre zukünftigen Möglichkeiten realistisch ein. Selbst wenn die Praxis einzelner Anbieter z.T. noch auf das klassische Konzept hindeutet, sehen die meisten Anbieter eine realistische Möglichkeit Hausnotruf-Dienste zu zentralen Anlaufstellen des Ambulanzsystems auszubauen.

Resümee und Ausblick

0 Vorbemerkungen

Das deutsche System der Versorgung von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen ist über viele Jahrzehnte gewachsen. Die „Metamorphose“ von einer Minimalversorgung für ausgewählte Teile der arbeitenden Bevölkerung hin zu einem umfassenden Versorgungssystem hat verschiedene Staats- und Regierungsformen durchlebt. Entstanden ist ein komplexes, jedoch nicht in sich geschlossenes System, mit dem es möglich ist, Bedarfe unterstützungsbedürftiger Menschen zu befriedigen.

Die Entwicklung und der Status Quo der ambulanten Versorgung kann wahrscheinlich am besten von Menschen mit behinderungs- und/oder altersbedingten Unterstützungsbedarfen beurteilt werden. Sie können über die Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems, die Zufälligkeiten bei der Erschließung benötigter Unterstützungen und bürokratischen Hürden berichten. Die Ursachen liegen in der Fragmentierung der Unterstützungen. „Alle Hilfen aus einer Hand“ ist wohl eher ein Wunschgedanke der Betroffenen, nicht aber die Versorgungsrealität. Diese Situation ist deshalb so schwer nachzuvollziehen, weil die notwendige Infrastruktur de facto besteht. Im Grundsatz gibt es im Ambulanzsystem keine wirklichen Versorgungslücken und die erforderlichen Dienstleistungen sind eigentlich vorhanden. Dabei wird nicht ausgeschlossen, dass bestimmte Angebote perspektivisch quantitativ stärker auszubauen oder qualitativ zu erweitern wären. Das zentrale Problem des Ambulanzsystem besteht vielmehr in den Zugangsmöglichkeiten für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen.

In Zeiten in denen einerseits Grundsätze wie „Ambulant vor Stationär“ oder das „Wunsch- und Wahlrecht“ bei Hilfeleistungen proklamiert werden und andererseits Sparzwänge aus knappen öffentlichen Haushalten resultieren, sollte das Ambulanzsystem in seinen Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten unbedingt klarer als bisher strukturiert werden. Das Konzept, Kooperationen und Vernetzungen von Dienstleistern auszubauen und Hausnotruf-Dienste als „koordinierende Instanz“ in das Unterstützungssystem einzubauen, kann hier kurzfristig Abhilfe schaffen. Es handelt sich hierbei um keine grundlegende Reform des Sozialstaats, um keine Maßnahme mit einer langen Planungs- und Vorlaufzeit und vor allem um keinen Schritt, der viel Geld kostet. Vielmehr ist es ein Verbesserungskonzept auf der Handlungsebene der Dienstleister, mit dem bisheri-

ge Zugangsbarrieren kompensiert werden können. Ein solcher Prozess bezieht die Sozialbürokratie nicht umfassend ein, weil davon ausgegangen wird, dass diese Veränderungen kurzfristig realisiert werden sollten und ein solcher Prozess von öffentlichen Instanzen lediglich flankiert werden kann⁹⁰. Das Ziel des Aufbaus geeigneter Unterstützungsarrangements ist dabei die Ausgangsbasis und sollte eine hohe Priorität haben, um innerhalb des Systems ambulanter Unterstützungen zeitnah umgesetzt zu werden.

Mit einer Neuausrichtung der Hausnotruf-Dienste ist es nach den vorliegenden Ergebnissen möglich, die Handlungsebene so zielgerichtet zu verbessern, dass sie zu unmittelbaren Auswirkungen für die Betroffenen führen. Ein hausnotruf-gestütztes Konzept trägt dazu bei, ein Versorgungssystem in regionalen Bezügen aufzubauen, das der Bezeichnung „System“ im originären Sinn gerecht wird. In diesem Rahmen ist eine zentrale Anlaufstelle im Versorgungssystem zu schaffen, mit der die Unübersichtlichkeiten für die Betroffenen abgebaut werden können.

Zusammenfassend soll in diesem Teil nochmals auf drei Aspekte eingegangen werden: Das Versorgungssystem aus gesellschaftlicher Sicht, das Versorgungssystem aus organisationstheoretischer Sicht, Verbesserungen im Versorgungssystem auf der Basis von hausnotruf-gestützten Kooperationen und Vernetzungen. Abschließend werden thesenhaft mögliche Entwicklungsperspektiven dargestellt.

⁹⁰ Denkbar wäre an dieser Stelle jedoch auch, dass öffentliche Instanzen sich als Katalysator verstehen und eine derzeitige Entwicklung gezielt vorantreiben.

1 Das ambulante Versorgungssystem aus gesellschaftlicher Sicht

Professionelle (ambulante) Unterstützungen wurden mit der Veränderung der Lebensstile der Menschen notwendig, denn eine „Normalbiographie“ ist keine Selbstverständlichkeit mehr. Infolge gesellschaftlicher Umbrüche bestehen vielfältige individuelle Lebensrisiken. Menschen, die besondere Bedarfslagen haben – z.B. aufgrund von alters- und/oder behinderungsbedingten Unterstützungsbedarfen – sind diesen Risiken erheblich stärker ausgesetzt als andere Menschen.

Mit den Veränderungsprozessen haben sich auch traditionelle Hilfpotentiale gewandelt. Eine gewandelte Rolle der Familie und von Frauen hat u.a. dazu geführt, dass primäre Netzwerke nur noch einen bedingten Schutz vor sozialen Risikolagen und Notsituationen bieten. An ihre Stelle ist heute teilweise – zumindest für bestimmte Personengruppen – der Sozialstaat getreten. So gehört in unserer Gesellschaft die sogenannte Daseinsvorsorge zu den originären staatlichen Aufgaben. Damit ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass es häufig dem einzelnen Menschen überlassen bleibt, sich innerhalb der bereitgestellten Angebote zurechtzufinden.

Verlorene Sicherheiten sollen durch professionelle Angebote ausgeglichen werden, indem das spezifische Lebensrisiko eingegrenzt, ein Minimalstandard der Lebensführung (Existenzminimum) gewährleistet und die soziale Ungleichheit reduziert wird. Dieses Konstrukt wird als Wohlfahrtsstaat bezeichnet und es ist festzustellen, dass die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich über ein gut ausgestattetes System der sozialen Sicherung verfügt. Menschen, die auf diese sozialstaatlichen Sicherungsmechanismen angewiesen sind, sollen gefördert und integriert werden. Menschen mit Unterstützungsbedarfen haben ein Anrecht auf adäquate – ambulante oder stationäre – Leistungen. Diese Position wird inzwischen z.B. auch durch die neue Definition von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „ICF“ gestützt, die z.B. eindeutig Umweltfaktoren als entscheidende Variablen für Benachteiligungen einbezieht. Diese Entwicklungen haben weiter dazu beigetragen, das Paradigma „Ambulant vor Stationär“ nach einer jahrzehntelangen Dominanz stationärer Hilfen in den öffentlichen Fokus zu rücken.

Die Grundlagen und Maßstäbe, wer welche Leistungen erhält, sind dabei sehr verschieden, wobei alle Leistungen des Sozialstaats gesetzlich verankert sind. Menschen, die ganzheitliche Unterstützungsbedarfe haben, werden zumeist auf der Grundlage verschiedener Gesetze (d.h. verschiedener Kostenträger) versorgt. Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Sozialhilfe zählen zu den zentralen Kostenträgern im Ambulanzsystem, denen allesamt unterschiedliche Prinzipien und Leistungsgrundsätze zugrunde liegen. Letztendlich führt dabei die Vielfältigkeit gesetzlicher Grundlagen und Kostenträger zu einem bestimmten Angebotsspektrum verfügbarer Leistungen. Anders formuliert ist aus den unterschiedlichen Grundsätzen der Kostenübernahmen eine Vielzahl ambulanter Angebote entstanden. Mit dieser Vielfalt kann durchaus das Gros des bestehenden Bedarfsspektrums abgedeckt werden.

Es handelt sich bei dem Miteinander von Kostenträgern und Dienstleistungsanbietern um ein organisch gewachsenes System. Der Begriff „System“ darf dabei jedoch nicht so verstanden werden, dass Leistungen unmittelbar ineinander greifen. Diese „Feinabstimmung“ wurde organisatorisch bislang nicht vollzogen und liegt eher in der Verantwortung der einzelnen Betroffenen. Menschen, die aufgrund ihrer besonderen Bedarfe überhaupt erst auf dieses Sicherungssystem zurückgreifen müssen, sind mit der Organisation ihres individuellen Hilfesystems jedoch häufig überfordert und es besteht die Gefahr einer nicht bedarfsgerechten Unterstützung. Mit der Fragmentierung der Hilfen sind dementsprechend für alte, chronisch kranke und behinderte Menschen Unsicherheiten oder gar Versorgungslücken verbunden. Unterstützungsbedarfe sind also nach wie vor ein Risiko für die individuelle Lebensführung – auch wenn sie theoretisch von genügend Hilfemöglichkeiten flankiert werden könnten.

Der Sozialstaat delegiert die eigentliche Leistungserbringung zumeist an Anbieter der Freien Wohlfahrtspflege, in der Regel an Wohlfahrtsverbände oder seit einigen Jahren auch privat-gewerbliche Anbieter. Die Kombination aus den verschiedenen freigemeinnützigen, privaten aber auch staatlichen Anbietern wird als Wohlfahrts-Mix (Welfare-Mix) bezeichnet. Dieser Mix bzw. die hier tätigen Dienstleister prägen das eigentliche Erscheinungsbild des Ambulanzsystems, die zwar in ihrem Handeln einerseits autonom andererseits aber von den Einflüssen des Sozialstaats abhängig sind. Die Organisationsformen und -details

dieses Welfare-Mix sind entscheidend für die Funktionsfähigkeit des Ambulanzsystems.

2 Das ambulante Versorgungssystem aus organisations-theoretischer Sicht

Die Ausgangsbedingungen für eine ambulante Versorgung sind relativ gut, wenn man die Vielfalt der vorhandenen Hilfearten betrachtet. Dagegen funktioniert das Ineinandergreifen der verschiedenen Unterstützungsformen nicht besonders gut. Die Ursachen liegen u.a. in dem extrem arbeitsteilig aufgebauten Versorgungssystem. In seiner Ausprägung entstand es bereits Ende des 19. Jahrhunderts und hat sich seitdem durch die Ergänzung weiterer „Bausteine“ weiterentwickelt. Damit ist das Versorgungssystem offensichtlich nicht aus einem Guss. Die Situation der ambulanten Versorgung wird heute geprägt durch ein Konglomerat der unterschiedlichsten Bedarfe von Betroffenen, der verschiedenen Leistungsgrundsätzen von Kostenträgern und der vielfältigen Angebotspalette der einzelnen freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Anbieter.

Eine wesentliche Basis für eine Umgestaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen bilden die Organisationstheorien. Als Ausgangsbasis für Verbesserungen ist es mit einer Kombination aus verschiedenen Theorien möglich, das Ambulanzsystem in seinen Einzelheiten zu analysieren: Der rationale Ansatz der Bürokratiethorie Webers eignet sich für die deskriptive Darstellung des Habitus des Ambulanzsystems – als Ausgangslage – während offene Ansätze wie die Systemtheorie oder der situative Ansatz für die Analyse möglicher Entwicklungspotentiale prädestiniert sind. Entscheidend ist die Erkenntnis, dass eine Verbesserung der ambulanten Versorgung die Koordination der verschiedenen Systemelemente des Ambulanzsystems voraussetzt. Die Binnenaktivitäten innerhalb des Ambulanzsystems und seiner Subsysteme (der ambulanten Dienstleister) müssen dabei auf die Umwelt, d.h. a) Nutzerinnen und Nutzer sowie b) Kostenträger ausgerichtet sein. Eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen kann nur durch eine engere Zusammenarbeit der verschiedenen Subsysteme erfolgen. Bislang resultieren die zentralen Probleme aus Reibungsverlusten an den Schnittstellen, die ihrerseits auf eine mangelhafte Abstimmung zurückzuführen sind. Obwohl die verschiedenen Organisationen bzw. Subsysteme des Ambulanzsystems z.T. in erheblicher Weise aufeinander angewiesen sind, arbeiten sie – was ihre Kernaufgaben angeht – eher zufällig als

gezielt zusammen. Es fehlen insbesondere zielgerichtete Koordinationen und demzufolge entstehen Versorgungslücken, die nicht auf fehlenden Angeboten sondern auf Zuständigkeitssplittings und Kompetenzkonflikten basieren.

Die Analyse hat ergeben, dass eine bedarfsgerechte Versorgung von multikausalen Bedarfslagen nur dann gewährleistet werden kann, wenn die in Teilaufgaben zerlegten Aufgaben wieder zu einer Gesamtleistung zusammengefügt werden. Zu diesem Zweck ist es erforderlich, die Isomorphie der ambulanten Dienstleistungsstrukturen zur Sozialbürokratie aufzubrechen und gezielt Kooperationen und Vernetzungen auf horizontaler Ebene zu implementieren.

Der Aufbau von Kooperationen ist in der Regel dadurch motiviert, eine Diskrepanz zwischen eigenen Zielsetzungen und eigenen (realistischen) Möglichkeiten auszugleichen. Dies setzt eine dezidierte Analyse der eigenen Leistungsfähigkeit und der potentieller Partner voraus. Das heißt, Kooperationen sind eine wechselseitige Ziel-Mittel-Verflechtung verschiedener Dienstleister. Angesichts der komplexen Morphologie des Ambulanzsystems, d.h. der Wechselwirkung zwischen unterschiedlichen Bedarfen Betroffener und dem vielfältigen Angebot von Diensten und Unterstützungen, sind bilaterale Kooperationen lediglich ein erster Schritt, Veränderungen herbeizuführen. Deutlich darüber hinausgehend ist die Implementierung von Netzwerkstrukturen der geeignete Weg. Es sollte deshalb das Ziel sein, komplexe auf polymeren Verbindungen basierende Netzwerke aufzubauen. Ein Netzwerk in diesem Sinne bedeutet, dass alle Partner direkt miteinander verknüpft sind und auf Zwischeninstanzen, die einen zusätzlichen Engpass darstellen könnten, verzichtet wird. Notwendig sind also nicht primär zusätzliche Instanzen, wie z.B. Beratungsstellen, die additiv auf das bestehende Versorgungssystem „aufgefropft“ werden, sondern Dienstleister des Ambulanzsystems, die als integraler Bestandteil Netzwerkfunktionen übernehmen können. Damit sollen bekannte Ineffizienzen vermieden werden, wobei jedoch ein erhöhter Koordinationsaufwand zu leisten ist.

Ambulante Netzwerke sind koordinierte Formen der Dezentralisierung. Leistungen werden externalisiert und gleichzeitig wird das Leistungspotential externer Anbieter in das eigene Leistungsspektrum integriert. Dies bedeutet für die einzelnen Dienstleister, sich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren, um Wettbewerbsvorteile ausspielen zu können. Leistungen, die über die eigenen

Kompetenzen hinausgehen, werden von externen Anbietern bezogen. Das Ziel dieser Versorgungsnetzwerke ist es, schnell, flexibel und bedarfsgerecht auf Kundenwünsche, d.h. Nutzerbedarfe zu reagieren. Mögliche Netzwerkpartner sind dabei die verschiedenen ambulanten Dienstleister innerhalb eines Regionalraums. Die verschiedenen „Fragmente“ – d.h. Dienstleister – des Versorgungssystems sollen sich dementsprechend zielgerichtet zu „Knoten“ eines Netzwerks weiterentwickeln.

Kollektive systemübergreifende Problemlösungen, mit denen auf das Spektrum situativer Anforderungen reagiert werden kann, spielen jedoch bislang – aufgrund der diversifizierten Träger- und Angebotspluralität und dem daraus resultierenden Nebeneinander dezentral arbeitender Subeinheiten – kaum eine Rolle. Mit dem vorgelegten Konzept soll die daraus resultierende suboptimale Versorgung von alten, chronisch kranken und behinderten Menschen verbessert werden, indem zielgerichtet Dienstleistungen vermittelt werden. Diese gezielte Vermittlung von Dienstleistungen gehört bei den „klassischen Dienstleistern“ des Ambulanzsystems bislang nicht zu ihren Kernkompetenzen. Deshalb ist es unverzichtbar, einen Dienstleister in das Netzwerk einzubinden, der über das spezifische Know-how für Netzwerkmanagement verfügt. Der komplementäre Dienst, der dieses Netzwerkmanagement mit einem überschaubaren Mehraufwand übernehmen kann, ist der Hausnotruf-Dienst. Die Begründung liegt in seiner spezifischen Kernkompetenz der Identifizierung individueller und spezifischer Bedarfe und der daraus resultierenden Vermittlung geeigneter Dienstleistungen. Dazu gehört z.B. auch, nutzerbezogene Daten aufzunehmen, zu verarbeiten und weiterzuleiten, um auf diese Art und Weise fallbezogene Prozesse zu koordinieren.

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, Versorgungsnetzwerke anzustreben, die auf einer simultanen, polyzentrischen Handlungsweise basieren und eine horizontale Selbstkoordination der beteiligten Dienstleister einschließen. Hier ist zu beachten, dass ein ambulantes Netzwerk kein autopoietisches System ist, das sich selbst initiiert und erhält, sondern es muss permanent gesteuert und kontrolliert werden. Diese Netzwerkkoordination und –steuerung sollte aus logistischen Gründen mit der Vermittlungsfunktion gekoppelt werden. Dabei muss ein individuelles Case-Management als integraler Bestandteil ambulanter Netzwerke etabliert werden. Der Netzwerkkoordinator muss dabei letztendlich

„primus inter pares“ sein, der gleichberechtigt und mit einer spezifischen Aufgabe versehen in das Geflecht eingebunden ist.

3 Verbesserungen des ambulanten Versorgungssystems auf der Basis hausnotruf-gestützter Kooperationen und Vernetzungen

Der Hausnotruf-Dienst ist ein technikgestützter Dienst, der mit einem elektronischen Meldesystem arbeitet, um alte, chronisch kranke und behinderte Menschen – im Bedarfsfall – verlässlich mit einem Ansprechpartner, d.h. dem Mitarbeiter der Hausnotruf-Zentrale zu verbinden. Damit wird eine Möglichkeit geschaffen, selbstbestimmte Lebensformen von Menschen mit erheblichen Hilfebedarfen und den für diesen Personenkreis typischen erhöhten Lebensrisiken abzusichern. Ursprünglich konzentrierten sich Hausnotruf-Dienste auf die Absicherung medizinischer Notfälle, während darüber hinausgehende Bedarfe von Nutzerinnen und Nutzern eher ausgeblendet wurden. Damit wurde ihnen eher eine randständige Funktion im Ambulanzsystem zugewiesen: Unterstützungsbedürftige Personen ergänzten ihre Hilfeleistungen um eine Notruf-Funktion.

Die umfassende Analyse von Hausnotruf-Diensten hat jedoch ergeben, dass sie weit mehr als eine Notfallintervention leisten können. Entscheidend ist hier eine Analyse der Kernkompetenzen der verschiedenen Dienstleister. Das Ergebnis lautet, dass Hausnotruf-Dienste bereits heute – in mehr oder weniger ausgeprägten Ansätzen – Dienstleistungen vermitteln (z.B. psycho-soziale und alltagspraktische Unterstützungen). Die Vermittlung von Dienstleistungen bzw. das Dienstleistungsangebot der Hausnotruf-Dienste wird insgesamt durch die von ihnen gepflegten Kooperationen bestimmt. Mit der großen Bandbreite, in der Kooperationen unterhalten werden, erreichen es Hausnotruf-Dienste, ihr eigenes Angebot zu erweitern, um auf ein möglichst umfassendes Bedarfspektrum zu reagieren. Es handelt sich jedoch nach wie vor noch um „erste Schritte“ und diese Angebote sind bislang nicht in einem gewünschten Maß institutionalisiert. Damit kommen einige notwendige Akzente, – wie z.B. spezifische Angebote für Menschen mit Behinderungen – bedauerlicherweise noch zu kurz.

Eine zu einseitige Fokussierung der Hausnotruf-Dienste auf bestimmte Hilfebedarfe entspricht nicht den situativen Anforderungen und Handlungsnotwendigkeiten des Ambulanzsystems. Mit Hilfe einer Neuausrichtung besteht die Chan-

ce, Hausnotruf-Dienste als Clearing- und Vermittlungsfunktion im Ambulanzsystem zu etablieren. Dies ist insofern vergleichsweise einfach, da sie bereits heute als originärer Dienstleister über Erfahrungen und Organisationsstrukturen verfügen, um individuell und flexibel auf Nutzerbedarfe einzugehen. Das heißt, Hausnotruf-Dienste nutzen ein Kommunikationsmedium, um Bedarfe ihrer Nutzerinnen und Nutzer zu identifizieren und befriedigen diese Bedarfslagen adäquat. Sie erfüllen damit eine Aufgabe, die ein spezielles Know-how voraussetzt und von anderen Dienstleistern im Hinblick auf die Organisation von umfassenden Unterstützungsarrangements nicht „nebenbei“ erfüllt werden kann.

Im Ambulanzsystem werden die Kompetenzen der Hausnotruf-Dienste hinsichtlich Bedarfsanalyse und Vermittlungsmanagement überwiegend noch verkannt und sie sind demzufolge nur randständige Dienstleister. Auf der Suche nach effizienten Verbesserungsmöglichkeiten der ambulanten Versorgung können sie pragmatisch auf der Handlungsebene dazu beitragen, zielgenauere (barrierefreie) Unterstützungen für die Betroffenen anzubieten. Dies ist allerdings nur mit einer konzeptionellen Neuausrichtung der Hausnotruf-Dienste möglich, die den Aufbau von ambulanten Versorgungsnetzwerken erfordert. Netzwerke basieren auf bestimmten Leistungen, die für ihre Funktionsfähigkeit notwendig sind, wie z.B. Koordination der „Subsysteme“ und Netzwerkknoten sowie Steuerung des Informationsflusses.

Hausnotruf-Dienste hätten in einem entsprechenden Versorgungsnetzwerk die Aufgabe, Nutzerinnen und Nutzern den Zugang zu umfassenden Angeboten zu erschließen. Ihre Neuausrichtung erfolgt, indem die Vermittlungsfunktion auf der Grundlage der Erkenntnisse strategischer Netzwerke systematisch gestärkt wird. Damit kann, bezogen auf die Hausnotruf-Dienste, lediglich der Aufgabenzuschnitt erweitert und neu akzentuiert werden. Insgesamt ergeben sich daraus aber für die Anbieter des Ambulanzsystems neue Handlungsmöglichkeiten, weil Überschneidungen und Doppelaktivitäten vermieden werden sowie ein verbesserter Zugang zu den Nutzerinnen und Nutzern gegeben ist.

Ein wesentliches Analyseergebnis ist, dass Hausnotruf-Dienste bereits darauf angewiesen sind, mit anderen Diensten zusammenzuarbeiten und damit über die entsprechenden Kooperationserfahrungen verfügen. Auf diese Art und Weise haben sie eine gute Ausgangsposition für umfassendere Kooperationen und

Vernetzungen. Nachholbedarf besteht allerdings bei einer strukturellen Verankerung dieser Kooperationen. Ihre heutigen horizontalen Kooperationen entsprechen noch nicht den strategischen Anforderungen bilateraler Zusammenarbeit. So arbeiten die meisten Hausnotruf-Dienste zunächst mit anderen Dienstleistungssparten der eigenen Trägerstruktur zusammen und zeigen wenig Bereitschaft zu einer externen Zusammenarbeit. Die Auswahl der Kooperationspartner sollte jedoch in erster Linie bedarfsorientiert erfolgen. Auch bei den trägerinternen Kooperationen ist festzustellen, dass nur selten Kooperationsverträge – als ein wesentlicher Indikator für Verbindlichkeit und strukturelle Verankerung – geschlossen wurden. Um nachhaltige Effekte zu erzielen, dürfen Formen der Zusammenarbeit nicht nur zufälligen Charakter haben. Verbindliche bilaterale Kooperationen stellen dabei einen ersten Schritt dar, der zweite und entscheidende Schritt ist es, ein Geflecht strategischer Kooperationen zu knüpfen, das zum Aufbau eines komplexen Netzwerks führt. Die verschiedenen Partner binden sich dabei im Rahmen wechselseitiger Ziel-Mittel-Verflechtungen aneinander. Hausnotruf-Dienste sind hier jedoch nicht die Schaltstelle, sondern ein gleichberechtigter Partner der seine Kernkompetenz zur Koordination des Netzwerks ausspielt. Eine hohe Gesamtleistungsfähigkeit des Netzwerks kann nämlich nur dann erzielt werden, wenn jeder Partner seine individuellen Stärken einbringt, um individuelle Schwächen der anderen Akteure auszugleichen.

Hausnotruf-Dienste leisten – nach neuer Konzeption – eine Reihe von Beiträgen für den Aufbau ambulanter Versorgungsnetzwerke. Sie sorgen für:

- die strukturelle Zusammenarbeit ambulanter Dienstleister und ein effizientes Kooperationsmanagement,
- eine gemeinsame Zielfindung und -orientierung sowie eine Abstimmung der einzelnen Arbeitsbereiche,
- einen zeitnahen und kontinuierlichen Informationsaustausch und können ein zentrales Informationsmanagement steuern,
- einen möglichst optimalen Zugang zu bedarfsadäquaten Hilfen, indem sie die Zuständigkeit für die Information und Beratung der Nutzerinnen und Nutzer wahrnehmen,

- die Einleitung von Interventionen bei individuellen Notlagen der Nutzerinnen und Nutzer und tragen damit wesentlich zur subjektiven und objektiven Sicherheit von unterstützungsbedürftigen Menschen bei,
- die Zusammenstellung bedarfsgerechter Arrangements und koordinieren dazu alle beteiligten Akteure sowie
- den Aufbau fallbezogener sekundärer Hilfenetzwerke.

Die neuen Netzwerkfunktionen von Hausnotruf-Diensten verleihen ihnen eine intermediäre Stellung zwischen den Organisationsformen Wettbewerb und Bürokratie, da ambulante Netzwerke nicht den klassischen Organisationsmustern sozialer Dienste und Hilfen entsprechen. Die angestrebten hausnotruf-gestützten Netzwerke sind weder an den bürokratischen Vorgaben der Kostenträger noch an den wettbewerbsorientierten Maßgaben des Marktes ausgerichtet. Vielmehr sind sie eine Synthese aus bürokratischen und marktwirtschaftlichen Koordinationsmechanismen. Mit dieser Verknüpfung der jeweils positiven Faktoren der beiden Organisationsformen können Synergieeffekte erschlossen werden und Verbesserungen für die Nutzerinnen und Nutzer geschaffen werden.

Zusammengefasst sollten die Hausnotruf-Dienste mit der vorgelegten Konzeption zuständig sein für die strukturelle Koordination von ambulanten Netzwerken, d.h. das Kooperationsmanagement, das Informationsmanagement und die Mittlerfunktion zwischen „Wettbewerb“ und „Bürokratie“ sowie für die fallbezogene Koordination für die Nutzerinnen und Nutzer, d.h. Information und Beratung, unmittelbare (Notfall-)Intervention und Vermittlung.

Das wichtigste Argument für eine Neuausrichtung der Hausnotruf-Dienste und die daraus resultierende Vernetzung innerhalb des Ambulanzsystems sind die angestrebten Synergieeffekte. Kalkulierte Vorteile auf Seiten der Anbieter sind die Motivation, sich auf das „Wagnis“ von Kooperationen einzulassen. Einschränkung muss festgestellt werden, dass bei den Nutzerinnen und Nutzern die Implementierung und Inanspruchnahme neuer Leistungsangebote einer gewissen Vorlaufzeit bedarf. Es ist davon auszugehen, dass eine zielgerichtete Zusammenarbeit der Hausnotruf-Dienste mit anderen ambulanten Dienstleistern nach dem vorliegenden Konzept langfristig z.B. folgende Synergieeffekte produzieren wird:

1. Für die Nutzerinnen und Nutzer werden mit einem neuen Organisationsmodell die Vorzüge spezialisierten, arbeitsteiligen Handelns – ohne die negativen Folgen der Fragmentierung – ausgespielt werden können. Innerhalb des Netzwerks kann eine seit langem erforderliche (funktionsfähige) Informations-, Beratungs- und Vermittlungsinstanz realisiert werden. Im Rahmen ihrer Kernkompetenz werden Hausnotruf-Dienste fallbezogene Unterstützungen anbieten können, indem sie die Wünsche und Bedarfe ihrer Klienten feststellen, erforderliche Arrangements ausarbeiten und adäquate Dienstleistungen zielgerichtet vermitteln. Wenn Hausnotruf-Dienste sich von ihren bisher eher intervenierenden Tätigkeiten auf nun koordinierende und präventive Leistungen verlagern, kann zukünftig eine umfassende, ganzheitliche Unterstützung angeboten werden. Strukturell wird ihnen deshalb innerhalb ambulanter Netzwerke die zentrale Aufgabe zukommen, den Informationsfluss zu steuern und zu koordinieren und damit die wesentlichste Basis für bedarfsgerechte Arrangements zu legen. Auf diese Art und Weise haben die Betroffenen einen besseren Zugriff auf die ambulanten Angebote und die Versorgung wird damit effektiver und effizienter.
2. Für die ambulanten Dienstleister sind wirtschaftliche Effekte, wie z.B. die Stärkung der Marktposition abzusehen. So streben Hausnotruf-Dienste eine Neuausrichtung an, die sie allein nicht erreichen können. Synergien können innerhalb des Ambulanzsystems dadurch erzielt werden, dass sich die partikulären Dienstleister auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren bzw. diese ausbauen, um dann im Rahmen des Netzwerks die verschiedenen Einzeldienstleistungen – aus eigenen Trägerstrukturen und darüber hinaus – besser zugänglich zu machen. Indem ein größeres Leistungsangebot abrufbar gemacht und dadurch neue Kundenschichten erschlossen werden, profitieren dementsprechend auch die Anbieter von der neuen Form kundenfreundlicher Arrangements. Es ist davon auszugehen, dass mit der Neuausrichtung die Zahl der Nutzerinnen und Nutzer und damit die Einnahmen der Hausnotruf-Dienste steigen werden. Im Rahmen von Netzwerken werden sich die Netzwerkpartner u.a. besser gegen situative Einflüsse und Konkurrenten behaupten können.
3. Für die Kostenträger ist es entscheidend, dass durch eine hausnotruf-gestützte Vernetzung kostenintensive Konkurrenzen, Doppelaktivitäten

und Versorgungslücken vermieden werden können. Indem systemimmanente Reibungsverluste aufgehoben werden, kann mit demselben Ressourceneinsatz mehr erreicht werden. Im Rahmen eines Netzwerks wird so präventiv gearbeitet werden können, dass Kosten eingespart werden können, z.B. wenn eine Verschlechterung von Gesundheitszuständen rechtzeitig erkannt wird. Auf der Dienstleistungsebene lässt sich die künstliche Trennung der Kostenträger, d.h. die Fragmentierung des Hilfesystems unbürokratisch überbrücken. Es ist davon auszugehen, dass die Effizienz des Ambulanzsystems bei gleichem Mitteleinsatz deutlich gesteigert wird.

4 Thesen zu Entwicklungsperspektiven

- Die beschriebene und analysierte sozialbürokratische Arbeitsteilung ist der Auslöser für die fragmentierten Versorgungsstrukturen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich seitens der Sozialbürokratie in absehbarer Zeit nichts an der bestehenden vertikalen Hierarchie und den fehlenden horizontalen Kooperationen zwischen den verschiedenen Kostenträgern ändern wird.
- Es gibt einen stetigen Wandel der situativen Einflüsse, auf die ambulante Dienstleister zu reagieren haben, wie z.B. die Veränderungen der normativen Faktoren (Sozialgesetze), der gesellschaftliche Paradigmenwechsel sowie neue Organisationsstrukturen in Bund, Ländern und Kommunen. Solitäre Dienstleister werden es schwer haben, auf diesen stetigen Wandel angemessen zu reagieren.
- Die ambulanten Versorgungsstrukturen bieten heute das Problem notwendiger aber nicht kostendeckend refinanzierter Arbeitsfelder (z.B. Beratung und Vermittlungsangebote). Durch eine Neuorganisation wird es möglich sein, im Rahmen von Verbundsystemen bestimmte Leistungen anzubieten bzw. zu tragen, die solitär betrachtet nicht finanzierbar wären.
- Die aktuelle sozialpolitische Situation und der gegenwärtige Stand der Sozialgesetzgebung lassen darauf schließen, dass kurzfristig nur auf der Ebene der ambulanten Dienstleister mit Veränderungen zu rechnen ist. Eine effiziente Vernetzung kann bestehende sozialbürokratische Ineffizienzen überbrücken bzw. kompensieren. Auch angestrebte sozialpolitische Veränderungen, wie die Einführung von Servicestellen oder dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget belegen, dass eine leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit aufgrund der unterschiedlichen handlungsleitenden Prinzipien in der Realität nicht funktioniert. Die de facto für die Nutzerinnen und Nutzer weiterhin bestehenden Barrieren gilt es deshalb anbieterseitig aufzuheben.
- Hausnotruf-Dienste bedürfen einer gezielten sozialpolitischen Flankierung, wenn das vorgelegte Konzept möglichst flächendeckend und nicht modellhaft begrenzt in die Realität umgesetzt werden soll. Die „eigene“ und die

„fremde“ Bereitschaft zur Kooperation sind nur ein erster Schritt, der zielgerichtet begleitet und honoriert werden sollte. Die Tatsache, dass die Hausnotruf-Dienste in den letzten fünf Jahren weder stärker im Ambulanzsystem verankert wurden, noch besser in das öffentliche Bewußtsein gerückt sind, weist auf eine Stagnation hin. Mögliche Auslöser dafür dürften die sozialpolitische Definition als technisches Hilfsmittel mit einer minimalen Kostenerstattung und fehlende (externe) Anreize zu einer Weiterentwicklung sein.

- Abschließend ist festzustellen, dass ohne zielgerichtete Verbesserungen ein Kollaps der ambulanten Versorgung droht. Immer dort, wo bislang noch primäre Netzwerke zumindest in Ansätzen koordinierende Funktionen übernahmen, droht zukünftig eine Überforderung der Betroffenen. Der proklamierte Grundsatz „Ambulant vor Stationär“, der vielerorts mit der Hoffnung einer kostengünstigeren Versorgung verbunden wird, dürfte sich nur auf der Grundlage einer veränderten ambulanten Handlungsebene realisieren lassen.

Literaturverzeichnis

- ABGEORDNETENHAUS VON BERLIN (1997): Mitteilungen – zur Kenntnisnahme – über den Erhalt der Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation. Drucksache 13/1442. Berlin
- ADAM, C. (1993): Behinderte Menschen in Nordrhein-Westfalen. Wissenschaftliches Gutachten zur Lebenssituation von behinderten Menschen und zur Behindertenpolitik in NRW. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). Düsseldorf
- ADAM, C. (1995): Hausnotruf-Dienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsaufnahme, Konzeptionen, Empfehlungen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- ADAM, C./HANKE, M./MARKERTH, G./STARKE, B. (1997): Vom Hausnotruf zum Serviceruf. Erster Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellprogramm. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). Düsseldorf (interner Bericht)
- ADAM, C./MARKERTH, G./STARKE, B. (1999): Vom Hausnotruf zum Serviceruf. Abschlußbericht der Wissenschaftlichen Begleitung. Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- ADAM, C./STARKE, B. (1999): Analyse der Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung behinderter, chronisch kranker und alter Menschen. Eine Regionalstudie. Bericht zum Forschungsprojekt, gefördert aus Mitteln der Universität Dortmund. Unveröffentlicht
- ADAM, C./STARKE, B. (2000): Der Hausnotruf – Zur Neuakzentuierung eines etablierten Dienstes. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 3/2000. 108-113
- ANDERSEN, U./WOYKE, W. (1995): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland. Opladen. 2. Aufl.
- ANGERMEYER, M.C./KLUSMANN, D. (1989), Hg.: Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, Heidelberg
- ASB – Arbeiter-Samariter-Bund (2002): Arbeitshilfe „Einstieg in die Dienstleistung Hausnotruf“. Köln
- AVENARIUS, H. (1992): Kleines Rechtswörterbuch. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 7. Aufl.
- AVENARIUS, H. (1992): Kleines Rechtswörterbuch. Freiburg im Breisgau. 7. Aufl.
- AXELROD, R. Die Evolution der Kooperation. München
- BÄCKER, G./BISPINK, R. /HOFEMANN, K./NAEGELE, G. (1989): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Band II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste. Köln
- BÄCKER, G./BISPINK, R./HOFEMANN, K./NAEGELE, G. (1989): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Band II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste. Köln
- BÄCKER, G./BISPINK, R./HOFEMANN, K./NAEGELE, G.(1989): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Band II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste. Köln

- BÄCKER, G./BISPINK, R./HOFEMANN, K./NAEGELE, G.(2000): Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland. Band II: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste. Köln. 3. Aufl.
- BÄCKER, G./EBERT, TH. (1996): Zukunft des Sozialstaats. Defizite und Reformperspektiven in ausgewählten Bereichen der sozialen Sicherung. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). Düsseldorf
- BÄCKER, G./HEINZE, R.G./NAEGELE, G. (1995), Hg.: Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster
- BÄCKER, G./HEINZE, R.G./NAEGELE, G. (1995): Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster, Hamburg
- BACKHJAUS, K./VOETH, M. (1995): Strategische Allianzen – Herausforderungen neuer Kooperationsformen. In: Wagner, H./Jäger, W. (Hg.): Stabilität und Effizienz hybrider Organisationsformen. Die Kooperation im Lichte der Neuen Institutionenökonomik. Münster. 63-83
- BADEL, CH. (1997): Soziale Dienstleistungen und der Umbau des Sozialstaats. In: Badelt, Ch./Breyer, F./Eisen, R. (Hg.): Reform des Sozialstaats I. Arbeitsmarkt, soziale Sicherung und soziale Dienstleistungen. Berlin. 181-220
- BALLING, R. (1998): Kooperation. Strategische Allianzen, Netzwerke, Joint Ventures und andere Organisationsformen zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in Theorie und Praxis. Frankfurt/M.. 2. Aufl.
- BANDEMER, ST. v./BORN, A./BUßMANN, U. u.a. (1995): Technik und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Institut Arbeit und Technik (Hg.). Gelsenkirchen
- BARALDI, C./CORSI, G./ESPOSITO, E. (1998): Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt/M.
- BARDELEBEN, M. (1996): Soziale Sicherung in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.). Bonn
- BARTHEL, CH. (1998): Fallmanagement aus der Sicht der Personalentwicklung am Beispiel des Pilotprojekts „FAMS“ bei der Stadtverwaltung Offenbach am Main. In: Reis, C./Schulze-Böing, M. (Hg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin. 149-166
- BARTMANN, P. (2005): Funktionale Gesundheit und christliches Menschenbild. In: Informationen und Materialien des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. 04/05: Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). 16-22
- BAUER, J. (1997): Vertrag. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M. 1000-1001
- BAUER, R. (1991): Lokale Politikforschung und Korporatismus-Ansatz – Kritik und Plädoyer für das Konzept der Intermediarität. In: Heinelt, H./Wollmann, H. (Hg.): Brennpunkt Stadt. Stadtpolitik und lokale Politikforschung in den 80er und 90er Jahren. Basel, Boston, Berlin. 207-220

- BAURMANN, M. (1998): Univerlisierung und Partikularisierung der Moral. Ein individualistisches Erklärungsmodell. In: Giegel, H.-J. (Hg.): Konflikt in modernen Gesellschaften. Frankfurt/M. 245-287
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG (1990): Grundsätze zur geriatrischen Versorgung in Bayern. München
- BECK, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.
- BECK, U. (1996a): Das Zeitalter der Nebenfolgen der Moderne. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt/M.. 19-112
- BECK, U. (1996b): Wissen oder Nicht-Wissen? Zwei Perspektiven „reflexiver Modernisierung“. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt/M.. 289-315
- BECK, U./BECK-GERNSHEIM, E. (1990): Das ganz normale Chaos der Liebe. Frankfurt/M.
- BECK-GERNSHEIM, E. (1993): Individualisierungstheorie: Veränderungen des Lebenslaufs in der Moderne. In: Keupp, H. (Hg.): Zugänge zum Subjekt. Perspektiven einer reflexiven Sozialpsychologie. Frankfurt/M.. 125-146
- BECK-GERNSHEIM, E. (1998): Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Wohnformen. München
- BERATUNGSSTELLE PFLEGE (1999): Pflege Zuhause. Ratgeber für den ambulanten Pflegebereich. Stadt Essen (Hg.): Essen
- BERGER, P. L./LUCKMANN, TH. (1999): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt/M. 16.Aufl.
- BERGER, U./BERNHARD-MEHLICH, I. (1995): Die verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie. In: Kieser, A. (Hg.): Organisationstheorien. Stuttgart, Berlin, Köln. 123-153
- BERTELSMANN-STIFTUNG (1998): Podium. Kommunen der Zukunft. 1/98. 1-4
- BERTRAM, H. (1991): Soziale Ungleichheit, soziale Räume und sozialer Wandel. Der Einfluß sozialer Schichten, sozialer Räume und sozialen Wandels auf die Lebensführung von Menschen. In: Zapf, W. (Hg.): Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentages in Frankfurt am Main 1990. Frankfurt/M.. 636-666
- BIESECKER, A. (1996): Kooperation, Netzwerk, Selbstorganisation – Prinzipien für eine faire und vorsorgende Ökonomie. In: Biesecker, A./Grenzdörffer, K. (Hg.): Kooperation, Netzwerk, Selbstorganisation. Elemente demokratischen Wirtschaftens. Pfaffenweiler. 9-21
- BIESECKER, A. (1996): Kooperation, Netzwerk, Selbstorganisation – Prinzipien für eine faire und vorsorgende Ökonomie. In: Biesecker, A./Grenzdörffer, K. (Hg.): Kooperation, Netzwerk, Selbstorganisation. Elemente demokratischen Wirtschaftens. Pfaffenweiler. 9-21
- BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Übersicht über das Sozialrecht. Bonn

- BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997): Übersicht über das Sozialrecht. Bonn
- BMA – Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998): Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2006): Bericht der Bundesregierung über die Einführung der Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX). BT Dr 16/3983
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996), Hg.: Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Rahmenbedingungen. Schriftenreihe Band 132.1. Berlin/Köln
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995a): Diskussionsentwurf eines Gesetzes über ambulante Dienste und teilstationäre Einrichtungen (Ambulante-Dienste-Gesetz – AmbDG). Internes Papier. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995b): Diskussionsentwurf eines Gesetzes über Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen (BAHG oder Seniorenförderungsgesetz). Internes Papier. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1997): Vorentwurf eines Gesetzes über ambulante Dienste, teilstationäre Einrichtungen und Heime für ältere und volljährige pflegebedürftige und behinderte Menschen (Ambulante-Dienste- und Heimgesetz). Internes Papier. Bonn
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1996): Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen. Bonn
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (1997), Hg.: Gerontopsychiatrisches Verbundnetz in der Altenhilfe in Würzburg: Integration und ambulante Versorgung älterer Menschen mit psychischen Störungen. Baden-Baden
- BOETTCHER, E. (1974): Kooperation und Demokratie in der Wirtschaft. Tübingen
- BOROSCH, R./NAEGELE, G. (1997): Die Bedeutung der kommunalen Pflegekonferenzen für die Umsetzung des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Umsetzung der Pflegeversicherung. Erfahrungsberichte aus kommunalen Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. 7-16
- BOROSCH, R./NAEGELE, G. (1998): Hat sich der Kampf gelohnt? – Zwischenbilanz der Pflegeversicherung. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 1/98. 5-10
- BORTZ, J./DÖRING, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg. 2. Aufl.
- BRANDT, H. (1993): Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen. Köln

- BRANDT, J./LILIENTHAL, T. (1994): Hausnottelefone und Hausnotrufsysteme Eine vergleichende Analyse von Technik und Dienstleistungen. DIAS-Arbeitsberichte. Hamburg
- BRAUN, U. (1998): Stützung und Beratung häuslicher Pflegearrangements – zum sich wandelnden Profil fachlicher Pflege. In: Schmidt, R./Winkler, A. (Hg.): Ansätze zur Weiterentwicklung der ambulanten pflegerischen Versorgungsstruktur. Regensburg
- BRAUNS, H.J. (1997): Wohlfahrtsverbände im Umbruch. In: Soziale Arbeit 10-11/97. 350-352
- BRONKE, K./WENZEL, G. et al (1989): Soziale Dienste zwischen Herrschaft und öffentlicher Produktion – Zur Doppelstruktur kommunaler Sozialverwaltung. In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hg.): Soziale Dienste im Wandel 3. Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe. Neuwied, Frankfurt/M.. 23-54
- BRÜLLE, H. (1998): Sozialplanung und Verwaltungssteuerung. Dienstleistungsproduktion in der kommunalen Sozialverwaltung. In: Reis, C./Schulze-Böing, M. (Hg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin. 83-103
- BRÜLLE, H./REIS, C./REISS, H.-CH. (1998): Neue Steuerungsmodelle in der Sozialen Arbeit. Ansätze zu einer adressaten- und mitarbeiterorientierten Reform der öffentlichen Sozialverwaltung. In: Reis, C./Schulze-Böing, M. (Hg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin. 55-79
- BUDE, H. (1998): Konstruktion des sozialen Konflikts. In: Giegel, H.-J. (Hg.): Konflikt in modernen Gesellschaften. Frankfurt/M.. 153-172
- BULLINGER, H./NOWAK, J. (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Freiburg i.Br.
- BÜSCHGES, G./ABRAHAM, M. (1997): Einführung in die Organisationssoziologie. Stuttgart
- BUTTERWEGGE, CH. (1999): Wohlfahrtsstaat im Wandel. Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik. Opladen
- CZADA, R. (1995): Kooperation und institutionelles Lernen in Netzwerken der Vereinigungspolitik. In: Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt/M.. 299-326
- CZADA, R. (1995): Korporatismus/Neokorporatismus. In: Nohlen, D. (Hg.): Wörterbuch Staat und Politik. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 365-370
- DAHRENDORF, R. (1991): Die offene Gesellschaft und ihre Ängste. In: Zapf, W. (Hg.): Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentages in Frankfurt am Main 1990. Frankfurt/M.. 140-150
- DEUTSCHER STÄDTETAG (1997): Verwaltungsmodernisierung auf den Begriff gebracht. DST Beiträge zur Kommunalpolitik Heft 25. Köln
- DIEKMANN, A. (1999): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek. 5. Aufl.

- DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2004): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Final Draft). Genf
- DIXIT, A.K./NALEBUFF, B.J. (1995): Spieltheorie für Einsteiger. Strategische Know-how für Gewinner. Stuttgart
- DONATI, P. (1996): Konzepte und Strategien einer integrierten und synergetischen Sozialpolitik. . In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 126-141
- DÖRRIE, K. (1997): Freie Wohlfahrtspflege. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M. 4. Aufl.. 350-353
- EBERS, M./GOTSCH, W. (1995): Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In: Kieser, A. (Hg.): Organisationstheorien. Stuttgart, Berlin, Köln. 2. Aufl.. 185-235
- ECKHARDT, H.-D. (1987): Zwischenbetriebliche Systemsynergie bei der Dienstleistungskooperation. Karlsruhe
- ENDRUWEIT, G. (1981): Organisationssoziologie. Berlin, New York
- EVERS, A. (1987): Über den Umgang mit Unsicherheit. Frankfurt/M.
- EVERS, A. (1997): Freie Wohlfahrtspflege und „Dritter Sektor“ im geeinten Europa. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 11/97. 4-11
- EVERS, A./OLK, TH. (1996): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 9-60
- EVERS, A./OLK, TH. (1996): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 9-60
- FFG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie (1998): Komplementäre ambulante Dienste. Entwurf eines Abschlußberichts. Vorgelegt dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Dortmund
- FICHTNER, O. (1986), Hg.: Handbuch der örtlichen Sozialplanung. Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Frankfurt/M.
- FILSINGER, D./BERGOLD, J.B. (1993): Entwicklungsmuster und Entwicklungsdynamik psychosozialer Dienste: Probleme und Perspektiven der Vernetzung. In: Bergold, J.B./Filsinger, D. (Hg.): Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie. Weinheim. 11-47
- FOCKE, K. (1999): Praxisnetz Berliner Ärzte und BKK/TK. Ein Ansatz zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung. BKK BV Referat Versorgungskonzepte. Berlin (Infopapier).
- FÖHR, S. (1991): Ökonomische Analyse der internen Organisation. Wiesbaden
- FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 07.07.2000: Der Schlüssel kann dem Helfer im Notfall auch die Wohnungstür öffnen

- FRESE, E. (1991): Organisationstheorie: Stand und Aussagen aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Wiesbaden.
- FRESE, E. (1998): Grundlagen der Organisation. Konzept, Prinzipien, Strukturen. Wiesbaden. 7. Auflage
- FRIEDRICHS, J. (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen. 14. Aufl.
- FRIESE, M. (1998): Kooperation als Wettbewerbsstrategie für Dienstleistungsunternehmen. Wiesbaden
- GAHL, A. (1991). Die Konzeption strategischer Allianzen. Berlin
- GEISER, M. (1995): Was bringt die Pflegeversicherung? In: Bäcker, G./Heinze, R.G., Naegele, G. (Hg.): Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster. 102-110
- GEISER, M./ROSENDAHL, B. (1985): Vernetzung und Neuordnung der sozialen Dienste. In: Bäcker, G./Heinze, R.G./Naegele, G. (Hg.): Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster. 148-173
- GEISER, M./ROSENDAHL, B. (1995): Vernetzung der sozialen Dienste. In: Bäcker, G./Heinze, R.G./Naegele, G. (Hg.): Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster, Hamburg. 148-173
- GIDDENS, A. (1988): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt/M., New York
- GIDDENS, A. (1996a): Leben in einer posttraditionellen Gesellschaft. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt/M.. 113-194
- GIDDENS, A. (1996b): Risiko, Vertrauen, und Reflexivität. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt/M.. 316-337
- GIRAUD, B. (2005): Das Persönliche Budget – ein Zeichen der Zeit? In: Behindertenrecht 2/2005. 34-39
- GÖPFERT-DIVIVIER, W. (1995): Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg. In: Döhner, H./Mutschler, R./Schmoecker, M. (Hg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Hamburg. 121-129
- GRIESHABER, U. (1998): Position des Kunden stärken. Experten diskutieren diesjährige Erfahrung mit der Pflegeversicherung. Tagungsbericht. In: Forum Sozialstation Nr. 90 Februar 1998. 16-18
- GRIMWOOD, C. (1996): Die neue Sozialpolitik in Großbritannien. Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. In: Neue Praxis 4/96. 291-300
- GRUNOW, D. (1991): Sozialverwaltung als Typus kommunaler Verwaltung. In: Heinelt, H./Wollmann, H. (Hg.): Brennpunkt Stadt. Stadtpolitik und lokale Politikforschung in den 80er und 90er Jahren. Basel, Boston, Berlin. 128-148
- GUKENBIEHL, H.L. (1998): Soziales System. In: Schäfers, B. (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. 5. Aufl.. 388-390

- GÜTH, W. (1992): Spieltheorie und ökonomische (Bei)Spiele. Berlin, Heidelberg, New York
- HAGELSKAMP, J. (2006): Persönliche Budgets für behinderte Menschen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2006. 16-23
- HAUSNOTRUF-DIENST gGmbH (1999): Beruhigt und sicher zu Hause leben! Gestern, heute, morgen. Broschüre zum 15jährigen Bestehen. Freiburg
- HEGNER, F. (1996): Wohlfahrtspluralismus und Wohlfahrtspluralität. Überlegungen am Beispiel der Sozial- und Gesundheitsversorgung. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 166-185
- HEINZE, R.G. (1998): Die blockierte Gesellschaft. Sozioökonomischer Wandel und die Krise des „Modell Deutschland“. Opladen
- HEINZE, R.G./NAEGELE, G. (1994): Thesen zur Zukunft der sozialen Dienste. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 419-427
- HEINZE, R.G./NAEGELE, G./BUCKSTEEG, M. (1994): Neue Anforderungen an die sozialen Dienste. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zukunft des Sozialstaats. Leitideen und Perspektiven für eine Sozialpolitik der Zukunft. Düsseldorf. 199-237
- HEINZE, R.G./OLK, TH. (1984): Rückzug des Staates – Aufwertung der Wohlfahrtsverbände. Verbandliche Wohlfahrtspflege und „neue Subsidiarität“. In: Bauer, R./Dießenbacher, H. (Hg.): Organisierte Nächstenliebe. Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfe in der Krise des Wohlfahrtsstaats. Opladen. 173-187
- HEINZE, R.G./OLK, TH./HILBERT, J. (1988): Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven. Freiburg i.Br.
- HEINZE, R.G./VOELZKOW, H. (1998): Verbände und Neokorporatismus. In Wollmann, H./Roth, R. (Hg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 2. Aufl..227-239
- HEINZE, R.G./VOELZKOW, H. (1998): Verbände und Neokorporatismus. In: Wollmann, H./Roth, R. (Hg.): Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Bonn. 2. Aufl. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. 227-239
- HERRINGER, N. (1997): Empowerment. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M.. 4. Aufl.. 265
- HETTLAGE, R. (1998): Familienreport. Eine Lebensform im Umbruch. München. 2. Aufl.
- HILL, W./FEHLBAUM, R./ULRICH, P. (1976): Organisationslehre 1 und 2. Bern, Stuttgart. 2. Auflage
- HILLMANN, K.-H. (1994), Hg.: Wörterbuch der Soziologie. Stuttgart
- HITZLER, R. /HONER, A. (1994): Bastelexistenz. Über subjektive Konsequenzen der Individualisierung. In: Beck, U./Beck-Gernsheim, E. (Hg.): Riskante Freiheiten. Frankfurt/M. 307-315

- HOFFMANN-BADACHE, M. (2006): „Ambulant vor stationär“ in der Eingliederungshilfe – nur eine Formel der Sozialgesetzgebung? In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2006. 24-33
- HOLLER, M.J./ILLING, G. (1996): Einführung in die Spieltheorie. Berlin, Heidelberg, New York. 3. Aufl.
- HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. (1993): Soziale Arbeit und Systemtheorien. Freiburg i.Br.
- HORAK, CH./MATUL, CH./SCHEUCH, F. (1999): Ziele und Strategien von NPOs. In: Badelt, Ch. (Hg.): Handbuch der Nonprofit-Organisation. Strukturen und Management. Stuttgart. 2.Aufl. 153-178
- HUMMEL, K. (1992): Netzwerke in der Altenarbeit. In: Braun, H. et al. (Hg.): Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Köln
- IGL, G. (2002): Das neue SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. In: Informationsdienst Altersfragen 1/2 2002. 1-3
- IMPULS (1999): Informationsdienst zum Modellprojekt „Vom Hausnotruf zum Serviceruf“ Nr. 5/März 1999. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen. ISPO-Institut. Saarbrücken
- ISPO – INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG, PRAXISBERATUNG UND ORGANISATIONSENTWICKLUNG GmbH (1994): Neuordnung ambulanter Hilfen in Baden-Württemberg: Die Arbeit der IAV-Stellen. Ist-Stand und Entwicklungsperspektiven. Saarbrücken
- ITTERMANN, P/SCHAFENORTH, K. (1996): Soziale Arbeit in der Zukunft – Billigware oder Qualitätsdienstleistung? Herausforderungen und Gestaltungsperspektiven in Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Altenhilfe. Graue Reihe des Instituts Arbeit und Technik 96/6. Gelsenkirchen
- JAPP, K.P. (1989): Kontrollfunktionen in der Sozialarbeit. In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hg.): Soziale Dienste im Wandel 3. Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe. Neuwied, Frankfurt/M.. 95-115
- JARRÉ, D. (2005): Soziale Dienste und der „Zivile Dialog“ in der Europäischen Union. Ein politischer Essay. In: Linzbach, Ch./Lübking, U./Scholz, St./Schulte, B. (Hg.): Die Zukunft der sozialen Dienste vor der Europäischen Herausforderung. Baden-Baden. 239-259
- JUNG, K. (1995): Die neue Pflegeversicherung. SGB XI. Das Recht der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Bonn
- KASPER, H. (1990): Die Handhabung des Neuen in organisierten Sozialsystemen. Berlin, Heidelberg
- KGST (1993): Das Neue Steuerungsmodell. Begründung, Konturen, Umsetzung. Bericht 5/93. Köln
- KGST (1994a): Verwaltungscontrolling im Neuen Steuerungsmodell. Bericht 15/94. Köln
- KGST (1994b): Outputorientierte Steuerung der Jugendhilfe. Bericht 9/94. Köln

- KGST (1995a): Das Neue Steuerungsmodell. Erste Zwischenbilanz. Bericht 19/95. Köln
- KGST (1995b): Kommunales Informationsmodell KIM. Bericht 12/95. Köln
- KGST (1998a): Kontraktmanagement: Steuerung über Zielvereinbarungen. Bericht 4/98. Köln
- KGST (1998b): Führungsstrukturen im Neuen Steuerungsmodell. Bericht 9/98. Köln
- KIESER, A. (1995), Hg.: Organisationstheorien. Stuttgart, Berlin, Köln.
- KIESER, A./KUBICEK, H. (1992): Organisation. Berlin, New York. 3. Auflage
- KLATT, I. (2006): Fallmanagement in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen – erste Konturen eines Berliner Modells. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2006. 60-72
- KLENK, S. et al. (1996): Reformbemühungen und neue Entwicklungen bei der Rehabilitation alter Menschen. In: Wissert, M. (Hg.): Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i.Br.. 95-133
- KLIE, TH. (1998): Sozialamt zahlt Mehrbedarf an Pflege. In: Forum Sozialstation Nr. 94/Okttober 1998. 34-35
- KLUSMANN, D. (1989): Methoden zur Untersuchung sozialer Unterstützung und persönlicher Netzwerke. In: Angermeyer, M.C./Klusmann, D. (Hg.): Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, Heidelberg. 17-63
- KREITZ, R./WEIß, TH. (1998): Trennlinien. Die Verknüpfung von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI beim Abschluß neuer Rahmenverträge gemäß § 132 SGB V. In: Häusliche Pflege 5/98. Volltextversion der Druckausgabe aus dem Internet. 3 Seiten
- KROHN, W./KRÜCKEN, G. (1993): Risiko als Konstruktion und Wirklichkeit. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Risikoforschung. In: Krohn, W./Krücken, G. (Hg.): Riskante Technologien: Reflexion und Regulation. Frankfurt/M.. 9-44
- KROMREY, H. (1995): Empirische Sozialforschung. Opladen. 7. Aufl.
- KÜHN, D. (1994): Die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Entwicklung sozialer Dienste. In: Soziale Arbeit 4/94. 124-130
- KÜHR, H. (1986): Subsidiarität und Bürokratie in kirchlichen Verbänden. Eine historisch genetische Problemskizze. In: Heinze, R.G. (Hg.): Neue Subsidiarität: Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik. Opladen. 142-156
- LAHNO, B. (1995): Sukzessiver Austausch: Vereinbarung und Vertrag. In Güth, W. (Hg.): Ökonomie und Gesellschaft. Jahrbuch 12. Soziale Kooperation. Frankfurt/M, New York. 63-91
- LANDTAG VON BADEN-WÜRTTEMBERG (1998): Beratung von pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen durch Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen). Drucksache 12/3115. Stuttgart
- LANGHEHENNIG, M. (1995): Zur Situation der Berliner Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen. In: Döhner, H./Mutschler,

- R./Schmoecker, M. (Hg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Hamburg. 221-231
- LANGHEHNIG, M./WIßMANN, P. (1998): Durchblick für die Kundinnen und Kunden am Pflegemarkt. Die Berliner Koordinierungsstellen: Auf dem Weg zum bleibenden Angebot. In: Häusliche Pflege 1/98. 21-26
- LASH, S. (1996): Reflexivität und ihre Doppelungen: Struktur, Ästhetik und Gemeinschaft. In: Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt/M.. 195-286
- LAUX, H. (1990): Risiko, Anreiz und Kontrolle. Principal-Agent-Theorie: Einführung und Verbindung mit dem Delegationswert-Konzept. Berlin, Heidelberg, New York
- LEHMANN, A. (1995): Dienstleistungsmanagement. Strategien und Ansatzpunkte zur Schaffung von Servicequalität. Stuttgart. 2. Aufl.
- LEISERING, L. (1997): Individualisierung und „sekundäre Institutionen“ – der Sozialstaat als Voraussetzung des modernen Individuums. In: Beck, U./Sopp, P. (Hg.): Individualisierung und Integration. Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus. Opladen. 143-159
- LENK, K. (1993): Methodenfragen der politischen Theorie. In: Lieber, H.J. (Hg.): Politische Theorien von der Antike bis zur Gegenwart. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 2. Aufl.. 991-1016
- LIEBELT, C. (1998): Praxisnetz Berlin – ein Modellvorhaben, das Nägel mit Köpfen machen will. In: Brennpunkt 5/98
- LIPP, W. (1998): Institution. In: Schäfers, B. (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. 5. Aufl.. 148-151
- LITGES, G. (1999): Gesellschaft, Sozialpolitik und Kommunalverwaltung in den neuen Bundesländern. In: Hinte, W./Litges, G./Springer, W. (Hg.): Soziale Dienste: Vom Fall zum Feld. Soziale Räume statt Verwaltungsbezirke. Berlin. 15-51
- LÜBKING, U. (2005): Beschäftigungspolitik auf lokaler Ebene. In: Linzbach, Ch./Lübking, U. /Scholz, St./Schulte, B. (Hg.): Die Zukunft der sozialen Dienste vor der Europäischen Herausforderung. Baden-Baden. 351-374
- LUBRITZ, ST. (1998): Internationale Strategische Allianzen mittelständischer Unternehmen. Eine theoretische und empirische Analyse. Frankfurt/M.
- LUHMANN, N. (1972): Funktionen und Folgen formaler Organisation. Berlin
- LUHMANN, N. (1991): Soziologie des Risikos. Berlin/New York
- LUHMANN, N. (1996): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt/M.. 6. Auflage
- MACHELEIDT, S. (1998): Armband, Clip oder Umhänger: In der Not immer am Mann. Gesellschaft für Gerontotechnik testet Hausnotruf-Geräte. In: Heim und Pflege 8/98. 333-335
- MACKENSEN, R. (1985): Bemerkungen zur Soziologie sozialer Netzwerke. In: Röhrle, B./Stark, W. (Hg.): Soziale Netzwerke und Stützsysteme. Perspektiven für die klinisch-psychologische und gemeindepsychologische Praxis. Tübingen. 8-17

- MASSKS – Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (1998): Mit gleichen Chancen leben. Aktionsprogramm zur Integration von Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1997): Beratung nach dem Landespflegegesetz. Beispiele aus der kommunalen Praxis. Düsseldorf
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1998): Indikatorgestütztes Planungsmodell zur Infrastrukturplanung. Düsseldorf
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1995): Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und Altenarbeit in Nordrhein-Westfalen. Band I: Bericht der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Düsseldorf
- MAGS – MINISTERIUM FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (1991): Politik für ältere Menschen. 2. Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- MAGS – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (1991): Politik für ältere Menschen. Zweiter Landesaltenplan für Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- MASSEN, B. (1995): Ambulante sozialpflegerische Dienste in den Niederlanden. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 8/95. 310-314
- MÄTZKE, N./HOLZ, G. (1994): IAV-Stellen in Baden-Württemberg. ISS-Aktuell 1/1994. Frankfurt
- MAYNTZ, R. (1992): Interessenverbände und Gemeinwohl – Die Verbändestudie der Bertelsmann-Stiftung. In Mayntz, R. (Hg.): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh
- MAYNTZ, R. (1996): Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen. In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York. 471-496
- MAYNTZ, R./SCHARPF, F. (1995): Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus. In MAYNTZ, R./SCHARPF, F. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt, New York. 39-72
- MDK NORDRHEIN (1998): Wir stellen uns vor: Medizinischer Dienst der Krankenkassen Nordrhein. Düsseldorf
- MEINHOLD, M. (1997): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. Freiburg i.Br.. 2. Aufl.
- MINTZBERG, H. (1979): The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs
- MOHN, R. (1998): Kooperation in Wirtschaft und Gesellschaft. Beiträge zu einem neuen Zielverständnis. Gütersloh
- MOTZ, O. Strategisches Management, Kooperation und der Einfluß von Informations- und Kommunikationstechnologien. Eine kritische Betrachtung aktueller Paradigmen in der Betriebswirtschaftslehre. Frankfurt/M.

- MÜLLER, H. (1999): Die schnelle Mark läßt sich auch in Praxisnetzen nicht machen. In: Ärzte-Zeitung vom 7.6.1999
- MÜLLER-FEHLING, N. (2006): Die Zukunft der Eingliederungshilfe. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3/2006. 50-59
- NAEGELE, G. (1994): Zukunft der sozialen Dienstleistungen. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.): Zukunft des Sozialstaats. Leitideen und Perspektiven für eine Sozialpolitik der Zukunft. Düsseldorf. 239-247
- NAEGELE, G. (2004): Neue Herausforderungen an die kommunale Sozialpolitik. In Bertelsmann-Stiftung/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): Altersgerechte Wohnkonzepte: Gestaltungsmöglichkeiten für Kommunen. Dokumentation des Kommunalkongresses. Berlin. 11-21
- NAEGELE, G./SCHMIDT, W. (1996), Hg.: Mehr Bürgernähe und wohnortbezogene Vernetzung in der kommunalen Altenarbeit. Das Modellprojekt Sozialgemeinde in Nordrhein-Westfalen. Münster
- NALEBUFF, B./BRANDENBURGER, A. (1996): Coopetition – kooperativ konkurrieren. Mit der Spieltheorie zum Unternehmenserfolg. Frankfurt/M., New York
- NASCHOLD, F. (1993): Modernisierung des Staates. Zur Ordnungs- und Innovationspolitik des öffentlichen Sektors. Berlin
- NAVE-HERZ, R. (1994): Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Darmstadt
- NEUBERGER, O. (1998): Strategische Kooperation (Mikropolitik). In: Spieß, E. (Hg.): Formen der Kooperation. Göttingen
- NEUMANN, L.F./SCHAPER (1998): Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland. Bonn. 4. Aufl.
- NOKIELSKI, H./PANKOKE, E. (1996): Post-korporative Partikularität. Zur Rolle der Wohlfahrtsverbände im Welfare-Mix. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 142-165
- OFFE, C. (1987): Das Wachstum der Dienstleistungsarbeit: Vier soziologische Erklärungsansätze. In: Olk, Th./Otto, H.-U. (Hg.): Soziale Dienste im Wandel 1. Helfen im Sozialstaat. Neuwied, Darmstadt. 171-198
- OLK, TH. (1995): Zwischen Korporatismus und Pluralismus. Zur Zukunft der freien Wohlfahrtspflege im bundesdeutschen Sozialstaat. In: Rauschenbach, Th./Ssachße, Ch./Olk, Th. (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Frankfurt/M.. 98-122
- OLK, TH. (1997): Korporatismus im Sozialsektor. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M.. 4. Aufl.. 577
- OLK, TH. (2000): Weder Rund-Um-Uhr-Versorgung noch „pure“ Eigenverantwortung – aktivierende Strategien in der Sozialpolitik. In: Informationsdienst Altersfragen 3+4/2000. 1-5 (Ausdruck der Internetversion)
- OLK, TH./OTTO, H.-U. (1989), Hg.: Soziale Dienste im Wandel 3. Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe. Neuwied, Frankfurt/M.

- OLK, TH./RAUSCHENBACH, TH. SACHSE, CH: (1996): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Oder: Über die Schwierigkeit Solidarität zu üben. Eine einführende Skizze. In: Rauschenbach, Th./Sachse, Ch./Olk, Th. (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Frankfurt/M..11-33
- OLSSON, M./PIEKENBROCK, D. (1998): Kompakt-Lexikon Umwelt- und Wirtschaftspolitik. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 3. Aufl.
- PAPPI, F.U. (1998): Soziale Netzwerke. In: Schäfers, B./Zapf, W. (Hg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen
- PELTZER, U. (1998): Auswirkungen neuer Organisationsformen. In: Spieß, E. (Hg.): Formen der Kooperation. Göttingen
- PEUCKERT, R. (1996): Familienformen im sozialen Wandel. Opladen. 2. Aufl.
- PILOTTEAM ESCHERSHEIM (1999): Ergebnisbericht Teil 1 und Teil 2. Frankfurt (interner Bericht)
- PINKER, R. (1996): Zum Verständnis der gemischten Wohlfahrtsökonomie. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen. 63-78
- PLASCHKE, J. (1997): Herausforderungen des Sozialstaats. Frankfurt/M.
- POWELL, W.W. (1996): Weder Markt noch Hierarchie: Netzwerkartige Organisationsformen. In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York. 213-271
- POWELL, W.W. (1996): Weder Markt noch Hierarchie: Netzwerkartige Organisationsformen. In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York. 213-271
- PRILLER, E./ZIMMER, A./ANHEIER, H.K. (1999): Der Dritte Sektor in Deutschland. Entwicklungen, Potentiale, Erwartungen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 9/99, 26. Februar 1999 (Beilage zur Wochenzeitung das Parlament). 12-21
- PUCH, H.-J. (1994): Organisation im Sozialbereich. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg
- PUNTSCH, E. (1990): Zitatehandbuch für Wissenschaftler, Politiker, Journalisten. Augsburg
- PUTNAM, R.D. (1993): Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton/New York
- RAU, TH. (1994): Betriebswirtschaftslehre für Städte und Gemeinden. München
- REIS, C./SCHULZE-BÖING, M. (1998): Neue Steuerungsmodelle für die Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. In: Reis, C./Schulze-Böing, M. (Hg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin. 9-31

- RENN, H. (2001): SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Eine Arbeitshilfe. Frankfurt/M.
- RÖSCH, H. (1995): Leitstelle Ostfildern. In: Döhner, H./Mutschler, R./Schmoecker, M. (Hg.): Kooperation, Koordination und Vernetzung in der Altenarbeit. Hamburg. 183-200
- ROSENDAHL, B. (1999): Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung. Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Münster
- SACHSE, CH. (1995): Verein, Verband und Wohlfahrtsstaat. Entstehung und Entwicklung der dualen Wohlfahrtspflege. In Rauschenbach, Th./Sachse, Ch./Olk, Th. (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Frankfurt/M.. 123-149
- SACHSE, CH. (1995): Verin, Verband und Wohlfahrtsstaat. Entstehung und Entwicklung der „dualen“ Wohlfahrtspflege. In: Rauschenbach, Th./Sachse, Ch./Olk, Th. (Hg.): Von der Wertgemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Frankfurt/M.. 123-149
- SALAMON, L.M./ANHEIER, H.K. (1998): Der Non-Profit-Sektor: Ein theoretischer Versuch. In: Anheier, H.K./Priller, E./Seibel, W./Zimmer, A. (Hg.): Der Dritte Sektor in Deutschland. Organisationen zwischen Staat und Markt im gesellschaftlichen Wandel. Berlin. 211-246
- SCHÄFERS, B. (1998), Hg.: Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. 5. Aufl.
- SCHÄFERS, B. (1998): Moderne. In: Schäfers, B. (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. 5. Aufl.. 246-249
- SCHARPF, F. (1996): Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Kenis, P./Schneider, V (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M.. 497-534
- SCHARPF, F.W. (1996): Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York. 497-534
- SCHELLHORN, W. (1995): Leistungen nach BSHG und SGB XI. Zusammenspiel und Abgrenzung. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Von der Sozialhilfe zur Pflegeversicherung. Umsetzungserfordernisse insbesondere im ambulanten und teilstationären Bereich. Texte und Materialien 9. Frankfurt/M. 39-54
- SCHELLHORN, W. (1996): Sozialhilferecht. BSHG-Textausgabe mit den wichtigsten Durchführungsverordnungen und einer systematischen Darstellung. Neuwied
- SCHELLHORN, W. (1997): Daseinsvorsorge. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M. 4. Aufl.. 191
- SCHELLHORN, W./SCHELLHORN, H./HOHM, K.-H. (2006): SGB XII – Sozialhilfe. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. München. 17. Aufl.

- SCHMID, J. (1996): Der Welfare-Mix in der vergleichenden Politikforschung: Der Weg vom Etatismus über den Korporatismus zum Pluralismus – und einige methodische Stolpersteine. In: Evers, A./Olk, Th. (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrts-gesellschaft. Opladen. 186-207
- SCHMID, J. (1996): Wohlfahrtsverbände in modernen Wohlfahrtsstaaten. Soziale Dienste in historisch vergleichender Perspektive. Opladen
- SCHMIDT, R./WINKLER, A. u.a. (1998): Rahmenkonzept „Sozialstation der Zukunft“. In Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (Hg.): Jahrbuch des DZA 1997. Beiträge zur sozialen Gerontologie und Alterssozialpolitik. Regensburg
- SCHNEEKLOTH, U./POTTHOFF, P. u.a. (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Stuttgart
- SCHNEIDER, V. (1998): Korporative Akteure, Netzwerke und öffentliche Politik. Hagen
- SCHNEPEL, M. (1997): Anforderungen dezentraler sozialer Dienstleister an fernwirksame Technologien. Manuskript zum Vortrag „Intelligent Living '97“, 11./12.November 1997 im Maritim Airport Hotel Hannover
- SCHNEPEL, M. (2000): Sicherheits- und Telefonieleistungen für ältere Menschen in Deutschland. Manuskript zum Vortrag „Gesundheits-Telefonangebote für ältere Menschen“. Deutsch-Japanische Gesellschaft. 8./9. Mai 2000. Schloß Dagstuhl
- SCHREYÖGG, G. (1996): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Wiesbaden
- SCHRÜFER, S. (1997): Controlling im FED. In: Fachdienst der Lebenshilfe 3/97. 15-20
- SCHULTE-ZURHAUSEN, M. (1995): Organisation. München
- SCHWEIKART, R. (1995): Expertise zum Case-Management im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Saarbrücken
- SCOTT, W. R. (1981): Organizations. Rational, Natural and Open Systems. Englewood Cliffs, New Jersey
- SCOTT, W. R. (1986): Grundlagen der Organisationstheorie. Frankfurt/M.
- SEIBERT, H. (1997): Marktorientierte freie Wohlfahrtspflege und ihre ethischen Probleme. In: Soziale Arbeit 10-11/97. 338-349
- SEIDEL, G./GRABOW, S./SCHULTZE, A. (1996): Methodische Prinzipien des Unterstützungsmanagements. In: Wissert, M. (Hg.): Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Freiburg i.Br.. 136-175
- SENATSV ERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (1999a): Pflegepolitik im Land Berlin. Standortbestimmung, Handlungsrahmen, Landespflegeplan. Berlin

- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (1999b): Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation älterer Menschen. Berlin (Infopapier)
- SENATSWERWALTUNG FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES (1999c): Leitlinien für die künftige Seniorenpolitik. Berlin
- SOZIALDEZERNAT DER STADT FRANKFURT AM MAIN (1997), Hg.: Risiken für die soziale Stadt. Erster Frankfurter Sozialbericht. Frankfurt
- SOZIALVERBAND REICHSBUND (1996), Hg.: Die soziale Pflegeversicherung. Eine Kurzübersicht. Bonn. 3. Aufl.
- STADT ESSEN (1999): Pflegebedarfsplan Essen1999. Info zu Themen nach Aufgaben zum Landespflegegesetz. November 1999. Essen
- STARKE, B. (1999): Hausnotruf-Dienste als Element im veränderten System der ambulanten Versorgung. In: Adam, C./Markerth, G./Starke, B.: Vom Hausnotruf zum Serviceruf. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). Düsseldorf. 11-19
- STEFFENS, TH. (2005): Orientierung der Sozialgesetzgebung am Modell der formalen Gesundheit. In: Informationen und Materialien des Diakonischen Werks der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. 04/05: Funktionale Gesundheit. Gesundheit und Behinderung im neuen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICF). 67-76
- STREECK, W./SCHMITTER, P.C. (1996): Gemeinschaft, Markt, Staat – und Verbände? In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M.. 123-164
- STREPPEL, M. (1997): Dienstleistung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt/M.. 222-223
- STRÜNCK, CH. (1995): Wandel der Wohlfahrtsverbände durch Kontraktmanagement. Das Beispiel des Paritätischen Wohlfahrtsverbands. In: Neue Praxis 4/95. 349-359
- STRÜNCK, CH. (1998): Vom „Status“ zum „Kontrakt“. Organisations- und verbändesoziologische Dimensionen der Pflegeversicherung. Dissertationsschrift. Bochum
- SYDOW, J. (1992): Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation. Wiesbaden
- SYDOW, J. et al (1995): Organisation von Netzwerken. Strukturierungstheoretische Analysen der Vermittlungspraxis in Versicherungsnetzwerken. Opladen
- TEUBNER, G. (1996): Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung. In: Kenis, P./Schneider, V. (Hg.): Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik. Frankfurt/M., New York. 535-561
- THIBAUT, B. (1998): Koordination. In: Nohlen, D. (Hg.): Wörterbuch Staat und Politik. Lizenzausgabe für die Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn. 362-365

- TIPPELT, H. (1998): Controlling als Steuerungsinstrument in der Sozialverwaltung. In: Reis, C./Schulze-Böing, M. (Hg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin. 105-130
- VOLLMER, R.J. (1994): Die neue Pflegeversicherung. Elftes Buch SGB. Textausgabe mit systematisch zugeordneten Amtlichen Begründungen. Remagen
- WAGNER, K. (1998): Grundlegende Probleme der Spieltheorie aus heutiger Sicht. Dissertation. Hagen
- WALGENBACH, P. (1995): Institutionalistische Ansätze in der Organisations-
theorie. In: Kieser, A. (Hg.): Organisationstheorien. Stuttgart, Berlin, Köln. 269-301
- WAZ vom 03.12.1999: Diagnose: Pflege für Senioren ist schwach
- WEBER, M. (1956): Wirtschaft und Gesellschaft. Band 1 und 2. Tübingen
- WEGMANN, J./ZIMMERMANN, G.E. (1998): Soziales Netzwerk. In Schäfers, B. (Hg.): Grundbegriffe der Soziologie. Opladen. 251-255
- WEIL, M. (1991): Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In: Wendt, W.R. (Hg.): Unterstützung fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit. Freiburg i.Br.. 136-175
- WENDEL, TH.H. (1999): Bündnis für Gesundheit. In: ZITTY 5/99. 18-21
- WENDT, W.R. (1991): Die Handhabung der sozialen Unterstützung. Eine Einführung in das Case-Management. In: Wendt, W.R. (Hg.): Unterstützung fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit. Freiburg i.Br.. 11-55
- WENDT, W.R. (1998): Case-Management I: Einheit von Organisation und Verfahren; Case-Management II: Vernetzte Strukturen. In: Socialmanagement 4/98. 11-16
- WENDT, W.R. (2000): Case-Management in Baden-Württemberg (Deutschland): In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Case-Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Stuttgart. 36-41
- WERMEYER, F. (1994): Marketing und Produktion. Schnittstellenmanagement aus unternehmensstrategischer Sicht. Wiesbaden
- WIßMANN, P. (1994): Erfolgreiche Rehabilitation älterer Menschen. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen. In: Soziale Arbeit 12/94. 419-421
- WITT, F. H. (1997): Organisation und Gesellschaft in der Theorie der Unternehmung. In: Ortmann, G./Sydow, J./Türk, K. (Hg.): Theorie der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Opladen. 424-448
- WURCHE, S. (1994): Strategische Kooperation. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen am Beispiel mittelständischer Pharmaunternehmen. Wiesbaden
- ZAPF, W. (1991): Modernisierung und Modernisierungstheorien. In: Zapf, W. (Hg.): Die Modernisierung moderner Gesellschaften. Verhandlungen des 25. Deutschen Soziologentages in Frankfurt am Main 1990. Frankfurt/M.. 23-39

- ZAPF, W. (1994): Staat, Sicherheit und Individualisierung. In: Beck, U./Beck-Gernsheim, E. Riskante Freiheiten. Frankfurt/M.. 296-304
- ZAPF, W. (1999): Modernisierung und Transformation. In: Schäfers, B./Zapf, W. (Hg.): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen. 472-482
- ZIMMER, A. (1998): Public-Private-Partnerships: Staat und Dritter Sektor in Deutschland. In: Anheier, H.K./Priller, E./Seibel, W./Zimmer, A. (Hg.): Der Dritte Sektor in Deutschland. Organisationen zwischen Staat und Markt im gesellschaftlichen Wandel. Berlin. 75-98
- ZIMMER, A./PRILLER, E. et al (1999): Gemeinnützige Organisationen im gesellschaftlichen Umfeld. Ergebnisse einer Organisationsbefragung. Erste Ergebnisse. Westfälische-Wilhelms-Universität Münster und Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- ZOCHE; P. (1994): Emergency Aid: Private Alarm Systems in a Social and Organizational Environment. Experiences and Perspectives of the German „Hausnotruf“. In Wild, C./Kirschner, A. (Hg.): Technology for the elderly: Safety-alarm systems, technical aids and smart Homes. Knegsel. 59-67