

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	8
1 Einleitung.....	9
2 Analytischer Zugriff.....	12
2.1 Theoretische Bezugspunkte	12
2.2 Eigener Analyserahmen.....	20
2.2.1 Grundverständnis und Passfähigkeit des akteurzentrierten Institutionalismus	20
2.2.2 Analyserahmen	22
2.2.3 Typenbildung.....	32
2.3 Aufbau der Studie	37
3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	40
3.1 Untersuchungsdesign	40
3.2 Fallauswahl	40
3.3 Methodisches Vorgehen	41
3.4 Typisierung	44
4 Der institutionelle Kontext.....	46
4.1 Der institutionelle Kontext vor Einführung der Pflegeversicherung.....	46
4.2 Der institutionelle Kontext nach Einführung der Pflegeversicherung	49
5 Fallstudie der Stadt Emden	55
5.1 Einleitung	55
5.2 Allgemeine Aspekte der Pflegelandschaft	55
5.2.1 Altersstruktur 2003 und künftige demografische Entwicklung bis 2020	55
5.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis Ende 2003	57
5.2.3 Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2010	58
5.2.4 Pflegerische Versorgungsstrukturen im Dezember 2003.....	58
5.3 Analyse der Leistungsstrukturen.....	60
5.3.1 Angebotsstrukturen der institutionellen Pflege 2004	61
5.3.2 Die Beratungslandschaft	63
5.3.3 Entwicklung des Pflegemarkts	65
5.3.4 Wettbewerbssituation	67
5.3.5 Anbieterkooperationen und Leistungsketten	73
5.4 Analyse der Regelungsstrukturen.....	78
5.4.1 Steuerungsrelevante Akteure.....	78
5.4.2 Steuerungsrelevante Gremien und Arbeitskreise.....	83
5.4.3 Akteurkonstellation und Interaktionsform – Typisierung.....	87

6 Fallstudie der Stadt Delmenhorst	89
6.1 Einleitung	89
6.2 Allgemeine Aspekte der Pflegelandschaft	89
6.2.1 Altersstruktur 2003 und künftige demographische Entwicklung bis 2020	89
6.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis Ende 2003	91
6.2.3 Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2010	92
6.2.4 Pflegerische Versorgungsstrukturen im Dezember 2003	92
6.3 Analyse der Leistungsstrukturen.....	94
6.3.1 Angebotsstrukturen der institutionellen Pflege 2004	95
6.3.2 Die Beratungslandschaft	97
6.3.3 Entwicklung des Pflegemarkts	98
6.3.4 Wettbewerbssituation	101
6.3.5 Kooperationen und Leistungsketten.....	105
6.4 Analyse der Regelungsstrukturen.....	110
6.4.1 Steuerungsrelevante Akteure.....	110
6.4.2 Steuerungsrelevante Gremien und Arbeitskreise.....	116
6.4.3 Akteurkonstellation und Interaktionsform – Typisierung.....	121
7 Fallstudie Wilhelmshaven.....	124
7.1 Einleitung	124
7.2 Allgemeine Aspekte der Pflegelandschaft	124
7.2.1 Altersstruktur 2003 und künftige demografische Entwicklung bis 2020	124
7.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis Ende 2003	126
7.2.3 Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2010	127
7.2.4 Pflegerische Versorgungsstrukturen im Dezember 2003.....	127
7.3 Analyse der Leistungsstrukturen.....	130
7.3.1 Angebotsstrukturen der institutionellen Pflege 2004	130
7.3.2 Die Beratungslandschaft	132
7.3.3 Entwicklung des Pflegemarkts	135
7.3.4 Wettbewerbssituation	136
7.3.5 Kooperation und Leistungsketten.....	149
7.4 Analyse der Regelungsstrukturen.....	156
7.4.1 Steuerungsrelevante Akteure.....	156
7.4.2 Steuerungsrelevante Gremien und Arbeitskreise.....	161
7.4.3 Akteurkonstellation und Interaktionsform - Typisierung	165
8 Fallstudie Göttingen.....	167
8.1 Einleitung	167
8.2 Allgemeine Aspekte der Pflegelandschaft	167

8.2.1 Altersstruktur 2003 und künftige demografische Entwicklung bis 2020	167
8.2.2 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis Ende 2003	169
8.2.3 Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis 2010	169
8.2.4 Pflegerische Versorgungsstrukturen im Dezember 2003	170
8.3 Analyse der Leistungsstrukturen.....	173
8.3.1 Angebotsstrukturen der institutionellen Pflege 2004	173
8.3.2 Die Beratungslandschaft	175
8.3.3 Entwicklung des Pflegemarkts	176
8.3.4 Wettbewerbssituation	178
8.3.5 Kooperation und Leistungsketten.....	186
8.4 Analyse der Regelungsstrukturen.....	192
8.4.1 Steuerungsrelevante Akteure.....	192
8.4.2 Steuerungsrelevante Gremien und Arbeitskreise.....	197
8.4.3 Akteurstruktur und Interaktionsform – Typisierung.....	202
9 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	204
9.1 Leistungsstrukturen.....	204
9.2 Regelungsstrukturen.....	207
10 Literatur	214
11 Verzeichnis der Abkürzungen.....	220
Anhang	221
1. Städtesample	221
2. Interviewdaten.....	222
3. demographische Daten.....	222
4. Daten zur pflegerischen Versorgung	228

1 Einleitung

Die Organisation des Pflegesystems ist mit der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre weit reichenden Veränderungen unterworfen worden, über deren sozialpolitische und gesellschaftliche Konsequenzen weitgehend Uneinigkeit herrscht. Unsicherheiten über die genauere Einschätzung der tektonischen Verschiebungen wie sie etwa in dem Perspektivwechsel „von der Bedarfsdeckung zur Kostendämpfung“ (Döhler 1991: 472) zum Ausdruck kommen, manifestieren sich beispielsweise darin, dass einige Autoren die Pflegeversicherung als einen Kronzeugen für den Pfadwechsel des Modells Deutschland betrachten (vgl. Landenberger 1994; Lessenich 2000, 2001), während andere gerade die Pfadabhängigkeit dieser sozialpolitischen Neuerungen betonen (vgl. Götting u. a. 1994; Haug/Rothgang 1994; Roth 2000a; Jochem 2001).

Wie auch immer man sich auf der allgemeineren gesellschaftstheoretischen Diskussions-Ebene verortet: Fest steht, dass die Pflegeversicherung auch Jahre nach ihrer Einführung ein umstrittenes und sich im Wandel befindendes Projekt bleibt (Klie 1999). Laufende Veränderungen sind vor allem deswegen zu beobachten, weil u. a. folgende Strukturveränderungen und Prozessmodifikationen fortwirken oder deren Auswirkungen noch immer nicht vollständig absehbar sind:

- die mit dem – durch das Pflege-Versicherungsgesetz eingeführten – neuen Abrechnungssysteme und damit verbundene Ökonomisierung der Pflegeleistungen,
- die Neufestlegung der Gestaltungs- und Steuerungskompetenzen von Bund, Land und Kommunen,
- die nachhaltige Veränderung der regionalen Akteurstrukturen durch die Einführung von Wettbewerb und das Hinzutreten zahlreicher neuer privater Anbieter, sowie eines neuen und mächtigen Akteurs in Gestalt der Pflegekassen.

Erschwerend kommt hinzu, dass das Pflegeversicherungsgesetz sich in mancher Hinsicht als „Irrgarten an Regelungen“ präsentiert und einer ehrgeizigen Konzeption folgt, die neben Rationalisierungselementen die Rationierung von Gesundheitsdienstleistungen fordert. Darüber hinaus wird ein Leitbild formuliert, das die möglichst lange Aufrechterhaltung einer eigenständigen Lebensführung für Pflegebedürftige anstrebt.

Zur Bewältigung dieser avancierten Zielsetzungen setzt der Gesetzgeber nicht allein auf Marktmechanismen, sondern auch auf die Ausgestaltung einer breit angelegten örtlichen Akteurstruktur, die von einer Vielzahl von an der pflegerischen Versorgung beteiligten öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Institutionen verkörpert werden soll. Dieses Ziel schlägt sich im Gesetz darin nieder, dass kein allein zuständiger Akteur für die zu leistenden Aufgaben benannt wird. Stattdessen soll die pflegerische Versorgung in gemeinsamer Verantwortung so unterschiedlicher Akteure wie Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Medizinischer Dienste und nicht zuletzt auch informeller Unterstützungsnetzwerke sichergestellt werden. Diese „Gesamtverantwortung zeigt gerade, dass der Gesetzgeber ausschließliche Kompetenzen für den einen oder anderen Akteur nicht gewollt hat. Positiv formuliert könnte man sagen, dass der Gesetzgeber komplexe Politikgestaltungssituationen nicht im Sinne von Ja/ Nein- Zuständigkeiten, sondern im Sinne von Kooperation gelöst wissen will“ (Igl 1998:22; vgl. § 8 SGB XI).

Neben der Betonung von Kooperationsstrukturen besteht eine entscheidende Neuerung durch das PflegeVG in der Implementation von Wettbewerb zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen. Dies betrifft insbesondere den Bereich der ambulanten Versorgung und die

dort tätigen Dienstleister. Der neu eingeführte Wettbewerb ist allerdings einer vielfältigen Regulierung unterworfen, so dass im Ergebnis ein ‚Quasi-Markt‘ (vgl. Schmidt 2000) festzustellen ist. Das Ziel besteht u. a. darin, die Transparenz zu erhöhen und den Versicherten mehr Auswahlmöglichkeiten unter den Diensten zu verschaffen, gleichzeitig erhofft man sich erhebliche Kostensenkungseffekte.

Es ist weitgehend unklar, ob und wie sich in der Praxis der Pflegeversicherung diese beiden Momente – Kooperation und Wettbewerb – verwirklichen und miteinander vereinbaren lassen. Aus anderen Bereichen der Sozialversicherung ist bekannt, dass die Einführung von Wettbewerbselementen in etablierte Strukturen mitunter mehr neue Probleme schuf als alte Schwierigkeiten lösen half (z.B. die Einführung von Wettbewerb unter den Krankenkassen mit dem Folgeproblem des Risikostrukturausgleichs). Es ist davon auszugehen, dass auch im Bereich der Pflegeversicherung Kooperation und Wettbewerb in einem Spannungsverhältnis stehen: Während die Anbieter auf der einen Seite in ein mitunter Existenz bedrohendes Konkurrenzverhältnis gestellt werden, sollen sie auf der anderen Seite mit den Konkurrenten kooperieren, um das Feld entsprechend den Interessen der Pflegeversicherten zu organisieren. Die Formulierung eines doppelten Anspruchs an die Akteure, zu konkurrieren und zugleich gemeinsam Verantwortung zu tragen, läuft nicht nur auf Seiten des Gesetzgebers auf den Ansatz hinaus, dass evtl. Schwierigkeiten mit dem auch aus anderen Bereichen bekannten „best practice“- Ansatz der Mischung von Kooperation und Wettbewerb in Form von netzwerkartigen Konfigurationen gelöst werden (vgl. Dahme 2000).

Allein schon die neue Konstellation um Kooperation und Wettbewerb bringt hohe Anforderungen für die involvierten Akteure mit sich. Diese Anforderungen haben sich außerdem noch dadurch verkompliziert, dass neue Akteure etabliert und Kompetenzen verlagert wurden. Während vor der Einführung der Pflegeversicherung die Pflegeleistungen durch die örtlichen oder überörtlichen Sozialhilfeträger organisiert wurden und primär in kommunaler Verantwortung lagen, kommen nun mit den Pflegekassen und neuen privaten Diensten, den Pflegekonferenzen, Pflegeausschüssen und dem Medizinischen Dienst weitere Akteure und Foren auf unterschiedlichen Ebenen mit unterschiedlichen Aufgaben hinzu. Zusätzlich büßten die bisherigen Akteure, allen voran die Kommunen, einen Teil ihrer früheren Kompetenzen und Gestaltungspotenziale ein. Insgesamt nehmen der Koordinationsbedarf und der Bedarf an Schnittstellenmanagement zwischen den Akteuren zu.

Während die Akteurstrukturen also einerseits komplexer wurden, eröffnete sich andererseits aufgrund der fehlenden normativen Ja/ Nein- Zuständigkeiten ein bedeutender Handlungs-, Planungs- und Entscheidungsspielraum auf der Ebene der konkreten Umsetzung von generellen Anforderungen in pflegerische Maßnahmen.

In diesem Kontext kommt der lokalen Ebene eine besondere Bedeutung zu. Erstens eröffnet sich der genannte Spielraum vor allem für die Akteure vor Ort. Zweitens schreibt das PflegeVG eine „regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte“ (vgl. § 8 II SGB XI) Versorgung ausdrücklich vor. Und drittens sind die für die Verwirklichung der ehrgeizigen Ziele notwendigen innovativen Akteurstrukturen aufgrund des primär lokalen Aktionsradius der involvierten Akteure nur kleinräumig zu realisieren. Insofern „ist die Bedeutung des kommunalen Raumes als adäquater Problembewältigungsebene für die Weiterentwicklung der Pflege durchaus auch in Zukunft konstitutiv“ (Schmidt 2000:223; vgl. auch Oldemeier 2001).

Unter der Prämisse des Verzichts auf exakte Zuweisung der einzelnen Zuständigkeiten der Akteure wird von ihnen ein eigenverantwortliches *Bemühen um Kooperationen auf der Grundlage eines (regulierten) Wettbewerbs* gefordert.

Die Offenheit dieser ‚Generalklausel‘ bedeutet eine große Herausforderung für die Handlungsweise der einzelnen Akteure und die Ausgestaltung der einzelnen Akteure und der Organisationen- übergreifenden gesamten Akteurstruktur.

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, wie sich die Akteurstrukturen im Feld der ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen auf der Ebene der Leistungserbringung, aber auch auf der Ebene der Gestaltung von Versorgungsstrukturen reorganisiert haben, und ob sie nach den vom Gesetzgeber geforderten Prinzipien ‚Kooperation‘ und ‚Wettbewerb‘ organisiert sind. Spezieller fragen wir danach, welche Detailformen das Spannungsverhältnis zwischen Kooperation und Wettbewerb annehmen, und ob sich auf der Regelungsebene bestimmte Typen von Akteurkonstellationen identifizieren lassen.

Im Zentrum der Analyse stehen einerseits die Anbieter von Pflegedienstleistungen im ambulanten und stationären Bereich. Dabei gilt den ambulanten Diensten eine höhere Aufmerksamkeit, da ihnen aufgrund einer allgemein zunehmenden ‚Ambulantisierung der gesundheitlichen Versorgung‘ sowie ‚Tendenzen zur Ambulantisierung von Pflegeheimen‘ eine gesteigerte Bedeutung zukommt. Darüber hinaus werden die für die Dienste und Heime relevanten Akteure auf primär horizontaler, aber auch vertikaler Ebene mit in die Analyse einbezogen. In erster Linie sind dies Pflegekassen, Kommunen, Verbände, der Medizinische Dienst, Krankenkassen und Ärzte. Die letztgenannten Akteure stehen dann stärker im Mittelpunkt, wenn es daran anschließend um Klärung von Fragen nach der Entwicklung lokaler Regulierungsformen im Pflegesektor geht.

Das Ziel der Untersuchung liegt darin, im Rahmen von Einzelfallanalysen die vorgefundenen Akteurstrukturen einerseits auf der Ebene der Leistungserbringung nach Art und Umfang möglichst umfassend zu beschreiben, und andererseits die steuerungsrelevanten örtlichen Akteure und Gremien zu identifizieren und deren Beiträge zur Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstrukturen einzuschätzen. Für eine tiefer gehende Analyse der Regulierungsstrukturen sollen die örtlichen institutionellen Arrangements unter Nutzung einschlägiger Theorieangebote zu verallgemeinerbaren Typen verdichtet werden. Dieses Vorgehen soll erste generalisierende Aussagen über Erfolgsbedingungen, aber auch Handlungsblockaden regionaler Beziehungsgeflechte im Pflegesektor ermöglichen.