

Wu, T.-Y./Jen, M.-H./Bottle, A./Molokhia, M./Aylin, P./Bell, D./Majeed, A. (2010): Ten-year trends in hospital admissions for adverse drug reactions in England 1999-200. *Journal of the Royal Society of Medicine* 103, 239-250

Dr. Gabriele Müller-Mundt

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriele Müller-Mundt

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 6: Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft

Universität Bielefeld, Postfach 100 131, 33501 Bielefeld

gabriele.mueller-mundt@uni-bielefeld.de

Michaela Röber und Kerstin Hämel

Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen

Structural problems in the implementation of Nursing Advice Centres in Hestia

This article deals with problems in the implementation of Nursing Advice Centres in Hestia, which were identified in an exploratory study. The influence of state structures as well as difficulties at the local level are discussed. Recommendations for network-oriented development of Nursing Advice Centres are derived.

Keywords

Nursing advice centre, structural problems, funding agencies, networks

Der Beitrag thematisiert Implementierungsprobleme von Pflegestützpunkten in Hessen, die im Rahmen einer explorativen Untersuchung identifiziert werden konnten. Diskutiert werden der Einfluss der Landesebene und Schwierigkeiten der Umsetzung vor Ort. Es werden Empfehlungen für eine netzwerkorientierte Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte abgeleitet.

Schlüsselwörter

Pflegestützpunkte, Strukturprobleme, Kostenträger, Netzwerke

eingereicht 19.01.2011

akzeptiert 01.03.2011 (nach Überarbeitung)

1. Einleitung

Das Entstehen und Anwachsen von Hilfe- und Pflegebedarfen im Verlauf des Alternsprozesses stellt ältere Menschen und ihr soziales Umfeld vor komplexe Probleme. Der Aufbau von Case und Care Management-Strukturen mit systematisch angelegter Kooperation und Vernetzung verschiedener Kosten- und Leistungsträger sowie Leistungserbringer gilt als wichtige Grundlage für eine effizientere und dem individuellen Bedarf angepasste Versorgung. Bisher waren Case und Care Management in der Altenhilfe und der Pflege der BRD erst in Ansätzen und lediglich regional begrenzt institutionalisiert worden (vgl. z.B. Frommelt et al. 2008: 12ff.).

Zwar wurde auf Bundesebene bereits vor Jahren das Gesetzgebungsprojekt eines Bundesaltenhilfe- oder Altenhilfestrukturengesetzes entwickelt, das als Kern eine personenbezogene Hilfeplanung vorsah, dieses wurde aber politisch nicht umgesetzt (vgl. Ziller 2008). Als im Sommer 2007 die ersten Überlegungen zu einer Etablierung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung bekannt wurden, hatte in der Fachwelt eigentlich niemand mehr damit gerechnet.

Mit dem In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahre 2008 sind die gesetzlichen Grundlagen für den Aufbau von bedarfsorientierten, wohnortnahen Beratungs- und Hilfestrukturen geschaffen worden. Es wurde ein Rechtsanspruch auf Pflegeberatung für Hilfe- und Pflegebedürftige geschaffen, mit deren Durchführung und Finanzierung die Pflegekassen beauftragt wurden (§ 7a SGB XI). Die Pflegekassen haben sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt die ihnen obliegende Pflegeberatung in Anspruch genommen werden kann, wenn in einem Land Pflegestützpunkte eingerichtet werden.

Nach § 92c Abs. 1 SGB XI richten die Pflege- und Krankenkassen wohnortnahe Pflegestützpunkte ein, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt. Diese Regelung wurde im Gesetzgebungsverfahren auf Wunsch des Bundesrates in das Gesetz aufgenommen (vgl. Klie/Krahmer 2009: 936 f. zu § 92c SGB XI). Die Pflegestützpunkte sollen als lokale Vernetzungsagenturen eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung sicherstellen. Zu den zentralen Aufgaben der Pflegestützpunkte zählen neben einer umfassenden und unabhängigen Auskunft und Beratung die Koordinierung und Vernetzung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote (§ 92c Abs. 2 SGB XI). Falls es zum Aufbau von Stützpunkten kommt, sind u.a. die örtlichen Träger der Sozialhilfe in ihrer Rolle als Anlaufstelle für die örtliche Altenhilfe und die Pflegeeinrichtungen zu beteiligen (§ 92c Abs. 2 SGB XI). In den kommunalen Gebietskörperschaften sollen bereits vorhandene örtliche Beratungs- und Koordinierungsstrukturen beim Aufbau einbezogen werden, um Parallelstrukturen zu vermeiden.

Mit der Institutionalisierung von Pflegeberatung im Pflegestützpunkt hat der Gesetzgeber die Intention verfolgt, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sektorenübergreifend Hilfen aus einer Hand zugänglich zu machen. Beratungs- und Koordinie-

rungsleistungen sollen nicht mehr – wie bisher – isoliert voneinander erbracht, sondern orts- und familiennah gebündelt werden. Im Pflegestützpunkt sollen alle Beteiligten zusammenarbeiten und aufeinander abgestimmte Angebote entwickeln.

Mit Ausnahme von zwei Bundesländern haben sich mittlerweile alle Bundesländer für den Aufbau von Pflegestützpunkten ausgesprochen (vgl. KDA 2010). Auf Landesebene wurden anschließend die Bedingungen des Aufbaus und des Betriebs von Pflegestützpunkten konkretisiert – teils unter Beteiligung der obersten Landesbehörde, teils in Vereinbarungen zwischen Vertretern¹ der Verbände der Kranken- und Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden.

Die am 1. Januar 2009 in Kraft getretene Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen (StAnz. 2008: 3488) sieht vor, dass zunächst je ein Pflegestützpunkt in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt (das wären 26 im Bundesland Hessen) errichtet wird. Die Einrichtung der Pflegestützpunkte hätte innerhalb von sechs Monaten nach diesem Erlass erfolgen müssen (§ 92c Abs. 1 SGB XI). Doch innerhalb dieser Frist hatte in Hessen kein Pflegestützpunkt die Arbeit aufgenommen. Im Mai 2010 waren erst zwei, im August 2010 vier Pflegestützpunkte eingerichtet. Aktuell (Januar 2011) haben acht Pflegestützpunkte in Hessen ihre Arbeit aufgenommen. Ursprünglich sollte in Hessen eine weitere Allgemeinverfügung baldmöglichst die Grundlagen für den wohnortnahen Ausbau des Systems schaffen. Im August 2010 erklärte das Landesministerium auf die ursprünglich vorgesehene „2. Stufe eines Erlasses“ zu verzichten. Begründet wurde dies mit dem zu diesem Zeitpunkt entwickelten Bemessungsverfahren zur Bestimmung der Wohnortnähe², das als Orientierungsrahmen dienen könne (Marx 2010).

Der erhebliche zeitliche Verzug bei der Implementierung lässt nicht erwarten, dass in Hessen die nach § 92c Abs. 5 SGB XI bis längstens 30. Juni 2011 abrufbaren Mittel der Anschubfinanzierung – maximal 50.000 Euro pro Stützpunkt für insgesamt höchstens 88 Stützpunkte – auch nur annähernd ausgeschöpft werden. Das ursprüngliche Leitkonzept der Wohnortnähe – im ersten Gesetzentwurf war als Richtschnur ein Pflegestützpunkt für rund 20.000 Versicherte vorgesehen (BT-Drs.: 16/439:77) – scheint in Hessen in weite Ferne gerückt.

2. Fragestellung und Vorgehen

Im Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Koordination, Vernetzung und Fallmanagement in der Altenhilfe und in der Pflege“³, das an der Fachhochschule Frankfurt a. M. durchgeführt wurde, konnten Implementierungsprobleme von Pflegestützpunk-

1 Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Form genannt. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

2 Das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt a. M. hat im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums Kriterien für Wohnortnähe entwickelt. Diese sollten ursprünglich für den weiteren Ausbau herangezogen werden.

3 Laufzeit: 01.10.2009 - 31.10.2010, Projektteam: Michaela Röber, Claus Reis, Margret Müller, Kerstin Hämel. Finanziert durch die hessischen Hochschulen im Rahmen der Kampagne „Forschung für die Praxis“.

ten mit integrierter Pflegeberatung in Hessen begleitend analysiert und ausgewertet werden.

Ursprünglicher Projektauftrag war es, (1) verschiedene Implementierungspraxen des Auf- und Ausbaus von Pflegestützpunkten in Hessen zu erfassen und vergleichend zu analysieren, (2) erste Erfahrungen aus der Arbeit der Pflegestützpunkte zu eruieren und mit Blick auf die drei Arbeitsebenen im Pflegestützpunkt Vernetzung, Organisation und Einzelfallebene auszuwerten sowie hieraus Empfehlungen für geeignete Arbeits- und Verfahrensweisen zu entwickeln. (3) Zudem sollten Empfehlungen für den wohnortnahen Ausbau von Pflegestützpunkten entwickelt werden.

Bereits zu Projektbeginn (Oktober 2009) zeichnete sich jedoch ab, dass dieses Vorhaben nur teilweise umgesetzt werden kann. Der Projektplan war davon ausgegangen, dass zu Beginn der Begleitforschung bereits der überwiegende Teil der Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufgenommen hat.

Das Projektteam stellte die zeitliche Verzögerung der Implementierung selbst in den Fokus des Interesses. Gründe für die Abweichungen zwischen Norm und Wirklichkeit der Einrichtung von Pflegestützpunkten wurden herausgearbeitet und darauf aufbauend Empfehlungen für den weiteren Aufbau von Pflegestützpunkten entwickelt.

Um Einblicke in den zögerlichen Fortschritt der Implementierung zu erhalten und Gründe für die Verzögerung analysieren zu können, wurde das Vorhaben auf der Grundlage von vier Fragestellungen konkretisiert:

1. Welche Ausgangssituation besteht in den Gebietskörperschaften, in die die Pflegestützpunkte etabliert werden sollen?
2. Welche Ansätze zur Etablierung von Pflegestützpunkten gibt es?
3. Wie ist die Kooperation zwischen den für die Umsetzung relevanten Akteuren gestaltet?
4. Inwiefern beeinflusst die Landesebene den Implementierungsprozess?

Zur Annäherung an diese Fragen war ein exploratives Vorgehen nötig. Es konnten fünf hessische Gebietskörperschaften für eine Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Um systematischen Verzerrungen entgegenzuwirken, wurden bei der Auswahl Landkreise und kreisfreie Städte einbezogen und unterschiedliche Vorstrukturen von Beratungs- und Koordinierungsangeboten berücksichtigt. Zur Eruierung der Entwicklungen und Erfahrungen vor Ort wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt (vgl. Meuser/Nagel 1991; Gläser/Laudel 2004). Als Experten wurden Verantwortliche für die örtliche Implementierung von Stützpunkten definiert. Nach einer ersten Anfrage wurde in den Kommunen entschieden, wer am Interview beteiligt sein soll. Es wurden n=6 Interviews mit insgesamt neun Experten⁴ durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mithilfe einer sowohl deduktiven als auch induktiven Kategorien-

⁴ Die Positionen der Interviewpartner waren: Altenhilfeplaner, Sozialamtsleiter, Sozialdezernent, kommunaler Berater.

bildung. Zusätzlich wurden vorhandene Beratungskonzeptionen, Sachberichte und Konzepte für den Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten zur Anfertigung von Fallbeschreibungen ausgewertet. In einem gemeinsamen Workshop, der Mitte März an der FH Frankfurt a.M. stattfand, wurden ausgewählte Aspekte mit den Experten vertiefend diskutiert. Der Workshop diente der Validierung und ergänzenden Erhebung. Zur Rekonstruktion von für die örtlichen Aufbauprozesse relevanten Entwicklungen auf Landesebene wurden Dokumente auf Landesebene gesichtet und ergänzend zwei Interviews mit Vertretern der Leistungserbringer in Hessen geführt. Leider konnten die Pflegekassen nicht für eine Beteiligung am Projekt gewonnen werden.

In allen beteiligten Gebietskörperschaften zeigten sich Probleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten, die in den Fokus der Auswertungen gestellt wurden. Entwicklungsprozesse in Organisationen und in der Kooperation zwischen Organisationen haben meist einen eigenen Verlauf, der nur bedingt von außen gesteuert werden kann. Die wohnortnahe Vernetzung zwischen dem Pflegestützpunkt und den weiteren Beratungs- und Dienstleistungsanbietern ist vor dem Hintergrund der handelnden Akteure und deren Interessen und Strukturen ein Prozess, der einer langfristigen Entwicklungsperspektive bedarf.

Es konnten drei Bereiche identifiziert werden, die für die Implementierungsprobleme von Pflegestützpunkten in Hessen von Bedeutung sind:

1. Steuerung der Implementierung auf Landesebene
2. Organisationsstrukturen und -kulturen der Pflegekassen und Kommunen
3. Probleme und Möglichkeiten der Ausgestaltung von Pflegestützpunkten vor Ort

Im Folgenden werden diese Bereiche näher erörtert (Pkt. 3-5). Anschließend werden geeignete Bedingungen für die zukünftige Vernetzung der Pflegestützpunkte diskutiert (Pkt. 6).

3. Steuerung der Implementierung auf Landesebene

In Hessen wurden bereits Mitte der 1990er Jahre bis zum Jahr 2000 Koordinierungs- und Beratungsangebote trägerübergreifend aus Landesmitteln gefördert. Infolge der konzeptionellen und finanziellen Förderung des Landes kam es zum Aufbau von örtlichen Beratungs- und Koordinierungsstellen in verschiedenen Trägerschaftsmodellen (vgl. LT-Drs. 15/612). Mit dem Wechsel der Landesregierung im Jahr 2000 wurde die finanzielle Förderung der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Hessen eingestellt mit der Konsequenz, dass deren Existenz grundsätzlich in Frage gestellt wurde, sofern nicht in einzelnen Gebietskörperschaften alternative, freiwillige kommunale Finanzierungsstrukturen zur Verfügung gestellt wurden.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz war das Sozialministerium aufgefordert, sich erneut zur Entwicklung örtlicher Beratungsstrukturen zu positionieren. Ausgehend von einem Beschluss des Landespflegeausschusses wurde im Sommer 2008 eine

Arbeitsgemeinschaft „Pflegestützpunkte“ gegründet. Die Akteure⁵ sollten dort unter der Moderation des Sozialministeriums zu einer einvernehmlichen Empfehlung gelangen. Es zeichnete sich aber ab, dass kein einheitliches Meinungsbild erzielt werden konnte (vgl. Hessisches Sozialministerium 2008):

Die Kommunalen Spitzenverbände sprachen sich für die Einrichtung von Pflegestützpunkten aus, weil sie in ihnen ein flexibles Instrument sahen, die Verzahnung zwischen den unterschiedlichen Zuständigkeiten auszugestalten und Ratsuchende vor Ort individuell bei der Gestaltung von Lösungen zu unterstützen. Auch die Liga der freien Wohlfahrtspflege erwartete vom Land Hessen, dass es der Einrichtung von Pflegestützpunkten in Hessen zustimmt. Ebenso sprach sich die Landesseniorenvertretung für eine Umsetzung aus.

Die Verbände privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen vertraten die Auffassung, dass die Schaffung von Pflegestützpunkten zur Verbesserung der Pflegeberatung in Hessen nicht erforderlich sei. Die Verbände der Pflegekassen befürchteten unwirtschaftliche Doppelstrukturen zu finanzieren, die fachlich und ökonomisch nicht vertretbar seien.

Trotz der unterschiedlichen Auffassungen hat der Landespflegeausschuss einen einstimmigen Beschluss zur Einrichtung der Pflegestützpunkte in Hessen gefasst. Ausschlaggebend für diesen Beschluss waren die Stellungnahmen der Kommunalen Spitzenverbände und der Liga der Freien Wohlfahrtspflege. Der Landespflegeausschuss hat das Sozialministerium aufgefordert, neben anderen folgende „Eckpunkte“ für den Fall der Umsetzung von Pflegestützpunkten zu berücksichtigen (Landespflegeausschuss 2008):

- Zunächst soll ein Pflegestützpunkt pro Landkreis/kreisfreier Stadt an einer kommunalen Stelle unter Berücksichtigung bestehender Beratungsangebote eingerichtet werden.
- Selbsthilfegruppen, ehrenamtlich oder sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sollen nachhaltig in die Tätigkeit des Pflegestützpunktes einbezogen werden.
- Der Landespflegeausschuss empfiehlt dem Land Hessen sich an den Kosten des Aufbaus und des Betriebs von Pflegestützpunkten zu beteiligen.
- Der weitere Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten hin zur wohnortnahen Beratung und Vernetzung soll von der Arbeitsgruppe „Pflegestützpunkte“ des Landespflegeausschusses begleitet werden.

Statt der geforderten Fortführung der Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses organisierten sich die Pflegekassen und die Spitzenverbände der Kommunen in einem ge-

⁵ Neben den Pflege- und Krankenkassen, dem Hessischen Städte- und Landkreistag sowie dem Hessischen Gemeindebund (Kommunale Spitzenverbände) waren dies die Liga der Freien Wohlfahrtspflege, die Verbände privat-gewerblicher Pflegeeinrichtungen sowie die Landesseniorenvertretung in Hessen.

meinsamen Steuerungsausschuss, der die „fachliche Steuerung und Qualitätssicherung der Pflegestützpunkte“ fortan begleitet (vgl. Rahmenvertrag Hessen 2009).

Ausschließlich die Kostenträger befinden seither in Hessen über die weitere Implementierung. Die Reduzierung der Akteure auf Landesebene zur Umsetzung der Pflegestützpunkte auf die beiden Hauptakteure, die in den Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegeberatung zusammen arbeiten sollen: die Pflegekassen und die Kommunen, hat Konsequenzen für den weiteren Implementierungsprozess.

Dies ist auch daher problematisch, da insbesondere die Wohlfahrtsverbände in der Tradition des Subsidiaritätsprinzips auf kommunaler Ebene in (Mit-)Trägerschaft von Beratungsangeboten auftreten. Zwar können Pflegestützpunkte nach § 92c Abs. 4 Satz 1 SGB XI bei einem Leistungsträger errichtet werden; ob das auch eine eigene Trägerschaft einschließt, ist rechtlich umstritten. Die Kostenträger in Hessen lehnen das aus wettbewerbsrechtlichen Gründen ab und beschränken die Wohlfahrtsverbände auf ihre Rolle als Dienstleister von Pflege- und Betreuungsangeboten (§ 2 Abs. 3 Landesrahmenvertrag).

Das Land Hessen hat sich von seiner moderierenden Funktion zurückgezogen. In dieser Rolle hätte das Land als Vermittler und Begleiter eine Brückenfunktion zwischen den verschiedenen Akteuren einnehmen können. Seither fehlt es an einem Gremium, über das die für das Gelingen von vernetzten Strukturen auf lokaler Ebene wichtigen Vertreter der Leistungserbringer und der Seniorenvertretungen an der konzeptionellen Entwicklung beteiligt werden. Auch lehnt das Land Hessen eine finanzielle Beteiligung an den Kosten des Aufbaus bzw. den laufenden Betriebskosten der Pflegestützpunkte ab.

4. Organisationsstrukturen und -kulturen der Pflegekassen und der Kommunen

Die Pflegekassen vertreten auf Bundes- und Landesebene seit jeher die Auffassung, dass Pflegeberatung von ihnen qualifiziert, neutral und bedarfsgerecht auf Basis eines gesetzlichen Beratungsauftrages ausgeübt wird (§§ 7, 37 SGB XI; vgl. Kesselheim 2008: 31).

Schon an der Finanzierung der Beratungs- und Koordinierungsstellen in Hessen haben sich die Pflegekassen – trotz vielfältiger Bemühungen des Landes und der Kommunalen Spitzenverbände sowie der Liga der Freien Wohlfahrtspflege – nicht beteiligt. Die ablehnende Haltung wurde mit dem ohnehin eigenständig wahrzunehmenden gesetzlichen Beratungsauftrag nach § 7 SGB XI und einer fehlenden leistungsrechtlichen Grundlage im PflegeVG zur finanziellen Beteiligung an trägerübergreifenden Beratungs- und Koordinierungsstellen begründet (vgl. Klie/Krahmer 2009: 115 zu § 7 SGB XI).

Zwar besteht spätestens seit dem Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes in 2002 eine rechtliche Grundlage für eine mitverantwortliche Beteiligung der Pflegekassen an Beratungsstellen nach § 7 Abs. 4 SGB XI. Demnach können sich seitdem Pflegekassen zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben aus ihren Verwaltungsmit-

teln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten beteiligen. In der amtlichen Begründung wird hervorgehoben, dass eine gemeinsame Beratungsstruktur vor allem auch deshalb erforderlich sei, weil manche Pflegekassen ein ortsnahes Beratungsangebot nicht vorhalten oder aufgrund ihrer Organisationsstruktur nicht vorhalten können (BT-Drs. 14/5395: 27). Von dieser Möglichkeit wurde in Hessen nie Gebrauch gemacht. Hinzu zeichnete sich das zugrunde liegende Selbstverständnis dieses Beratungsauftrags dadurch aus, dass primär zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beraten wurde, nicht jedoch zu darüber hinausgehenden Hilfen (vgl. Klie/Krahmer 2009: 116 zu § 7 SGB XI). Dies erweist sich auch heute noch als ein zentrales Strukturproblem bei der Implementierung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten.

Die Einführung einer Pflegeberatung im Sinne von Case Management wurde zwar schon vor einigen Jahren von Kassenvertretern begrüßt und gefordert (vgl. z.B. VdAK/AEV 2005). Abgelehnt wurde aber eine Einbettung der Pflegeberatung außerhalb der eigenen Organisationsstrukturen. Schon während des Gesetzgebungsverfahrens in 2007 zeichnete sich eine große Skepsis bezüglich der Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit von Pflegestützpunkten ab (vgl. GKV 2008: 6f., 11f.; Kesselheim 2008).

Der Gesetzgeber hat den Pflegekassen zuerkannt, dass sie für die Pflegeberatung Sozialversicherungsangestellte nach Weiterbildung einsetzen können (BT-Drs. 16/7439: 49). Hinzu kommt, dass die Pflegekassen vor allem wegen ihrer organisatorischen Anbindung an die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen kaum als neutral gelten können. Potenziell haben sie die Möglichkeit, die Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung für eine Schonung der Ressourcen des Krankenversicherungshaushaltes zu nutzen. Eine Sicherstellung von Neutralität könnte über die Professionalisierung der Beratung, aber auch eine gemeinsame Qualitätssicherung der Beratung im Stützpunkt durch Kassen und Kommunen angestrebt werden.

Versuche des Gesetzgebers, die gesamtgesellschaftliche Verantwortung bei der Umsetzung der pflegerischen Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen, existieren zwar bereits seit Einführung der Pflegeversicherung (vgl. §§ 8, 12 SGB XI), allerdings erwuchs daraus kaum ein umfassendes Kooperationsverständnis. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ist die Verpflichtung zur Zusammenarbeit „mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten“ um einen konkreten Arbeitsauftrag erweitert worden: Aufgabe der Pflegekasse soll es nun auch sein „durch die Pflegestützpunkte auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinzuwirken, um eine wohnortnahe Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen“ (§ 12 Abs. 1 SGB XI).

Bisherige Erfahrungen bei der diesbezüglichen Beteiligung der Pflegekassen vor Ort, z.B. in regionalen Pflegekonferenzen, fallen eher gering aus, da deren zunehmend zentrale, einheitliche Organisationsstruktur und Handlungslogik nur schwer mit einer intensiven Vor-Ort-Präsenz zu vereinbaren ist, noch dazu wenn in jeder Region andere Strukturen bestehen (vgl. Müller/Hämel 2011).

Zugespißt formuliert könnte man sagen: Mit der Aufforderung zur Schaffung von regionalen, wohnortnahen Beratungsstrukturen werden die Kassen für einen Bereich Handlungs- und Finanzierungsverantwortlich gemacht, den sie eigentlich nie haben wollten. Aus dem Blickwinkel der Kommunen ergeben sich Probleme: Die Kassen dringen mit diesem Auftrag in Gebiete vor, die bis dato als eine ureigene Kompetenz der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe wahrgenommen wurden (vgl. Trilling 2009).

Die unterschiedlichen Kulturen der beiden Kostenträger treten im Aushandlungsprozess klar hervor. Ausdruck für die zentral organisierte Arbeitsweise der Pflegekassen ist der im Bundesland Hessen in die Diskussion eingebrachte Musterrahmenvertrag nach § 92c Abs. 8 SGB XI (örtlicher Pflegestützpunktvertrag), der als „Blaupause“ für die örtlichen Verhandlungen gedient hat. Der Vertrag wurde zwischen den Vertretern der Pflege- und Krankenkassen, dem Hessischen Landkreistag und dem Hessischen Städtetag abgestimmt. Es zeigte sich, dass die Pflege- und Krankenkassen ihre Vorstellungen abgestimmt und einvernehmlich einbringen konnten. Demgegenüber hat eine zwischen den 26 Landkreisen und kreisfreien Städten abgestimmte Positionierung nicht stattgefunden. Lediglich einzelne Kommunen haben sich an der Erstellung der „Blaupause“ beteiligt.

Der Abstimmungsprozess in der kommunalen Gemeinschaft erweist sich als strukturell vielschichtiger und heterogener als bei den Verbänden der Pflegekassen. Das hat zur Folge, dass die eigentlich starke Position der Kommunen, die sich aus der Kenntnis der örtlichen Strukturen ergibt, bislang nur in Ansätzen in einer strategischen Positionierung auf der Landesebene einfließen konnte.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Der Implementierungsprozess von Pflegestützpunkten ist nicht rein technischer Natur, sondern dadurch geprägt, dass mit der gemeinsamen Trägerschaft von Kassen und Kommunen zwei Akteure aufeinander treffen, die unterschiedliche Strukturen, Aufgaben, Interessen und Kulturen mitbringen. Auch frühere Erfahrungen im Umgang mit dem Partner prägen den Implementierungsprozess mit. Kommunen und Pflegekassen treffen nicht erstmals aufeinander. Besonders in Pflegesatzverhandlungen, Schiedsstellenverhandlungen und Qualitätsprüfungen hat man bereits einige „gemeinsame“ Erfahrungen gesammelt, man kennt sich, bestimmte Verhandlungs- und Verhaltensmuster sind ähnlich wie bei Tarifverhandlungen quasi ritualisiert.

Auf dem neuen Gebiet Pflegestützpunkte fehlt es noch an gemeinsamen Erfahrungen. Beiden Akteuren gelingt es noch nicht hinreichend, auf der jeweiligen Ebene des Anderen zu kommunizieren. Für die Kassen ist es schwer, sich einer regional differenzierten Vorgehensweise zu öffnen. Den Kommunen bereitet es Schwierigkeiten, ihre Interessen in inhaltlich strategische Absprachen auf der Landesebene einzubringen. Die Interviewpartner bezeichneten dies als das Aufeinandertreffen unterschiedlicher Systeme und Logiken.

Kassen und Kommen haben in der Vergangenheit vor allem eines eingeübt: über Verträge zu verhandeln. Dieses Muster setzt sie auch in den Begegnungen zur Entwicklung der Pflegestützpunkte fort. Die beiden Träger haben nicht gelernt, über Inhalte zu sprechen. Dies wird in der Aussage eines im Rahmen unseres Forschungsprojekts interviewten Sozialdezernenten auf den Punkt gebracht:

„Wir begegnen uns sozusagen am Verhandlungstisch und verhandeln Verträge oder so was, und dann gehen wir auch wieder auseinander. [...] So, und hier [beim Aufbau von Pflegestützpunkten] müssten wir was zusammenbringen. Und da ist eine ganz andere Form auch der kontinuierlichen Zusammenarbeit auf einer fachlichen, inhaltlichen Ebene gefordert als die der Vertragsgestaltung.“ (Int. 3 Abs. 413)

5. Probleme und Möglichkeiten der Ausgestaltung von Pflegestützpunkten vor Ort

Im Gegensatz zu den Verbänden der Pflegekassen sind die kommunalen Gebietskörperschaften nur erschwert auf Landesebene „einheitlich“ zu organisieren. Die auf Landesebene begleitenden Kommunalen Spitzenverbände haben eine koordinierende Funktion und bündeln die Interessen der Landkreise und kreisfreien Städte. Die Kommunen selbst sind autonom und heterogen und gegenüber ihrer Landesebene nicht weisungsgebunden. Zwar haben alle 26 Gebietskörperschaften die gleiche Aufgabe zu bewältigen, nämlich Pflegestützpunktstrukturen umzusetzen, aber diese ist aus sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen heraus zu entwickeln. Es konnten Kommunen identifiziert werden,

- die auf bereits vorhandene, gut ausgebaute Beratungs- und Koordinierungsstrukturen zurückgreifen können,
- und andere, die keine oder kaum entwickelte Beratungs- und Koordinierungsstrukturen aufweisen können,
- sowie Kommunen, die Beratungsangebote bislang (teils) an freie Träger delegiert haben.

Erstgenannte haben bei der Implementierung der Pflegestützpunkte vor allem das Interesse geäußert, dass ihre bisherigen Strukturen auch mit (oder sogar trotz) der Einführung der Pflegestützpunkte erhalten bleiben. Teilweise wurde die Besorgnis geäußert, dass das bislang entwickelte „ganzheitliche“ Beratungsverständnis durch die neuen Strukturen auf ein enges, auf pflegeversicherungsrechtliche Leistungen beschränktes Beratungsverständnis verkürzt werden könnte. Es wurde der Wunsch geäußert, beim Auf- und Ausbau der Pflegestützpunkte dort anzusetzen, wo es noch einen Verbesserungsbedarf im bestehenden Angebot gibt (z.B. in der Behindertenarbeit).

Vertreter von Regionen, in denen bislang kaum Strukturen entwickelt wurden, äußerten in den Interviews die größten Bedenken und sahen sich vor allem in den Verhandlungen „*nicht auf einer Augenhöhe*“ (Int. 1 Abs. 266) mit der Verhandlungsposi-

tion der Pflegekassen. Sie haben dem Ansinnen der Pflegekassen, den auf Landesebene entwickelten „Standardvertrag“ mit seinen Vorgaben zur Arbeitsteilung zwischen kommunalen und Pflegekassenmitarbeitern umzusetzen, keine Praxiserfahrungen entgegenzusetzen.

Als besonders schwierig erweist sich die Ausgangssituation dort, wo zwar vorhandene Beratungsstrukturen in die Pflegestützpunktverträge eingebracht werden sollten, diese aber nicht kompatibel mit den Vereinbarungen des Landesrahmenvertrages sind. Diese Problematik ergibt sich in Hessen bei jenen Kommunen, die in der Vergangenheit stabile Partnerschaften mit freien Trägern aufgebaut und über viele Jahre hinweg unter Beteiligung und Akzeptanz der unterschiedlichen Träger von Einrichtungen und Diensten vor Ort entwickelt haben. In einem Fall aus unserem Sample wurden die Verhandlungen mit den Pflegekassen über Monate ausgesetzt, weil eine Annäherung der unterschiedlichen Positionen nicht möglich erschien.

Örtliche Besonderheiten spielen in einer weiteren Gestaltungsfrage eine wichtige Rolle. In den von uns untersuchten Kommunen wurden unterschiedliche Modelle der Organisation von Beratungs- und Koordinationsangeboten auf zentraler und dezentraler Gebietsebene entwickelt und in der Vergangenheit teilweise bereits erprobt.

Die Interviewpartner beschrieben es als wichtige Aufgabe, auch die Pflegestützpunkte in der Fläche wirksam werden zu lassen. Ein zentraler Pflegestützpunkt schafft kein wohnortnahes Angebot und kann den Besonderheiten der Akteurs- und Angebotsstruktur in den Gemeinden bzw. den Stadtteilen nicht ausreichend gerecht werden. Umgekehrt allerdings sind kleinräumig verteilte, gleichwertige Stützpunkte kostenintensiv und gelten als politisch kaum durchsetzbar. Um sozialräumliche Arbeitsansätze verwirklichen zu können und den unterschiedlichen Entwicklungsperspektiven in den Gemeinden und Stadtteilen gerecht zu werden, gibt es Überlegungen, Satellitenstützpunkte oder Anlaufstellen sowie gemeinde- oder stadtteilbezogene Netzwerke aufzubauen.

Mit Satellitenstützpunkten sind Filialen eines Pflegestützpunktes gemeint. Die Angebote werden dort nur tageweise vorgehalten, Synergien könnten sich durch eine gemeinsame Büroorganisation ergeben. Beim Modell der „Anlaufstelle“ wird hingegen ein kooperierender Partner einbezogen, der vor Ort als erster Ansprechpartner für Informations- und Ratsuchende zur Verfügung steht und bei Bedarf an das Angebot des Pflegestützpunktes vermittelt. Hierfür wurde im Fall der Landkreise der Kontakt zu den Bürgermeistern der Gemeinden gesucht; Verwaltungsangestellte könnten beispielsweise für diese Aufgabe von Mitarbeitern des Stützpunktes geschult werden. Eingebunden werden die Gemeinden auch bei der (Weiter-)Entwicklung von dezentralen Pflegekonferenzen, die teils als Ersatz und teils als Ergänzung landkreisweit ausgerichteter Pflegekonferenzen fungieren sollen. Die Gesprächspartner aus den Landkreisen sehen es als zentral für die Verbesserung der Infrastruktur für Hilfe- und Pflegebedürftige an, die Themen Altenhilfe und Pflege auf die Agenden der Gemeinden zu bringen.

Solche Überlegungen zur zukünftigen Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte sind hinsichtlich der Forderung nach Wohnortnähe, aber auch eines effizienten Ressourceneinsatzes von großer Wichtigkeit. Jedoch zeigte sich in unseren Interviews, dass angesichts der Schwierigkeiten der beiden Träger, sich auf eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für den ersten Pflegestützpunkt zu einigen, derlei Überlegungen in den Gesprächen nur eine Aufmerksamkeit am Rande erhalten haben.

6. Netzwerke entwickeln, aber wie?

Wie kann ein regional verankerter Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen zur Förderung der regionalen Pflegeinfrastruktur gelingen? Welcher Rahmen ist erforderlich, damit Netzwerke entstehen?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass den Steuerungskompetenzen der Kommunen wie der Pflegestützpunkte durch die Wettbewerbsregeln der Pflegeversicherung Grenzen gesetzt sind. Kurz: Man kann nicht steuern, wo keine Kompetenzen vorhanden sind:

„Das ist ein Markt. [...] Die [großen Pflegeheimbetreiber] kommen hier her und stellen sich vor. Dann sagen wir: ‚Es gibt schon Einrichtungen‘. Dann sagen die: ‚Ja, ich mache es aber trotzdem, weil ich besser und billiger bin!‘ Ich sehe da keinen Steuerungsbedarf. Ich glaube nicht, dass die Kommune da einen Auftrag hat.“ (Int. 5 Abs. 272)

„Wenn hier einer investieren will, weil er meint, er verdient sich da eine goldene Nase, dann lässt der sich von uns und so einer Pflegekonferenz also gar nichts erzählen.“ (Int. 2 Abs. 273).

Trotz dieser Probleme versuchen die Verantwortlichen in den Gebietskörperschaften seit vielen Jahren, über die Koordination verschiedener Netzwerkformen eine Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft voranzubringen. Auch die Pflegestützpunkte haben hier einen klaren Auftrag erhalten, sich zu involvieren.

Ein Netzwerk besteht aus verschiedenen Leistungsanbietern an denen das Case Management im Pflegestützpunkt anknüpft, um ihre Angebote im Einzelfall zu nutzen. Netzwerke können auch eine Beschreibung der Zusammenarbeit in den Regionen sein, die ganz unterschiedlich historisch gewachsen ist. Entwickelt wurden z. B.: „Pflegekonferenzen“, „regionale Arbeitsgemeinschaften“, „Qualitätszirkel“, „Netzwerktreffen“ etc. Regional haben sich unterschiedliche Akteurskonstellationen und Schwerpunktsetzungen etabliert und daher sind die Netzwerke nicht unmittelbar miteinander vergleichbar.

Dennoch nehmen diese vielfältigen Netzwerke ähnliche Funktionen wahr. Über eine Funktionsbeschreibung der Netzwerke könnte eine Vergleichbarkeit hergestellt werden. Eine mögliche Funktionsanalyse und -gliederung, ist die Unterscheidung von Informations- und Produktionsnetzwerken (vgl. Tabelle 1; vgl. Reis 2009: 5ff.).

Tab. 1: Informationsnetzwerke und Produktionsnetzwerke

	Informationsnetzwerke	Produktionsnetzwerke
Beispiel	Austausch über Angebotsstrukturen in der Region z.B. auf der Basis regionaler Pflegekonferenzen, Qualitätszirkel etc.	Entwicklung und Anwendung eines Überleitungsbogens vom Krankenhaus in die Häuslichkeit
Arbeitsweise	richtungsoffen	zielgerichtet
Aufgabe	Beschreibung politischer Probleme, Situationsdeutungen, Herausbildung von Problemlösungen und Handlungsoptionen	Initiierung und Koordinierung von Tauschprozessen
Ziel	Kompromissbildung, kollektive Entscheidungsfindung	Herstellung gemeinsamer Dienstleistungsketten (aufeinander abgestimmter Angebote)

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Reis 2009

Informationsnetzwerke dienen als eine Austauschplattform für die Netzwerkpartner. Ihre Arbeitsweise ist richtungsoffen. Schardt et al. (2009) merken an, dass Netzwerkvorhaben, die überwiegend auf einer allgemeinen informativen Basis die Zusammenarbeit örtlicher Dienste und Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens verbessern wollen, eine genauere thematische Zielbestimmung benötigen, um auf Dauer zu tragen. Es sind also gemeinsame Handlungsoptionen zu entwickeln. In Produktionsnetzwerken werden konkrete Leistungen in Kooperation von den Netzwerkpartnern erbracht wie z.B. verbesserte Überleitungsverfahren aus dem Krankenhaus. Ihre Arbeitsweise ist zielgerichtet auf die Herstellung gemeinsamer Dienstleistungsketten. Autonome Organisationen (z.B. Krankenhaus, Pflegedienst, Krankengymnast, Pflegestützpunkt) erbringen aufeinander abgestimmte Dienstleistungen.

Wenn sich Pflegestützpunkte in die Richtung von Produktionsnetzwerken entwickeln sollten, bedarf es einiger Voraussetzungen, die abschließend diskutiert werden:

Gemeinsame Entwicklungsperspektiven und Ziele formulieren

Eine von den Vertretern der Städte und Landkreise genannte zentrale Entwicklungschance, die mit der Implementierung von Pflegestützpunkten verbunden ist, besteht in einer besseren Verzahnung kommunaler Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII mit den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung:

„Das ist eine Chance der Personalentwicklung, das ist eine Chance für die Pflegekassen, auch mal über den SGB V und XI -Rand hinaus zu sehen, dass Pflege eben viel mehr ist als SGB V und SGB XI. Und es ist eine Chance für uns, die Verknüpfung in das Gesundheitssystem zu erreichen. [...]

Also wenn wir die Situation bekommen, dass im Pflegestützpunkt Menschen aus der kommunalen Sozialverwaltung mit Menschen aus den Pflegekassen zusammenkommen, dann steckt da drin ein Potential, das wir heute noch gar nicht einschätzen können.“ (Int. 1 Abs. 278, 233)

Ein gemeinsames Ziel könnte schlicht in einer schnelleren und unkomplizierteren Leistungsgewährung liegen, da das fachliche know how von bislang zumeist getrennt agierenden Institutionen und Personen zusammengeführt wird. In einem kooperativen, fachlichen Austausch können neue Handlungsperspektiven der Fallbegleitung eröffnet werden, von denen die Betroffenen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen profitieren können (vgl. Müller/Hämel 2011). Weitere Ziele könnten neben der bereits genannten verbesserten Krankenhausüberleitung die Stärkung der sozialen Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und abgestimmte Hilfeangebote für Demenzkranke und ihre Angehörigen sein.

Netzwerke entstehen „aus eigener Kraft“ regional unterschiedlich

Man könnte meinen, es handele sich um eine selbstverständliche Feststellung, die auch als zentrale Aufgabe der Pflegestützpunkte im § 92c Abs. 2 Nr. 2-3 SGB XI genannt wird: Aufgabe der Pflegestützpunkte soll es sein, alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen zu koordinieren und die Angebote zu vernetzen. Doch „selbstverständlich“ ist dies allein aufgrund des großen Arbeitsaufwandes, der mit der Initiierung und Entwicklung dieser Netzwerke verbunden ist, sicherlich nicht.

Schardt et al. (2009: 4) stellt fest, dass sich regionale Netzwerke aus der „eigenen Kraft der Beteiligten“ entwickeln, die durch eine „treibende Kraft am Ort“ vorangetrieben werden. Besonders in der Entstehungsphase von Netzwerken benötigt es Pioniere, die z.B. die Kontakte zu umliegenden Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen etc. knüpfen um so die Basis für Vernetzungen zu schaffen. Zudem benötigt der Aufbau von Netzwerken viel Zeit und eine Frustrationstoleranz derjenigen, die die Vernetzung als Pioniere betreiben.

Netzwerke setzen Kooperation auf Augenhöhe voraus

Kooperation auf Augenhöhe kann sowohl die Beziehung der Mitarbeiter selbst im Pflegestützpunkt umfassen aber auch die Kooperation des Pflegestützpunktes mit Netzwerkpartnern. Produktive Vernetzungen können schwerlich per Anordnung entstehen (vgl. Müller/Hämel 2011), sondern setzen eine gegenseitige professionelle Wertschätzung voraus, damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit berufs- und organisationsübergreifend zustande kommt.

Die befragten Vertreter der Kommunen kritisierten, dass man sich nicht als gleichberechtigter Partner von den Vertretern der Pflegekassen wahrgenommen sähe. Verhandlungen würden „nicht auf Augenhöhe“ geführt, mitunter würden die kommunalen Mitarbeiter im Pflegestützpunktvertrag zum „Ausführungsgehilfen“ (Int. 3 Abs. 191) der Kassenmitarbeiter degradiert. Es konnten aber auch konkrete Hinweise auf eine gelingende Zusammenarbeit gefunden werden. Ganz offensichtlich prägen die handelnden Akteure das Klima und die Kooperationsbereitschaft innerhalb des Pflegestützpunktes.

Besonders bedeutsam werden die Aspekte „Kooperationsbereitschaft“ und „Umgang auf gleicher Augenhöhe“, wenn es darum geht, lokale Akteure für ein gemeinsames Vorhaben zu gewinnen. Wenn Kooperationspartner sich in ein Netzwerk einbringen sollen, stellt sich die Frage, worin für sie der Nutzen besteht. Warum lohnt es sich für den Hausarzt oder für das Krankenhaus, sich mit dem Pflegestützpunkt zu vernetzen? Warum soll sich die Selbsthilfegruppe oder der Leistungserbringer mit dem Pflegestützpunkt im Sinne einer Produktionskette verzahnen und was wären deren Vorteile?

„Die Frage ist ja: was haben eigentlich die Dienstleister von dem Pflegestützpunkt? Da würde ich sagen: Sie haben eine riesige Chance, wenn sie sich aktiv in das Netzwerk einbringen, sich auch empfehlen als ein zuverlässiger, qualifizierter Leistungserbringer. Sie erhalten Rückmeldungen über Bedarfe im System.“ (Int. 2 Abs. 369)

Eine Kooperation kann sich ergeben, wenn die Netzwerkpartner für sich einen Nutzen erkennen können und als Partner wahrgenommen werden.

Netzwerke brauchen „Räume des Lernens und der Begleitung“

Eine Begleitung des Auf- und Ausbaus der Pflegestützpunkte und ihrer örtlichen Vernetzung ist nicht nur während der Pionier- und Anlaufphase von Bedeutung. Derzeit fehlt es in Hessen an überregionalen Räumen des Austausches, in denen praxisbezogen die Erfahrungen und der Stand der Umsetzung reflektiert werden können.

Der Versuch, die Leistungserbringer beim Auf- und Ausbau der Pflegestützpunkte auszugrenzen, verbaut die Möglichkeit, wertvolle, gewachsene Strukturen einzubeziehen. Ob es gelingt, diese in einer anderen Form als Netzwerkpartner im Lokalraum wieder zu integrieren, bleibt abzuwarten. Hier wäre es vorstellbar, dass in Hessen das ursprüngliche Gremium, die „Arbeitsgruppe Pflegestützpunkte des Landespflegeausschusses“, unter Einbeziehung sämtlicher Akteure reaktiviert wird und das Land wieder eine moderierende Rolle übernimmt.

Literatur

- BT-Drs. 14/5395 – Bundestagsdrucksache 14/5395: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), 23.02.2001, Berlin
- BT-Drs. 16/7439 – Bundestagsdrucksache 16/7439: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), 07.12.2007, Berlin
- Frommelt, A./Klie, T./Löcherbach, P./Mennemann, H./Monzer, M./Wendt, W. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre
- GKV – Spitzenverbände der Gesetzliche Krankenkassen 2008: Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen zugleich für die Spitzenverbände der Pflegekassen zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) Bundestags-Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007. Stand 16.1.2008
- Gläser, J./Laudel, G. (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- KDA – Kuratorium Deutsche Altershilfe (2010): Implementierung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern. Sachstand vom 10.05.2010. <http://www.werkstatt-pflegestuuetzpunkte.de> [Stand 2010-09-23]
- Kesselheim (2008): Gesetzesreform: Jedem seinen Pflege-Scout. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 02/2008, 31-35
- Klie, T./Krahmer, U. (Hrsg.) (2009): Sozialgesetzbuch XI, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Baden-Baden: Nomos
- Landespflegeausschuss (2008): Empfehlung des Landespflegeausschusses zur Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI vom 03.12.2008. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium
- LT-Drs 15/612 – Hessischer Landtag Drucksache 15/612: Kleine Anfrage der Abgeordneten Schönhut-Keil (Bündnis 90/die Grünen) vom 30.11.1999 betreffend Zukunft der Altenhilfestruktur in Hessen und Antwort der Sozialministerin, 14.02.2000, WiesbadenMarx, M.-L. (2009): Grundsätze und Leitlinien der Seniorenpolitik in Hessen. Vortrag auf der Fachtagung „Altenhilfe und -pflege in der Emilia-Romagna und in Hessen. Stand und Perspektiven. 9.9.2009, Fachhochschule Frankfurt a.M.
- Meuser, M./Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D./Kraimer, K. (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441-471
- Müller, M./Hämel, K. (2011): Von Organisationsstrukturen und ihrer Vernetzung zu einer vernetzten Kultur. In: *Case Management* 01/2011 (im Erscheinen).
- Rahmenvertrag Hessen (2009): Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den Kommunalen Spitzenverbänden vom 1.05.2009
- Reis, C. (2009): Anforderungen an Netzwerke zur Unterstützung Alleinerziehender. Frankfurt a. M.: FH FFM. http://www.lokales-buendnis-fuer-familie.de/pdf/Download_Netzwerke.pdf [Stand 2011-01-16]
- Schardt, T./Weber, J./Schönemann-Gieck (2009): Vom Modellprojekt zur Regeleinrichtung - das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi.. In: *Informationsdienst Altersfragen* 36, Nr. 4, 2-7
- StAnz 2008: Allgemeinverfügung des Hessischen Sozialministeriums zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Hessen vom 8. Dezember 2008, *Staatsanzeiger für das Land Hessen* 52, 3488
- Trilling, A. (2009): Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management. In: *Psychotherapie im Alter* 6, Nr. 1, 21-30
- VdAK/AEV – Verband der Angestellten Krankenkassen e.V./Arbeiter Ersatzkassenverband e.V. (2005). Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 07.07.2005, 12-13
- Ziller, H. (2008): Der lange Weg zum Case Management. Vom „Projekt Altenhilfestrukturgesetz“ zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz. In: *Case Management. Sonderheft „Pflege“*, 18-20

Prof. Dr. Michaela Röber (Ansprechpartner)

Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit
 Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt am Main, roeberm@fb4.fh-frankfurt.de

Dr. Kerstin Hämel

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
 Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, Kerstin.Haemel@uni-bielefeld.de

Frau Hämel war im Rahmen des FuE-Projekts als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fachhochschule Frankfurt a.M. tätig.