

Susanne Kümpers

**Nationale und lokale Pfadabhängigkeit:
Die Steuerung integrierter Versorgung**
Institutionenorientierte Studien
in England und den Niederlanden am Beispiel
der Versorgung von Menschen mit Demenz

September 2007
Bestell-Nr. SP I 2007-305
ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Integrierte Versorgung ist in der Gesundheitspolitik der westlichen Länder in den letzten 15 Jahren zu einem zentralen Konzept geworden. Es beschreibt eine kohärente, interprofessionell wie interorganisationell koordinierte sowie patientenorientierte Versorgung mit medizinischen, pflegerischen und sozialen Dienstleistungen. Integrierte Versorgung kann als Antwort auf die veränderten Versorgungsbedarfe von Patienten – einer zunehmenden Zahl von Menschen mit multiplen Versorgungsbedarfen, insbesondere alte Menschen und solche mit chronischen Krankheiten und Behinderungen – und auf die zunehmende Differenzierung und Fragmentierung der Gesundheits- und Sozialversorgungssysteme verstanden werden.

Für die hier beschriebene Studie bildet Demenzversorgung das exemplarische Untersuchungsfeld. Die Studie zielte darauf ab, nationale und lokale Steuerungsprozesse mit Bezug auf integrierte Versorgung in England und den Niederlanden vergleichend zu untersuchen und den Kontext von Demenzversorgung in diesen Ländern zu erforschen. Damit wird zugleich ein Beitrag zu einem analytischen und empirischen konzeptuellen Rahmen geleistet, der die Untersuchung der gezielten Steuerung integrierter Versorgung in Kommunen und Ländern anleiten kann.

Die Studie ist als transnationale vergleichende Fallstudie in einem ‚Mehrebenen- und Mehrfach-Fallstudien-Design‘ aufgebaut. Sie basiert auf neo-institutionalistischer Theorie und qualitativer Methodologie. Zwei nationale Fallstudien betrafen jeweils beide Länder, die lokale Fallstudie vier Städte bzw. Stadtteile. In der ersten Fallstudie wurden die auf integrierte Versorgung abzielenden nationalen Steuerungsprozesse im Allgemeinen analysiert, die zweite behandelte Standards und Praxis integrierter Demenzversorgung; in der dritten Fallstudie wurden konkrete lokale Steuerungsprozesse für integrierte Demenzversorgung untersucht.

Abschließend wird auf der Basis der Ergebnisse der Teilstudien ein empirisch-analytischer Rahmen als Instrument für die Erforschung von Steuerungsmechanismen und -prozessen präsentiert. Als zentrale Schlussfolgerung der Studie kann gelten, dass es für die erfolgreiche Steuerung der Initiierung oder Intensivierung integrierter Versorgung und für deren Unterstützung aus wissenschaftlicher Perspektive unerlässlich ist, die Unterschiedlichkeit spezifischer nationaler oder lokaler Steuerungssituationen und die historisch entwickelten institutionellen Konfigurationen, in denen diese eingebettet sind, zu berücksichtigen.

Abstract

Integrated care has become a key concept in health policies over the last 15 years in Western countries, defined as a coherent and patient-oriented set of health and social care services, co-ordinated across professional and organisational boundaries. Integrated care is seen as a response to changing needs of service users – increasing numbers of people with multiple needs such as older people and those with chronic illnesses and handicaps – and to the increasing differentiation and fragmentation of health and social care systems. Dementia care was chosen as the target area.

This study aimed at exploring steering processes with respect to integrated care in England and The Netherlands at national and local level, and their variations; investigating the context of dementia care; and finally contributing to a framework which can be used to investigate steering situations for integrated care in other communities and countries.

The study was designed as a cross-national, comparative, multiple embedded case study, comprising national and local cases. It is based essentially on a neo-institutional conceptual framework and uses a qualitative methodology.

This study consisted of a series of three case studies, two at national level and one at local level, building on each other. The national case studies encompass the two national cases; the local case study dealt with four local cases, two in each country. The first investigated national steering processes for integrated care in general, the second focused on standards and practice of integrated dementia care in both countries, and the third studied local steering processes with respect to integrated dementia care.

Based on the detailed results, an empirical and analytical framework is developed as an instrument for investigating steering mechanisms and processes. A central lesson, distilled from the study as a whole, is that in order to initiate or facilitate successful steering processes for integrated care – or help do so from a research perspective – it is necessary to understand the variety of specific national and local steering situations and the historically evolved configurations in which they are embedded.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkung.....	9
2	Hintergrund.....	9
	2.1 Gesellschaftliche Hintergründe für integrierte Versorgung.....	10
	2.2 Warum der Fokus auf ‚Steuerung‘?.....	11
	2.3 Ziele und Reichweite der Untersuchung.....	11
	2.3.1 Die Steuerung integrierter Versorgung– eine erste Problemdefinition	11
	2.3.2 Demenzversorgung im Fokus	12
	2.3.3 Eine transnationale und vergleichende Perspektive: England und die Niederlande als nationale Fälle	12
	2.4 Forschungsziele	13
	2.5 Aufbau	13
3	Theoretische Hintergründe	14
	3.1 Neo-institutionelle Konzepte	14
	3.2 Zur Definition von Institutionen	15
	3.3 Die Aufschlüsselung der Kontexte: institutionelle Konfigurationen.....	15
	3.4 Die Rolle der Akteure	16
	3.5 Institutionen zwischen Dauerhaftigkeit und Veränderung	17
	3.6 Konfigurationen im Prozess: Steuerung	18
	3.7 Hierarchien, Märkte, Netzwerke.....	19
	3.8 Untersuchungsfragen	20
4	Aufbau und Methode der Gesamtstudie	20
5	Unterschiedliche Steuerungspfade für integrierte Versorgung auf nationaler Ebene im Zusammenhang mit Unterschieden der Systemstrukturen und der Governance- Kulturen.....	21
	5.1 Die Länderstudien	21
	5.1.1 England.....	21
	5.1.2 Die Niederlande	26
	5.2 England und die Niederlande im Vergleich.....	31
	5.3 Diskussion und Schlussfolgerungen	33
6	Integrierte Demenzversorgung in England und den Niederlanden	34
	6.1 Demenzversorgung im Wandel.....	35
	6.2 Demenzversorgung in England und den Niederlanden: State of the art (Empfohlene Standards)	36
	6.3 Ähnliche Unterschiede zwischen empfohlener und realisierter Demenzversorgung in England und den Niederlanden	37

6.3.1	Primärversorgung.....	38
6.3.2	Krankenhausversorgung	39
6.3.3	Pflege	40
6.3.4	Spezialistische psychiatrische Versorgung	41
6.3.5	Die Integration der Versorgung	41
6.3.6	Kompetenz für Demenz	42
6.4	Unterschiede in den Versorgungspfaden zwischen England und den Niederlanden	42
6.4.1	Ambulante Versorgung	44
6.4.2	Stationäre Versorgung	45
6.5	Diskussion.....	47
7	Steuerung integrierter Demenzversorgung auf lokaler Ebene – Vier Fallstudien.....	49
7.1	Einführung	49
7.2	Zur Methode.....	50
7.3	National-lokale Interaktionen und lokale Kooperation in der Demenzversorgung: die englischen Fälle	51
7.3.1	Erste Fallstudie in England: York.....	52
7.3.2	Zweite Fallstudie in England: Leeds West	54
7.3.3	Die englischen Fälle: Vergleichende Analyse	57
7.4	National-lokale Interaktionen und lokale Kooperation in der Demenzversorgung: die niederländischen Fälle	58
7.4.1	Erste Fallstudie in den Niederlanden: Maastricht	59
7.4.2	Zweite Fallstudie in den Niederlanden: Amsterdam Nieuw West.....	62
7.4.3	Die niederländischen Fälle: Vergleichende Analyse	64
7.5	Transnationale Analyse und Diskussion	65
7.5.1	Interaktionsprozesse zwischen nationaler und lokaler Steuerung.....	66
7.5.2	Lokale Versorgungsentwicklung und -durchführung	67
7.6	Was zu lernen wäre – Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	68
8	Diskussion und Abschluss	69
8.1	Methodologische Reflektion	69
8.1.1	Die Abwesenheit eines Untersuchungsteams	69
8.1.2	Konsequenzen aus der kleinen Fallzahl.....	70
8.2	Überblick und Ausblick: Analysemodelle	71
8.2.1	Die Untersuchung der nationalen Politikebene für die Steuerung integrierter Versorgung.....	71
8.2.2	Integrierte Demenzversorgung – Empfehlungen und Umsetzung.....	74
8.2.3	Die Untersuchung der lokalen Politikebene für die Steuerung integrierter Demenzversorgung	76
8.3	‘Further research needed ...’	79
9	Literatur	81
10	Appendix 1: Gesundheitssysteme in England und den Niederlanden.	

	Aktueller Kontext für integrierte Demenzversorgung.....	88
11	Appendix 2: Demenzversorgung in England. Bestandsaufnahme empfohlener Standards und berichteter allgemeiner Praxis	90
12	Appendix 3: Demenzversorgung in den Niederlanden. Bestandsaufnahme empfohlener Standards und berichteter allgemeiner Praxis	95
13	Verwendete Abkürzungen	99

1 Vorbemerkung

Dieses Discussion Paper beruht auf Teilen der Dissertation der Verfasserin, die zwischen 1999 und 2005 in einem Promotionsprojekt in der Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg (Institut für Politik, Ökonomie und Organisation der Versorgung) an der gesundheitswissenschaftlichen Fakultät der Universität Maastricht in Kooperation mit dem Nuffield Institute for Health der Universität Leeds entstand.

Wie an der Universität Maastricht üblich, wurden im Verlauf der Promotion die wichtigsten Schritte in internationalen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht. In dieser Schrift wird an den entsprechenden Stellen auf die publizierten Artikel verwiesen.

2 Hintergrund

Integrierte Versorgung – Definitionen, Konzepte und Hintergründe

Integrierte Versorgung ist in den letzten 15 Jahren zu einem zentralen Thema in der Gesundheitspolitik der meisten OECD-Länder geworden. Integrierte Versorgung beschreibt konzeptionell eine Versorgung, in der die Einzelakteure in koordinierter Weise agieren (vgl. Leichsenring 2004), um gesundheitsbezogene Dienstleistungen zu umfassenden Versorgungspfaden zusammenzufügen. Wesentliche Unterschiede in den Definitionen integrierter Versorgung betreffen die Reichweite des Konzepts, d.h. ob es auf medizinische Versorgung beschränkt wird oder pflegerische und soziale Versorgung mit einbezieht. Dies wird insbesondere in zwei größeren Europäischen Forschungsprojekten zu Konzepten und Herangehensweisen zu integrierter Versorgung vertreten (Leichsenring & Alaszewski, 2004; van Raak et al., 2003), und auch in der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegt – entsprechend dem in den untersuchten Ländern vorherrschenden Verständnis.

„Integrierte Versorgung verweist auf ein kohärentes und koordiniertes Ganzes aus Dienstleistungen, die durch verschiedene Organisationen, kooperierende Professionen und involvierte Laien gemeinsam geplant, gemanagt und für individuelle Leistungsempfänger erbracht werden. Es umfasst das ganze Spektrum von Gesundheitsdienstleistungen (medizinische Versorgung, Pflege und gesundheitsbezogene Sozialarbeit)¹. ... Die Essenz integrierter Versorgung liegt darin, dass Einzelpersonen die Versorgung erhalten, derer sie bedürfen, wann und wo sie ihrer bedürfen.“^{2, 3}(van Raak et al., 2003, S.11)

Integrierte Versorgung kann von verschiedenen Ausgangspunkten her begriffen und erarbeitet werden, die allerdings miteinander verbunden sind und sich teilweise überschneiden:

- aus der Patientenperspektive ist sie ein Versorgungskonzept und beinhaltet nahtlose Versorgung;

1 „Social care‘ im Englischen entspricht Pflege und häuslicher Versorgung im deutschen Kontext.

2 “Integrated care refers to a coherent and co-ordinated set of services which are planned, managed and delivered to individual service users across a range of organisations and by a range of co-operating professionals and informal carers. It covers the full spectrum of health and healthcare-related social care. ... The essence of integrated care is that individuals receive the care services they are in need of, when and where they need them.”

3 Übersetzungen von Zitaten aus Büchern wie aus Interviews: alle Susanne Kümpers

- aus einer Organisations- und Managementperspektive bedeutet sie intra- und interorganisationelle Koordination, und umfasst Arrangements wie Case Management und multidisziplinäre Teams;
- als ein logistisches Konzept beschreibt sie Versorgungspfade, also vorgesehene Wege, von Patienten durch das System und die Verbindungen zwischen den einzelnen Stationen;
- als politisches Konzept verweist sie auf entsprechende Gesetzgebung, Regulationsysteme und politische Programme;
- aus ökonomischer Perspektive betont sie Effizienz, d.h. die Vermeidung von Lücken und Überschneidungen in der Versorgung und damit von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Die erste, die humanitäre oder Patientenperspektive, und die letzte, die ökonomische Perspektive, beschreiben substanzielle Ziele, während die anderen – instrumentellen oder intermediären – Perspektiven beschreiben, wie diese zu erreichen sind. Die humanitäre und die ökonomische Perspektive stehen nicht prinzipiell im Widerspruch zueinander, sind aber auch nicht automatisch synergetisch. Die Fragen der Steuerung, die in diesem Paper konkret behandelt werden, beziehen sich im Wesentlichen auf die instrumentellen Perspektiven; die substantiellen Ziele bilden einen wesentlichen Hintergrund.

2.1 Gesellschaftliche Hintergründe für integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung kann als Antwort auf Veränderungen von Versorgungsbedarfen großer Patientengruppen begriffen werden, und auf ein sich entwickelndes Verständnis derjenigen Ineffizienzen, die mit der zunehmenden Fragmentierung in Gesundheits- und Sozialversorgungssystemen zusammenhängen.

Besonders relevante Zielgruppen integrierter Versorgung sind alte Menschen und solche mit Behinderungen und chronischen Krankheiten, darunter auch Demenz. Diese Gruppen weisen vielfache und unterschiedliche Versorgungsbedarfe auf, die lange andauern und sich immer wieder verändern, und benötigen deshalb flexible und koordinierte Dienstleistungen. Miteinander zusammenhängende sozioökonomische, medizinische, epidemiologische, demographische und soziokulturelle Entwicklungen haben in den letzten Jahrzehnten in den Industriestaaten dazu beigetragen, dass diese Gruppen für einen zunehmenden Anteil der Nachfrage in den Versorgungssystemen stehen. Vergrößerter Wohlstand und entsprechende Lebensbedingungen ebenso wie medizinische Fortschritte haben zur erfolgreichen Prävention, Behandlung und sogar Ausrottung etlicher Infektionskrankheiten geführt und zu einer veränderten epidemiologischen Situation mit höherer Lebenserwartung und einem Anstieg der chronisch degenerativen Erkrankungen beigetragen.

Demographische Entwicklungen haben zu alternden Gesellschaften geführt und werden diesen Trend zumindest in den kommenden Jahrzehnten verstärken. Gleichzeitig haben soziokulturelle Veränderungen zu neuen Orientierungen geführt: Von medizinischer Versorgung und Pflege wird nicht mehr nur die Behandlung von Krankheiten erwartet, sondern auch, zur Autonomie von Patienten und zu deren Lebensqualität beizutragen. Hiermit im Zusammenhang steht die verbreitete Präferenz für die Versorgung in der eigenen Wohnung, um die negativen Konsequenzen von institutioneller Versorgung und Hospitalisierung zu vermeiden. Gleichzeitig arbeiten die Akteure der medizinischen und pflegerischen Versorgung unter wachsendem Druck, der einerseits durch steigende Gesundheitskosten und andererseits durch die Auswirkungen der Globalisierung auf die Sozialsysteme entsteht. Die Priorität für ambulante anstelle von stationärer Versorgung wird insofern auch ökonomisch verstärkt.

In dieser Gesamtsituation richtet sich beachtliche politische Aufmerksamkeit auf Systemineffizienzen wie Über-, Unter- und Fehlversorgung.

2.2 Warum der Fokus auf ‚Steuerung‘?

Medizinische und pflegerische Versorgungssysteme werden als zunehmend fragmentierte Systeme beschrieben, die sich aus strukturell getrennten und kulturell verschiedenen Organisationen und Professionen zusammensetzen. Diese haben sich in Wechselwirkung mit der fortschreitenden Spezialisierung und Differenzierung entwickelt, die sich in verschiedenen Regulierungssystemen, aber auch in verschiedenen organisationellen und kulturellen Werten niederschlagen. Für eine umfassend integrierte Versorgung müssen daher diese Systeme umgesteuert oder sogar neu organisiert werden.

Mit dieser Problematik haben Gesundheitssysteme die typischen Koordinationsprobleme komplexer Gesellschaften:

„Jede organisierte menschliche Aktivität – von der Herstellung von Gefäßen bis zum Befördern von Menschen auf den Mond – stellt zwei fundamental unterschiedliche Anforderungen: die Arbeitsteilung in verschiedene Einzelaktivitäten, und die Koordinierung dieser Aktivitäten, um die Gesamtaufgabe zu erfüllen.“⁴ (Mintzberg, 1983, S.2)

Die Differenzierung in immer mehr Subsysteme hat beachtliche Probleme für die gesellschaftliche und politische Steuerung in postmodernen Gesellschaften geschaffen (Rhodes, 1997; Willke, 1998). Dies trifft insbesondere für Komplexaufgaben zu – wie die der integrierten Versorgung –, die solche Probleme betreffen, für die die Lösungen nicht auf ein Subsystem, einen Akteur oder einen Bereich beschränkt werden können, sondern die eine Kapazität für Re-Integration über Systemgrenzen hinweg benötigen und daher Netzwerklösungen erfordern. In diesem Sinne ist die Herausforderung durch integrierte Versorgung nicht einzigartig, sondern exemplarisch für komplexe Gesellschaften. Die häufig zitierte Fragmentierung kann deshalb als inhärent für diese Gesellschaften betrachtet werden; sie kann nicht prinzipiell aufgelöst, muss aber bearbeitet werden.

2.3 Ziele und Reichweite der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde wesentlich durch ihren Fokus auf die Steuerung integrierter Versorgung, die Auswahl der Demenzversorgung als exemplarischem Untersuchungsfeld und den Ansatz des Ländervergleichs auf nationaler wie lokaler Ebene bestimmt. Diese Vorentscheidungen werden im Folgenden begründet.

2.3.1 Die Steuerung integrierter Versorgung – eine erste Problemdefinition

Die Steuerung integrierter Versorgung setzt auf verschiedenen Ebenen an (Delnoij & Klazinga, 2002). Auf nationaler, manchmal auch auf regionaler Ebene schaffen die Gesundheitssysteme und

4 “Every organized human activity – from the making of pots to the placing of a man on the moon – gives rise to two fundamental and opposing requirements: the division of labour into various tasks to be performed, and the coordination of these tasks to accomplish the activity.”

die entsprechenden politischen Prozesse – Gesetzgebung und politische Programme – die Bedingungen für lokale Strategien der Versorgungsintegration. Dabei darf auch nicht übersehen werden, dass Gesundheitssysteme Teil nationaler politischer Systeme und in zunehmenden Masse in supranationale Institutionen eingebettet sind.

Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgung allerdings finden in jedem Fall auf lokaler Ebene statt. Sie umfassen daher zum einen Governance- und Managementaktivitäten, um die Entwicklung, Planung und vertragliche Gestaltung von integrierter Versorgung zu steuern. Die tägliche Umsetzung integrierter Versorgung wiederum erfordert operationelles Management sowie interprofessionelle Kooperation. Die Steuerung integrierter Versorgung – Steuerung allgemein definiert als solche Aktivitäten, die im Hinblick auf Gegenstände öffentlichen Interesses Regeln aufrechterhalten oder verändern – umfasst also ein Kontinuum ineinandergreifender Governance-, Management- und professioneller Aktivitäten.

Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, Einsicht in Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung und deren Ergebnisse auf allen diesen Ebenen zu gewinnen, und damit die Erkenntnisgrundlage für gezielte Steuerungsstrategien zu verbessern.

2.3.2 Demenzversorgung im Fokus

Wer tatsächlich stattfindende Steuerungsprozesse für die Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgung untersuchen möchte, ist mit vielfältigen Versorgungspfaden für verschiedene Patientengruppen mit Langzeitversorgungsbedarfen konfrontiert, die alle integrierte Versorgung benötigen. Eine Möglichkeit, eine solche Untersuchung handhabbar zu machen, besteht darin, ein beispielhaftes Versorgungsfeld zu definieren und die Untersuchung darauf zu beschränken. Für die Untersuchung auf lokaler Ebene – die Untersuchung der Implementierung integrierter Versorgung – wurde aus den im Folgenden dargelegten Gründen Demenzversorgung ausgewählt.

Menschen mit Demenz bilden eine besonders vulnerable Gruppe mit komplexen und schwierigen Versorgungsbedürfnissen, die integrierte Versorgung und Unterstützung von unterschiedlichen Organisationen und Professionen für sich und ihre Angehörigen benötigen. Aufgrund der demographischen Entwicklung und aufgrund der Tatsache, dass sich die Prävalenz mit zunehmendem Alter stark erhöht, steigt zudem die Prävalenz von Demenz sowohl absolut wie relativ zur Gesamtbevölkerung. Sowohl in England wie in den Niederlanden wird mit einer Verdoppelung bis Verdreifachung der Fälle bis 2050 gerechnet (Alzheimer's Society, 2000; Gezondheidsraad, 2002). Das unterstreicht die Dringlichkeit, effektive und effiziente Versorgungspfade zu schaffen. Zudem ist die Demenzversorgung in den letzten 15 Jahren in Fachkreisen intensiv debattiert und sind Vorstellungen über gute Praxis neu definiert worden. Der Anspruch, integrierte Demenzversorgung zu etablieren, ist dadurch zusätzlich mit der Herausforderung verknüpft, neue Erkenntnisse und Ansätze in Versorgungsplanung und -durchführung einzubringen.

In der vorliegenden Studie wurde versucht, die Leitbilder der Fachcommunities hinsichtlich integrierter Demenzversorgung in England und den Niederlanden zu identifizieren, den gegenwärtigen Stand des Erreichten bzw. noch nicht Erreichten zu bilanzieren und dessen Hintergründe zu erklären, insbesondere die Wirkungsweise der entsprechenden Steuerungsprozesse.

2.3.3 Eine transnationale und vergleichende Perspektive: England und die Niederlande als nationale Fälle

Integrierte Versorgung steht in vielen westlichen Ländern im Fokus der Gesundheitspolitik, weil diese sich mit vergleichbaren Herausforderungen hinsichtlich demographischer, epidemiologischer und soziokultureller Entwicklungen konfrontiert sehen. Auf diese Herausforderungen wird aber in den Ländern, Regionen und Gemeinden unterschiedlich reagiert (Leichsenring & Alaszewski, 2004; van Raak et al., 2003).

Mit der transnationalen und vergleichenden Perspektive wurde beabsichtigt, Erkenntnisse jenseits rein nationaler Perspektiven zu gewinnen, indem Ähnlichkeiten und Unterschiede identifiziert wurden und nach möglichen Erklärungen für diese gesucht wurde.

England und die Niederlande haben integrierte Versorgung seit mehr als einem Jahrzehnt in den Mittelpunkt ihrer Gesundheitspolitik gestellt. Sie repräsentieren verschiedene Typen von Gesundheitssystemen und Wohlfahrtsstaaten. In beiden Ländern wurde die Versorgung Demenzerkrankter lebhaft debattiert und wurden Erfahrungen mit neuen Versorgungsformen gesammelt. Zudem bot eine bereits bestehende Zusammenarbeit zwischen den Universitäten von Leeds und Maastricht eine günstige Ausgangsbasis. Die Beschränkung der Studie auf zwei Länder gründete angesichts der eingeschränkten Kapazität des Projektes auf einer Präferenz für ‚Tiefe statt Breite‘. Diese Entscheidung ermöglichte, ein wesentliches Potential transnationaler Studien zu realisieren, nämlich „den Wissenschaftler zu zwingen, den gesamten Kontext (eines Phänomens, d.A.) zu betrachten und die größtmögliche Anzahl interaktiver und voneinander abhängiger Faktoren zu einzubeziehen.“ (Hantrais & Mangen, 1996, p.3). Der vergleichende Ansatz wurde von der nationalen auf die lokale Ebene erweitert; in vier Gemeinden wurden lokale Fallstudien – zwei in jedem Land – durchgeführt.

Mit diesem vergleichenden Ansatz wurde versucht, die Unterschiede zwischen den Steuerungsprozessen für integrierte Versorgung in den beiden Ländern und zwischen den lokalen Demenzversorgungspfaden zu ermitteln und zu verstehen.

2.4 Forschungsziele

Auf diesem Hintergrund ergaben sich die folgenden Forschungsziele:

- Steuerungsprozesse für Komplexaufgaben (komplexe gesellschaftliche Fragestellungen) wie integrierte Versorgung zu untersuchen;
- die entsprechenden Steuerungsprozesse auf nationaler und auf lokaler Ebene und deren Wechselwirkungen zu explorieren und zu verstehen;
- den vergleichenden Ansatz zu nutzen, um die Unterschiede zwischen Ländern sowie zwischen Gemeinden innerhalb der Länder und zwischen den Ländern zu verstehen, und
- damit zu einem analytischen Rahmen für die Untersuchung und Konzipierung von Steuerungsstrategien für integrierte Versorgung auf nationaler und lokaler Ebene beizutragen.

2.5 Aufbau

Im Folgenden wird eine Einführung in die hier verwandten Konzepte neo-institutioneller Theorie gegeben, anschließend werden Aufbau und Methode der Gesamtstudie kurz vorgestellt. Im vierten und fünften Kapitel steht die Steuerung integrierter Versorgung in ihrer Interaktion mit den relevanten institutionellen Settings im Vordergrund, zunächst auf nationaler Ebene, und dann auf lokaler Ebene. Im letzten Kapitel werden die Befunde und ihre möglichen Schlussfolgerungen diskutiert.

3 Theoretische Hintergründe

Das Feld und die Ziele der vorliegenden Studie erforderten Konzepte, die eine transnationale, vergleichende und tiefgehende Untersuchung von Gesundheitspolitiken und Gesundheits- und Sozialversorgungssystemen erlauben. Sie mussten außerdem ein Verständnis von Steuerungsfragen bezogen auf integrierte Versorgung ermöglichen. Neo-institutionelle Konzepte erschienen für beide Zwecke als angemessen. Sie wurden als allgemeine Hypothesen und ‚sensitising concepts‘ verwendet, die einen offenen theoretischen Rahmen boten, der für die Themen dieser Studie weiter entwickelt, differenziert und vertieft wurde. In diesem Sinne hat die Studie explorierenden, beschreibenden sowie erklärenden⁵ Charakter, mit sowohl deduktiver wie induktiver Vorgehensweise. Im Rahmen einer ‚Mehrebenen- und Mehrfach-Fallstudie‘ (multiple embedded case study design, Yin, 1994) wurde – entsprechend kanadischer Ansätze so genannter ‚institutioneller Ethnographie‘ – versucht, jeweils gültige Regeln („ruling relations“) aufzuschlüsseln, d.h. zu erschließen, wie spezifische „Praktiken und Erfahrungen in größere soziale Zusammenhänge und Handlungsketten eingebunden sind“⁶ (De Vault & McCoy, 2002, S.754).

3.1 Neo-institutionelle Konzepte

In den 1980er und 1990er Jahren geriet das ‚Rationalitätsprojekt‘ der Policy-Analyse in die Kritik: Das ihm zugrunde liegende Paradigma sei mechanistisch und reduktionistisch, und seine Kapazität, tatsächlich stattfindende komplexe politische Prozesse zu erklären, deshalb eingeschränkt.⁷ Eine neue Entwicklung der Policy-Analyse wurde eingeleitet, die, in Verbindung mit allgemeinen theoretischen Entwicklungen der Sozialwissenschaften, den Weg zu neuen kontextbezogenen Ansätzen ebnete.

Insbesondere entwickelten neo-institutionelle Ansätze einen konzeptuellen Rahmen für die Exploration transnationaler Unterschiede in der Politikentwicklung und -implementierung. Neu war der Fokus auf die Wechselwirkung zwischen Handlungsprozessen und institutionellen Kontexten (Nørgaard, 1996). Er ermöglicht es, die Kontextspezifität von Steuerungsprozessen zu erfassen und damit die Unterschiedlichkeit auch ihrer Ergebnisse.

„Nur die genaue Kenntnis der institutionellen Landschaft und der damit verknüpften Policies erlaubt zu sagen, ob angesichts der gegebenen Strukturen und Politikbestände eine neue Maßnahme eine Erfolgchance hat bzw. ob die neue Maßnahme die alten in unerwünschter Weise beeinflusst.“ (Héritier, 1993, S. 13)

Innerhalb neo-institutioneller Konzepte existieren konkurrierende – oftmals unterschieden in soziologische, historische und rationalistische – Ansätze. Sie unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich ihrer Konzeptualisierung von Institutionen, der Rolle der Akteure, und der Herausbildung von Präferenzen. In den letzten Jahren wurde von einigen Autoren jedoch auch auf mögliche Konvergenzen zwischen diesen Ansätzen anstelle einer manchmal konstatierten Inkompatibilität hingewiesen (Aspinwall & Schneider, 2000; Scharpf, 2000a; Thelen, 1999).

5 in qualitativer Auslegung des Begriffs

6 how specific “practices and experiences are tied into extended social relations or chains of action”

7 “It virtually bleeds the political life out of the policy making process, leaving little room for the dilemmas, contradictions, and paradoxes that characterise the interesting and difficult political problems.” (Fischer, 1989, S. 944)

3.2 Zur Definition von Institutionen

Der Begriff der Institution verweist auf Kontinuitäten in Gesellschaften. ‚Rationalistische Institutionen‘ definieren Institutionen als jede Form von Menschen gemachter Einschränkungen der Interaktionen zwischen Menschen, sowohl der formellen wie der informellen (North, 1990). Sie entfernen sich insofern von der neoklassischen Ökonomie mit der Annahme des ‚homo oeconomicus‘, als sie Institutionen weiter als formale Regeln fassen. Historische Institutionen definieren Institutionen als „strukturelle und einschränkende Charakteristika“⁸ (Aspinwall & Schneider, 2000, S. 7f.), die sich über die Zeit hin entwickeln. Am anderen Ende des Kontinuums verstehen soziologische Institutionen Institutionen als „kognitive und kulturell eingebettete“ („cognitive and culturally embedded“, Aspinwall & Schneider, 2000, S. 8) Phänomene, die auch „sozial konstruierte und kulturell verdinglichte Weltansichten und geteilte normative Vorstellungen über Angemessenheit“⁹ umfassen.

In Anlehnung an letztere wendet die vorliegende Studie eine breite Definition von Institutionen an, die „gesetzliche Arrangements, Routinen; Prozeduren, Konventionen, Normen und organisationelle Formen“¹⁰ (Nørgaard, 1996, S. 39) umfasst. Solche Kategorien sind als solche abstrakt und beschreiben so noch keine realen Phänomene mit definierten Eigenschaften – weil Formen und Inhalte von Institutionen unendliche Variationen umfassen und „nur in ihrer konkreten Form kausal wirksam werden.“ (Scharpf, 2000b, S.77).

Im Folgenden wird zwischen institutioneller Struktur und Kultur unterschieden. ‚Struktur‘ verweist auf die eher formellen Einschränkungen, nämlich gesetzliche Regelungen, finanzielle Rahmenbedingungen, Prozeduren und Organisationsformen. ‚Kultur‘ beschreibt die eher informellen Einschränkungen, nämlich organisationelle, professionelle, politische und soziale Werte, Normen und Routinen. In Wechselwirkung miteinander gestalten sie Steuerungschancen.

Mit den Begriffen ‚Einschränkung‘ und ‚Gestaltung‘ sind zwei Seiten von Institutionen angedeutet: Sie limitieren Handlungen und ermöglichen sie. Zudem sind Institutionen von Menschen gemacht und in Entwicklung begriffen. Nicht nur formen Institutionen Handlungsprozesse, ebenso formen Menschen Institutionen (Aspinwall & Schneider, 2000; Scharpf, 2000b). Diese Reziprozität wird unten weiter diskutiert.

3.3 Die Aufschlüsselung der Kontexte: institutionelle Konfigurationen

Lehmbruch (1996) hat das Konzept institutioneller Konfigurationen eingeführt, um nationale und sektorale Konstellationen von Institutionen zu beschreiben, die den Kontext zu untersuchender politischer Prozesse ausmachen. Die Charakteristika bestimmter (Sub-)Systeme werden verstanden als historisch herausgebildete Konfigurationen, deren institutionelle Struktur und Kultur die strategischen Möglichkeiten und Grenzen der Akteure für die Entwicklung und Implementierung von ‚policies‘ formen, und damit auch ihre Steuerungskapazitäten (-möglichkeiten). Die Formen (features) nationaler und sektoraler ‚policies‘ werden als historisch entwickelte Pfade beschrieben, die aus „der sukzessiven Interaktion zwischen staatlicher und gesellschaftlicher Organisation“¹¹ (Lehmbruch, 1996, S.75) entstehen. Aus dieser Perspektive werden politische Prozesse zwar als ‚pfadabhängig‘ (path dependent), nicht aber als von institutionellen Konfigurationen determiniert

8 „structural and constraining features“

9 „socially constructed and culturally taken-for-granted world views and shared normative notions of appropriateness“ (Scharpf, 2000a, S. 770)

10 „legal arrangements, routines; procedures, conventions, norms, and organizational forms that shape and form human interaction“

11 „sequential interaction of the organisation of state and society“

beschrieben (Boase, 1996). Auf das Verhältnis zwischen Institutionen und Akteuren und zwischen Kontinuität und Veränderung wird noch eingegangen.

Die Beschreibung und der Vergleich von Konfigurationen führen zu der Frage, inwieweit bestimmte Charakteristika als spezifisch für eine bestimmte Konfiguration oder als allgemein (generic) für eine Gruppe von Konfigurationen angesehen werden müssen. Institutionelle Muster zeigen Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Ländern. Ähnlichkeiten finden sich als sektorale Charakteristika über Ländergrenzen hinweg (z.B. Professionsstrukturen und -kulturen in der Gesundheitsversorgung), oder auch als Gemeinsamkeiten großer Städte (z.B. Komplexität von Versorgungsstrukturen) gegenüber mittelgroßen (siehe Kap. 7.6).

3.4 Die Rolle der Akteure

Die Frage, in welchem Maße Institutionen Akteure und ihre Präferenzen und Handlungen bestimmen, wurde von den verschiedenen institutionellen Ansätzen unterschiedlich beantwortet. Soziologische und viele der historischen Institutionisten begreifen Präferenzen als ‚endogen‘: sie sehen sie verwurzelt in institutionellen Kontexten and deshalb „die Reichweite der Optionen und Präferenzen begrenzt durch die historisch wiederholte Interaktionspraxis und durch die soziale Konfiguration, in der sie sich befinden“¹² (Aspinwall & Schneider, 2000, S.6). Rationalisten hingegen berufen sich auf den methodologischen Individualismus und betrachten menschliche Präferenzen und Aktionen als ‚exogen‘ im Hinblick auf die institutionelle Umwelt. Im Streben nach Konvergenz haben Fritz Scharpf und Renate Mayntz einen akteurszentrierten institutionellen Ansatz entwickelt, der „Akteurorientierungen (d.h. deren Präferenzen und Wahrnehmungen) als eine theoretisch abgegrenzte Kategorie behandelt, als beeinflusst, aber nicht bestimmt durch den institutionellen Rahmen, innerhalb dessen die Interaktionen stattfinden“¹³ (Scharpf, 2000a, S.771). Ähnlich wie bei Scharpf werden bei Nørgaard individuelle Akteure als „absichtsvolle und reflektierte Individuen konzipiert, die gleichzeitig in der Geschichte und Kultur verwurzelt sind, wie sie sich in den jeweiligen Institutionen widerspiegeln“¹⁴ (1996, S.32).

Diese doppelte Beschreibung individueller Akteure gewinnt durch die Tatsache, dass Institutionen in allen Gesellschaften vielfältig, komplex und verschieden sind, an Plausibilität. Individuelle Akteure haben häufig unterschiedliche Rollen und vertreten unterschiedliche Interessen (Scharpf, 1997) und sind dabei unterschiedlichen institutionellen Konfigurationen ausgesetzt. Ebenso bestehen kollektive Akteure aus vielfältigen individuellen Akteuren und entwickeln so mit großer Wahrscheinlichkeit mehrdeutige Präferenzen. Solche Bedingungen bringen kognitive Dissonanzen hervor und dadurch die Herausbildung gemischter Präferenzen, Perspektiven und Metaperspektiven. Solche Prozesse wiederum ermöglichen von spezifischen institutionellen Kontexten unabhängige Denkprozesse individueller Akteure und erhöhen damit deren Potential für eine bewusste Veränderung bestehender oder die Kreation neuer Institutionen.

Deshalb wird hier im Kontrast zu den soziologischen, historischen und rationalistischen institutionellen Ansätzen die Relation zwischen Akteuren und Institutionen nicht als entweder abhängig oder

12 “their menu of options and preferences limited by the repeated historical practice of interaction and by the social setting in which they find themselves”

13 “treat actor orientations (i.e. their preferences and perceptions) as a theoretically distinct category - influenced but not determined by the institutional framework within which interactions occur”

14 “intentional and reflective human beings, but simultaneously rooted in history and culture, as reflected by institutions”.

unabhängig konzipiert, sondern als beides gleichermaßen. Damit wird auf ein basales Verhältnis zwischen Institutionen und Menschen verwiesen: Von Menschen gemachte Institutionen formen die Präferenzen, Wahrnehmungen, Entscheidungen und Handlungen individueller Akteure zu einem gewissen Grad, während gleichzeitig Akteure selbst Institutionen kreieren, formen und verändern. In diesem Sinne stellt das Individuum eine relevante ontologische Einheit dar.

3.5 Institutionen zwischen Dauerhaftigkeit und Veränderung

Clemens und Cook konstatierten schlicht: „Institutionen dauern“¹⁵ (Clemens & Cook, 1999, S.441). Das Konzept der Pfadabhängigkeit unterstreicht insbesondere die Tatsache, dass politische Prozesse nicht bei Null beginnen, sondern auf politischen Erbschaften (legacies) aufbauen, die von politischen Entscheidungen der Vergangenheit her rühren. InstitutionalistInnen betonen „dass die Formgebung des Sozialen nicht allein durch die Aggregation individuellen und organisationellen Verhaltens entsteht, sondern auch durch Institutionen, die Handlungen strukturieren“¹⁶ (Clemens & Cook, 1999, S.442). In diesem Zusammenhang wichtig ist das Konzept der institutionellen Trägheit, durch die Institutionen einen quasi naturwüchsigen (taken for granted) Status, resistent gegenüber Veränderungen, annehmen. Durch kontinuierlichen Vollzug können sie zu internalisierten Skripts werden. Darüber hinaus können sie durch Autorität Legitimität erlangen. Institutionen werden deshalb für stabil gehalten, solange sie nicht durch exogene Krisen in Frage gestellt werden.

Die einseitige Betonung institutioneller Stabilität blieb jedoch nicht unwidersprochen. Sie wurde als eine theoretische Schwäche institutioneller Theorie kritisiert, insofern in Theorie und Analyse institutioneller Wandel vernachlässigt wurde, und, in den Worten von Clemens und Cook, „Prozesse des Konflikts und der Innovation, die im Zentrum von Politik stehen, marginalisiert“¹⁷ wurden (Clemens & Cook, 1999, S.442). Eine Erklärung institutioneller Veränderungen und darin der Rolle von Akteuren werde verfehlt, wenn suggeriert wird, dass „Struktur in der Tat durch Akteure kreiert wird, anschließend aber, wie Frankenstein's Monster, ein Eigenleben führt“¹⁸ (Aspinwall & Schneider, 2000, S.10)

In Reaktion auf diese theoretische Schwäche haben sich neuere Untersuchungen explizit mit institutionellen Veränderungen beschäftigt. Lindner definiert institutionelle Veränderung als die „Einführung von neuen Regeln oder neuer Interpretation von Regeln, die entstehende Regeln oder Interpretationen ergänzen oder ersetzen“¹⁹ (2003). Unter anderen haben Clemens und Cook die Faktoren untersucht, die in institutionellen Konfigurationen Veränderung begünstigen (Clemens & Cook, 1999, S.448f.). Als erstes beschreiben sie Variationen, die aus unterschiedlichen institutionellen Bindungseffekten entstehen, ob diese nämlich ein ‚muss‘, ‚darf nicht‘ oder ‚kann‘ beinhalten. Als zweites verweisen sie auf interne Widersprüche in Institutionen, die ihre Problemlösungskapazität einschränken und Leistungskrisen hervorrufen. Ebenso werden externe Einflüsse, z.B. ökonomische Krisen oder demographische Veränderungen, beschrieben, die ein Missverhältnis zwischen Institutionen und neuen gesellschaftlichen Anforderungen und Bedürfnissen entstehen lassen können, das wiederum Veränderungsdruck erzeugt (vgl. auch Nørgaard, 1996). Schließlich stellt die Vielfalt

15 “Institutions endure“

16 “that the patterning of social life is not produced solely by the aggregation of individual and organizational behavior but also by institutions that structure action”

17 “to marginalize the processes of conflict and innovation that are central to politics”

18 “structure indeed may be created by agents; but subsequently, like Frankenstein’s monster, structure takes on a life of its own“

19 „the introduction of new rules or rule interpretations that supplement or replace existing rules and interpretations“

von Institutionen innerhalb einer Konfiguration ihren verdinglichten Charakter in Frage: Indem individuelle Akteure zunehmend in vielfältigen Netzwerken partizipieren und dadurch von unterschiedlichen institutionellen Regeln beeinflusst werden, können sie im kognitiven Sinne unabhängig werden und Metaperspektiven entwickeln. Alle diese Muster können, weil sie individuelle kognitive Dissonanzen bewirken, mit dazu beitragen, dass Akteure Träger von Veränderung (change agents) werden.

Darüber hinaus können die Verhältnisse zwischen Institutionen unterschiedlichen Ranges Konsequenzen für Stabilität und Veränderung haben. Dies kann an einem Beispiel aus der vorliegenden Studie erklärt werden (vgl. 5.1.1): Das britische Westminstermodell ist verbunden mit starker Durchsetzungskapazität der Regierung und damit häufigen strukturellen Veränderungen in den staatlichen Gesundheits- und Sozialversorgungssystemen. Der Modus der häufigen Restrukturierungen kann als institutionalisiertes Muster des Regierungshandelns verstanden werden; er ist damit verbunden, dass immer wieder strukturelle Veränderungen in und zwischen lokalen Organisationen implementiert werden. Auf diese Weise können nationale institutionelle Prozesse Institutionen auf lokaler Ebene verändern, unterbrechen oder zerstören. Unter bestimmten Umständen kann so Zyklus als neues institutionalisiertes Muster unter denen entstehen, die ihre tägliche Praxis immer wieder neuen Strukturen und Regulationen unterordnen müssen.

Schließlich führen institutionelle Veränderungen häufig zu unbeabsichtigten Konsequenzen. Planung und Kontrolle gewünschter Veränderungen sind schwierig. Indem sich diese Studie der Analyse von Steuerungsprozessen zur Entwicklung und Umsetzung integrierter Versorgung widmet, geht sie allerdings von der grundsätzlichen Möglichkeit geplanter Veränderungen aus. Um Erfolge und Misserfolge von Steuerungsprozessen zu erklären, bedarf es der Analyse institutioneller Konfigurationen sowie der Veränderungsprozesse innerhalb der Konfigurationen.

3.6 Konfigurationen im Prozess: Steuerung

Neo-Institutionalisten gehen sowohl von der prinzipiellen Steuerungskapazität politischer Systeme aus wie auch von der Steuerbarkeit anderer funktioneller Systeme innerhalb einer Gesellschaft oder eines Landes (Scharpf, 1989). Die Annahme liegt auch dieser Arbeit zugrunde. Institutionelle Theorie sieht Steuerungskapazität allerdings als „prinzipiell prekär und von institutionellen Voraussetzungen abhängig“ (Scharpf, 1989, S.18). Deshalb sind diese Voraussetzungen zu entschlüsseln, um Erfolg oder Misserfolg von Steuerungsversuchen zu verstehen.

Scharpf unterscheidet zwischen zwei Ebenen in der Politikforschung (Scharpf, 1997):

- Problem-orientierte Politik-Forschung analysiert die Ursachen politischer Probleme und empfiehlt effektive und effiziente Lösungen – ähnlich denen, die ein ‚wohlmeinender Diktator‘, der sich ausschließlich dem Allgemeinwohl²⁰ verpflichtet fühlt, vorschlagen würde. In der vorliegenden Studie wird ‚integrierte Versorgung‘ als ein Konzept verstanden, das sich am Allgemeinwohl orientiert, und insofern einen normativen Ausgangspunkt bezeichnet.
- Interaktions-orientierte Politikforschung dagegen analysiert die tatsächlichen Steuerungsprozesse, mit denen innerhalb existierender institutioneller Konfigurationen Politik gemacht wird.

20 Scharpf zufolge konstituiert sich das Allgemeinwohl aus den Dimensionen der Wohlfahrtsproduktion und der Verteilungsgerechtigkeit.

Diese allerdings führen oft zu suboptimalen Lösungen im Vergleich zu solchen aus einer Perspektive des ‚wohlwollenden Diktators‘ (Scharpf, 1997). Politikforschung soll deshalb die Steuerungsprozesse und ihre Ergebnisse in der Interaktion mit institutionellen Konfigurationen zu analysieren und zu verstehen suchen. Kapitel 4 und 5 präsentieren entsprechende Analysen von Steuerungsprozessen auf nationaler und auf lokaler Ebene.

Steuerung wird hier definiert als die interaktiven Prozesse²¹, durch die Regierungs- und andere Akteure sich gegenseitig beeinflussen (Kooiman & Associates, 1997), um handlungsrelevante Regeln im Hinblick auf Gegenstände öffentlichen Interesses aufrechtzuerhalten oder zu verändern (van Raak, 1998). Steuerungsprozesse werden als komplexe Prozesse konzeptualisiert: Strukturen, Einstellungen von Akteuren, Prozesse und Ergebnisse sind eng miteinander verschränkt und unterscheiden sich sowohl in nationalen wie in lokalen Konfigurationen. Im Hinblick auf integrierte Versorgung wird ein breiter Steuerungsbegriff zugrunde gelegt, der alle Regierungs-, Management- und professionellen Aktivitäten auf nationalem wie lokalem Niveau beinhaltet, die die Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgung im Allgemeinen wie im operationellen Detail beeinflussen.

3.7 Hierarchien, Märkte, Netzwerke

Definiert als gesellschaftliche Koordinationsmodelle (Thompson et al., 1991) bzw. als institutionalisierte Modi der Interaktion (Scharpf, 1997), ermöglichen die Konzepte ‚Hierarchie‘, ‚Markt‘ und ‚Netzwerk‘ die Analyse und Typisierung von Steuerungsprozessen.

Die marktliche Koordinierung wird als eine automatische beschrieben – als die ‚unsichtbare Hand‘ von unabhängigen und interagierenden Akteuren, die ihre individuellen Interessen vertreten. Hierarchische Koordinierung funktioniert dagegen durch systematische Administration – Bürokratie – verbunden mit Über- und Unterordnung. Netzwerkkoordinierung wird als Interaktion zwischen (strukturell) autonomen, aber (funktionell) interdependenten Akteuren in mehr oder weniger informellen längerfristigen Beziehungen, die auf Verhandlung und Vertrauen begründet sind (Thompson et al., 1991), beschrieben. Die jeweiligen Steuerungspotentiale, die diese Koordinierungstypen Regierungs- und anderen Akteuren bieten, sowie auch ihre Grenzen sind aus verschiedenen Perspektiven beschrieben worden (Scharpf, 1993; Williamson, 1985; Willke, 1998). Hierarchie und Markt werden als die typischen Interaktionsformen moderner Gesellschaften bezeichnet, während Netzwerke als aus den besonderen Situationen postmoderner Gesellschaften entstehend gedeutet werden (O'Toole, 1997; Willke, 1998); sie werden mit ‚governance‘ anstelle von ‚government‘ assoziiert (Kickert et al., 1997; Kooiman & Associates, 1997). Netzwerke wurden auch als Zwischenform zwischen Hierarchie und Markt verstanden (Williamson, 1985), oder eben als neue Form mit spezifischen Qualitäten und Potentialen (Mildenberger, 1997; Willke, 1998). Netzwerke werden vor allem als funktionell für solche Komplexaufgaben – ‚cross-cutting issues‘ (Martin, 2000), ‚wicked problems‘ (O'Toole, 1997) – angesehen, die differenzierten und fragmentierten Gesellschaften inhärent und Lösungen durch hierarchische oder marktliche Mechanismen eben nicht zugänglich sind (Atkinson & Coleman, 1992).

Integrierte Versorgung kann als ein Beispiel für solche Komplexaufgaben gesehen werden: Sie basiert auf flexibler Kooperation unterschiedlicher individueller wie kollektiver lokaler Akteure – öffentliche, halb-öffentliche und private Organisationen oder Subsysteme dieser Organisationen, auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen professionellen Domänen operierend. Politische Steue-

21 Prozesse wiederum werden definiert als Abfolge von Situationen, verbunden mit und verursacht durch Entscheidungen und entsprechende Handlungen.

rung auf nationaler Ebene kann solche Kooperation auf lokaler Ebene ermöglichen. Auf die Beziehung zwischen integrierter Versorgung und der Netzwerkkoordinierung wird noch weiter eingegangen.

Die Konzepte Hierarchie, Markt und Netzwerk beschreiben Idealtypen, die in der Regel nicht in reiner Form existieren. Wichtig ist deshalb die Frage, wie unterschiedliche Kombinationen funktionieren. Spezifische nationale Konfigurationen sind assoziiert mit charakteristischen Kombinationen von Interaktionstypen.

3.8 Untersuchungsfragen

Auf dem Hintergrund dieses konzeptuellen Rahmens werden die Forschungsziele in die folgenden Fragen umgesetzt:

- Wie können nationale Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung in England und den Niederlanden beschrieben und erklärt werden im Zusammenhang mit den jeweiligen institutionellen Konfigurationen?
- Wie interagieren lokale mit nationalen institutionellen Konfigurationen in der Beeinflussung (Formgebung) lokaler Steuerungsprozesse und ihrer Ergebnisse für integrierte Versorgung? Wie lassen sich Unterschiede innerhalb und zwischen den Ländern erklären?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Analysen für die Gestaltung erfolgreicher Steuerungsprozesse und die dafür förderlichen Umgebungsbedingungen ziehen?

4 Aufbau und Methode der Gesamtstudie

Die gesamte Studie war als eine Reihe von aufeinander aufbauenden Fallstudien konzipiert, auf nationaler Ebene und auf lokaler Ebene. Die nationalen Fallstudien betreffen jeweils beide Länder; die lokalen Fallstudien betreffen jeweils zwei Städte bzw. Stadtteile in beiden Ländern. In der ersten Fallstudie wurden auf integrierte Versorgung abzielende nationale Steuerungsprozesse im Allgemeinen untersucht; die zweite Fallstudie behandelte die Standards und die allgemeine Praxis integrierter Demenzversorgung in beiden Ländern; in der dritten Fallstudie (mit vier lokalen Fällen) wurden konkrete lokale Steuerungsprozesse für integrierte Demenzversorgung identifiziert und analysiert²². Das Gesamtdesign kann nach Yin als ‚Mehrebenen- und Mehrfach-Fallstudie‘ (multiple embedded case study design, Yin, 1994) bezeichnet werden.

Zur Datenerhebung wurden Literatur- und Dokumentenanalyse, teilstandardisierte Interviews und in geringerem Ausmaß Beobachtung angewandt. Die Dokumentenanalyse befasste sich im Wesentlichen mit den jeweils relevanten politisch-programmatischen Texten oder Politikevaluationen. In den Interviews wurden entsprechend der verschiedenen Teilstudien Wissenschaftler, Politiker, Verbandsvertreter, Manager, Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe und pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in verschiedenen Kombinationen befragt. Im Rahmen der ersten beiden Teilstudien wurden jeweils 16 Interviews durchgeführt (acht in jedem Land), in der dritten Teilstudie mehr als 100 (25 bis 30 in jeder Stadt bzw. Stadtteil). In der dritten Teilstudie wurden zudem in-

22 Die Daten zu Fallstudie 1 wurden im Jahre 2000, für Fallstudie 2 im Jahr 2001 und für Fallstudie 3 im Jahr 2002 erhoben.

ter-organisationelle Arbeitstreffen, relevant für integrierte Demenzversorgung, beobachtet. Die verschiedenen Methoden und die Auswahl der Interviewpartner – die unterschiedliche Perspektiven auf die relevanten Sachverhalte repräsentierten – wurden zur methodologischen und Daten-Triangulation genutzt. Die Forschung beruhte auf einer interpretativen Ontologie und einem ‚verstehenden‘ Analyseansatz. Bei der Datensammlung und -analyse in den Teilstudien wurde iterativ und kumulierend vorgegangen. Ein Softwareprogramm zur computergestützten Analyse qualitativer Daten, ATLAS.ti 4.2, wurde zur Bearbeitung der Daten und zur Unterstützung der Analyse eingesetzt. Wie in qualitativer Forschung üblich, waren Prozesse der Analyse und des Schreibens miteinander verbunden und zielten darauf ab, ‚dichte Beschreibungen‘ (thick descriptions) zu erarbeiten, durch die für die spezifischen Themen dieser Studie Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung und Spezifizierung der ‚sensitising concepts‘ gezogen werden konnten.

5 Unterschiedliche Steuerungspfade für integrierte Versorgung auf nationaler Ebene im Zusammenhang mit Unterschieden der Systemstrukturen und der Governance-Kulturen²³

Im folgenden Kapitel werden die Systeme der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung und die gesundheitspolitischen Policies in England und den Niederlanden untersucht, wie sie die Bedingungen für integrierte Versorgung für Patienten mit multiplen Bedarfen gestalteten. Im Zusammenhang mit strukturellen und kulturellen Unterschieden, wie sie sich in den institutionellen Konfigurationen historisch entwickelt haben, unterschieden sich auch die Strategien und Bedingungen für integrierte Versorgung erheblich. Für integrierte Versorgung relevante gesundheitspolitische Prozesse zwischen 1990 und 2000 wurden analysiert, um den bis 2000 erreichten Stand bzw. die im Jahr 2000 aktuelle Problemlage zu erklären. Die Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung wurden mit Hilfe der Konzepte der hierarchischen, marktlichen und Netzwerksteuerung differenziert und in ihren Auswirkungen auf Prozesse der Versorgungsintegration analysiert: Das staatliche Gesundheitssystem in England, traditionell auf hierarchische Steuerung gegründet, generierte in größerem Ausmaß festgelegte Netzwerkbeziehungen für integrierte Versorgung auf lokaler Ebene. Die Niederlande hingegen, mit einer Governance-Konstellation vielfältiger Akteure auf nationaler Ebene und mit einem Gesundheitssystem in gemischter privater und öffentlicher Verantwortung, setzten Anreize für freiwillige, weniger verbindliche und teilweise marktorientierte Kooperationen auf lokaler Ebene. Erfolg und Misserfolg der Steuerungsbemühungen waren in beiden Ländern gemischt.

5.1 Die Länderstudien

5.1.1 England

England hat ein steuerfinanziertes, im Wesentlichen zentral organisiertes staatliches Gesundheitssystem. Der ‚National Health Service‘ (NHS) wurde 1946 beschlossen und gesetzlich festgelegt und 1948 implementiert. Das Department of Health (DoH) ist verantwortlich für den im Wesentlichen

23 Dieses Kapitel basiert wesentlich auf: Susanne Kümpers, Arno van Raak, Brian Hardy, Ingrid Mur (2002). The influences of institutions and culture on health policies: different approaches to integrated care in England and the Netherlands. *Public Administration*, 80 (2), S. 339-358.

hierarchisch organisierten NHS. Die Kontrolle verlief 2000²⁴ durch den ‚NHS Executive‘ und acht Regional Offices (ROs) zu den lokal organisierten Health Authorities (Gesundheitsbehörden). In ähnlicher Weise flossen die Finanzaufweisungen von der Spitze zu den lokalen Einheiten. Die Dienstleistungen des NHS waren kostenfrei, Zuzahlungen marginal. Britische Regierungen werden in starkem Maße für freien Zugang, die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht.

Local Authorities (LAs, Kommunalverwaltungen), in denen auch die Social Service Departments (SSDs, Soziale Dienste²⁵) integriert sind, werden zum Teil von den kommunalen Parlamenten gesteuert. Verglichen mit dem NHS war den LAs mehr Freiraum für lokale Entscheidungen mit begrenztem Spielraum für lokale Besteuerungsentscheidungen, gegeben. Gleichwohl müssen LAs gemäß nationaler Gesetzgebung und mit festgelegten Budgets arbeiten; zusätzlich verstärkten sich die Tendenzen zu zentraler Kontrolle durch das Social Service Inspectorate innerhalb des DoH, die zuständige nationale Aufsichtsbehörde. SSDs sind zuständig für die Vorhaltung und Durchführung von ‚social care‘, i.e. soziale Dienstleistungen, wozu im Bereich der Altenhilfe Wohn- und Pflegeheime, Tagespflege, und Angebote häuslicher Versorgung und Pflege gehören. SSDs boten diese Dienste traditionell selbst an, kauften sie aber in zunehmenden Maße auch von privaten und gemeinnützigen Trägern ein. Für Social Care werden, abhängig von Einkommen und Vermögen, mehr oder weniger hohe Eigenbeiträge in Rechnung gestellt.

Die Trennlinie zwischen dem NHS und den SSDs bildete eine starke Barriere für integrierte Versorgung (House of Commons: Health Committee, 1998). Seit der Einsetzung des NHS haben die entsprechenden Organisationen in getrennten Strukturen, aber überlappenden Verantwortungs- und Einflussbereichen gearbeitet, insbesondere bei der Versorgung für vulnerable Gruppen.

In den 1990er Jahren haben zwei größere Veränderungen in der englischen Gesundheitspolitik stattgefunden, die beide integrierte Versorgung als politisches Ziel mit einschlossen.

Zunächst wurden unter der konservativen Regierung (1990: NHS and Community Care Act) Marktelemente in die öffentlichen Dienste eingeführt, die auch der inter-organisationellen Kooperation förderlich sein sollten. Tatsächlich wurde dieser Politik später angelastet, kompetitive Barrieren gegen eine Vernetzung im Dienste integrierter Versorgung aufgebaut zu haben. Folgerichtig machte integrierte Versorgung insgesamt wenig Fortschritte. Da diese Politik auch als unvereinbar mit inhärenten Wertvorstellungen britischer Öffentlicher Dienste empfunden wurde, entwickelten sich Widerstände gegen ihre konsequente Implementierung.

New Labour’s Ansätze zur Gesundheits- und Sozialpolitik betonten aufs Neue das Streben nach Kooperation und Integration der Versorgung (Department of Health, 1997). Da die Politik hier glaubhaft auf die Wertvorstellungen im NHS und anderen öffentlichen Diensten rekurrierte, konnte sie auf Einverständnis und Unterstützung bauen. Neue kooperative Strukturen wurden national beschlossen und lokal implementiert – der hierarchischen Struktur des NHS entsprechend –, um Kooperation sowohl zu ermöglichen als auch zu erzwingen. Der starke politische Druck auf die öffentlichen Dienste, schnelle und sichtbare Veränderungen vorzuweisen, gefährdete teilweise die Bedingungen für solide Netzwerkentwicklung für integrierte Versorgung. Diese Entwicklungen werden im Folgenden detaillierter analysiert.

24 Die Organisationsstruktur des NHS hat vor wie nach diesem Zeitpunkt Änderungen erlebt, die hier nicht Gegenstand der Betrachtung sind.

25 Der Begriff ‚social services‘ wird im Englischen gleichermaßen für die Einrichtungen wie die von ihnen erbrachten Dienstleistungen verwandt. Der Terminus ‚social care‘ bezeichnet den Teil der Dienstleistungen, der nicht-medizinische Pflege und Versorgung umfasst.

5.1.1.1 1990 – 1997: Der NHS und die ‚Community Care Reform‘

Zu Beginn der 1990er Jahre wurde die dominante hierarchische Form der Koordinierung innerhalb des NHS ergänzt durch ‚Quasi-Märkte‘ auf regionaler und lokaler Ebene, die durch die Reformgesetze der konservativen Regierung eingeführt wurden (1990: NHS and Community Care Act; 1991: Start des ‚internen Marktes‘ und des ‚GP-Fundholdings‘²⁶; 1993: vollständige Implementierung der Community Care Reform). Strategien des ‚New Public Management‘ sollten die Effizienz des Privatsektors in den NHS und die Kommunalbehörden einführen (für eine intensivere Diskussion neoliberaler Positionen im Gesundheitswesen vgl. Allsop, 1995; Harrison & Wood, 1999; Light, 2000). Eine Trennung zwischen Finanzierern und Leistungsanbietern (‚purchaser/provider split‘) sollte den Wettbewerb entfachen und damit Effizienz und Kundenorientierung im Gesundheitswesen fördern. Gleichzeitig wurde die inter-organisationelle Kooperation an den Schnittstellen zwischen NHS und Social Services, insbesondere für die ambulante Versorgung, programmatisch gefordert (Department of Health, 1989).

Die eingeführten kompetitiven Regulierungen wurden sowohl im NHS wie in den Kommunalbehörden als Fremdkörper empfunden. Sie entfalteten aber innerhalb des NHS einerseits und zwischen NHS und Sozialdiensten andererseits unterschiedliche Effekte:

Innerhalb des NHS wurden ambivalente Tendenzen beschrieben. Strukturelle und kulturelle Barrieren verhinderten oder verzerrten die Wirkungen implementierter Marktmechanismen. Viele Situationen zwischen Finanzierern und Leistungsanbietern wurden durch lokale Monopole bestimmt. Zudem basierte die NHS-Kultur auf einer Tradition der altruistischen Verpflichtung auf Ziele des Allgemeinwohls und einem gemeinsamen Stolz, zur ‚NHS-Familie‘ zu gehören (Allsop, 1995, S. 189), was wiederum mit den Erwartungen der Öffentlichkeit übereinstimmte. Entsprechend setzten viele Akteure im NHS, von denen nun erwartet wurde, als kompetitive Einkäufer und Verkäufer zu agieren, ihre frühere nicht-kompetitive Zusammenarbeit fort. Daraus ergaben sich recht gegensätzliche Prozesse:

„Die aus dem Wettbewerb entstehende Fragmentierung, die existierende Netzwerke unterminierte, kreierte den Druck neue Netzwerke zu bilden, die wiederum die wettbewerbliche Logik des Marktes aushebelten.“²⁷ (Rhodes, 2000, S. 353).

Übereinstimmend mit Rhodes und Anderen (z.B. Allsop, 1995) bestätigten unsere Interviewpartner schädliche Konsequenzen der Reform – nämlich Fragmentierung durch Wettbewerb – für die interne Kooperation.

Die konservative Regierung als Begründer und Hauptvertreter des Quasi-Marktes reagierte bald auf den steigenden Widerstand und die Unzufriedenheit im Feld. Marktliberale Regeln wurden auf politischem Wege wieder eingeschränkt, um z.B. die Schließung teurer Krankenhäuser zu vermeiden (Giaino & Manow, 1999; Klein, 1998). In unzähligen Direktiven wurde zentrale Kontrolle ausgeübt, um Marktversagen und Missmanagement zu verhindern, und langfristige Verträge zu fördern (Klein, 1998). Der Begriff Einkaufen (‚purchase‘) wurde in der Mitte der 1990er Jahre durch den unbestimmteren und weniger marktbezogenen Begriff ‚commission‘ (in etwa: bestellen, in Auftrag geben) ersetzt (Klein, 1998; Light, 1998). In diesem Sinne wurde die Einführung einer wettbewerblichen Kultur durch die Gegenreaktionen (‚policy feedback‘) auf dem Hintergrund der im NHS

26 Übertragung des Gesamtbudgets für eine Patientenliste an den zuständigen Allgemeinarzt (General Practitioner), mit dem dieser auch die spezialistische und stationäre Versorgung organisierte und finanzierte.

27 “The competition-based fragmentation which undermined existing networks created pressures to form new networks which, in turn, undermined the competitive rationale of marketisation.”

inhärenten Kultur teilweise stark abgeschwächt. Donald Light, scharfer Kritiker des Marktes in der Gesundheitsversorgung, merkte ironisch an, dass „die verhandelnden Parteien die Champions des Wettbewerbs vor den Konsequenzen ihrer eigenen Politik gerettet“²⁸ hätten (Light, 2000).

Zwischen dem NHS und den Sozialdiensten jedoch verstärkten sich die Konflikte. Die Regierung forderte die Zusammenarbeit für ‚Community Care‘²⁹, d.h. die ambulante Pflege und Unterstützungsdienste, förderte aber gleichzeitig konkurrierende öffentlich-privat gemischte Märkte (Department of Health, 1989). Community Care war schon vorher mit einer Geschichte eher schwieriger als gelingender Kooperation von NHS und SSDs verbunden (Allsop, 1995; Hardy et al., 1992). Die Reformen von 1992 wurden häufig für eine weitere Verschärfung der Situation verantwortlich gemacht (Allsop, 1995; House of Commons: Health Committee, 1998). Wiederum können strukturelle und kulturelle Aspekte identifiziert werden: NHS und SSDs wurden seit 1942 separat voneinander und unterschiedlich gemanagt; ihre bürokratischen Prozesse waren nicht aneinander angepasst (Hardy et al., 1999). Den Kommunalbehörden wurde die Gesamtverantwortung für Community Care übertragen, manchen Autoren zufolge (z.B. Allsop, 1995) wurden sie dafür aber nur ungenügend mit finanziellen Mitteln ausgestattet. Das Weißbuch ‚Caring for People‘ (Department of Health, 1989) definierte Abgrenzungen zwischen den Aufgaben von NHS und SSDs, die in der Realität nicht tragfähig waren. Tatsächlich gab es eine „gigantische Grauzone dazwischen“ und „keine Trennschärfe zwischen ‚domiciliary care‘ (entspricht ungefähr der Grundpflege in Deutschland, in der Zuständigkeit des SSD) und ‚nursing care‘ (in etwa Behandlungspflege in Deutschland, in der Zuständigkeit des NHS)“ (House of Commons: Health Committee, 1998, S. 12). Die Zuordnung der Dienstleistungen zum NHS respektive zu den SSDs war budget-wirksam und entschied ebenso darüber, ob der Empfänger zuzahlen musste oder nicht. So entstanden Anreize, sich gegenseitig die (Zahlungs- und moralische) Verantwortung zuzuschieben, und ‚cost-shunting‘ (Externalisierung) wurde zum Thema z.B. in Zusammenhang mit Entlassungen aus dem Krankenhaus (Allsop, 1995; House of Commons: Health Committee, 1998).

„Während der vorherigen Regierung ... hatten wir viele Spannungen zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten. Der NHS musste die Leute schnell aus dem Krankenhaus entlassen, aber das verschob die Anforderungen auf die Sozialdienste. Wir fanden, dass sie die Kosten auf uns abschieben. Wir fanden, sie schieben uns den schwarzen Peter zu und das gefiel uns nicht, so bekamen wir Konflikte ...“ (Sozialdienst, Organisationsentwicklungsmanager)

Sich einer gemeinsamen Kultur verpflichtet zu fühlen, eine Mission zu haben, ist eine der Stärken einheitlicher Bürokratien (Willke, 1998). Der NHS und die Sozialdienste arbeiteten in überlappenden Bereichen, waren aber jeweils auf ihre eigenen, teilweise miteinander konkurrierenden Wertesysteme bezogen. Der NHS ist professionell durch Ärzte und Pflegende dominiert, die SSDs durch Sozialarbeiter. Die ‚NHS-Familie‘ wurde national als Einheit hierarchisch geleitet, während die Kommunalbehörden auf ihr lokales demokratisches Mandat stolz waren. In diesem Sinne verstärkten unterschiedliche professionelle und organisationelle Kulturen mit divergierenden Prioritäten die strukturellen Probleme der Kooperation und verschärften die Schwierigkeiten auf lokaler Ebene.

„Die alten Glaubenssätze sagen, dass Pfleger nicht von Sozialarbeitern geleitet werden können. Und dass Sozialarbeiter ... nicht von Pflegern, Ärzten oder Gesundheitsberatern – von irgendjemand von unserer Seite des Zauns – gemanagt werden können.“ (Klinischer Teamleiter in der psychiatrischen Versorgung)

28 “The contracting parties were saving the champions of competition from the consequences of their own policies.”

29 Der Begriff der Community Care „umfasst im weiteren Sinne das gesamte Spektrum von Diensten und Einrichtungen, die von unterschiedlichen Gruppen in Anspruch genommen werden können, um durch das richtige Maß eine weitestmögliche Unabhängigkeit des Individuums zu erreichen, impliziert aber das Ziel, auf ambulante Pflege und Unterstützung zu fokussieren.“ (Gerling, 2003, S. 219)

Distanz, mangelnde Kooperation und Misstrauen zwischen den NHS-Organisationen und den SSDs haben eine gewisse ‚Berühmtheit‘ erlangt (House of Commons: Health Committee, 1998): Die Grenze zwischen ihnen wurde ‚Berliner Mauer‘ genannt (S.10); das Verhalten der Parteien wurde als Stammesverhalten (‚tribalism‘) beschrieben (S. 12), bestimmt durch eine Schuldzuweisungskultur (S. 38). Auch über positive Ausnahmen konstruktiver Kooperation mit funktionierenden Beziehungen wurde berichtet; aber im Allgemeinen überwogen die Berichte über enttäuschende Ergebnisse integrativer Programme und Aktivitäten (Hudson et al., 1997; O'Hagan, 1999). Das bedeutet, dass auf der Basis historisch schwieriger Beziehungen zwischen NHS und SSDs die kompetitiven Anreize aus dem Gesetz von 1990 weitere destruktive Effekte nach sich gezogen haben. Trotz aller Aufrufe der Regierung zu verstärkter Kooperation wurden neue Barrieren gegen erfolgreiche Netzwerkentwicklung errichtet.

5.1.1.2 1997: Die Modernisierungsagenda – ‚The New NHS‘ und ‚Modernising Social Services‘

Der Regierungswechsel zu New Labour 1997 brachte die nächste große Wende für das Gesundheits- und Sozialsystem, verbunden mit dem Versprechen, positive Errungenschaften der Reformen vom Anfang der 1990er Jahre zu erhalten, wie z.B. die Priorität für die Primärversorgung, und – mit Hilfe des ‚Dritten Weges‘ – den wesentlichsten Kritikpunkten (schädlicher Wettbewerb, Fragmentierung, Bürokratie und Ungleichheit) abzuhelfen. Partnerschaft sollte als neue gesetzliche Pflicht der Akteure den schädlichen Wettbewerb ersetzen. Wieder sollten NHS und SSDs miteinander integrierte Versorgung realisieren. Die Betonung ökonomischer Effizienz wurde durch einen Fokus auf Qualität ergänzt (Department of Health, 1997; Secretary of State for Health, 1998).

Innerhalb des NHS wurden lokale Organisationen der Primärversorgung (‚Primary Care Groups‘, PCGs) gegründet, um das GP-Fundholdingmodell abzulösen: Sie sollten alle Hausärzte und Gemeindepflegedienste³⁰ in Bezirken von ca. 100 000 Einwohnern unter einem organisatorischen Dach zusammenfassen. Sie sollten sich zu Primärversorgungstrusts (‚primary care trusts‘, PCTs) entwickeln und im Zuge dessen die Budgetverantwortung für die meisten Gesundheitsdienstleistungen für ihre Patienten von den bisherigen Gesundheitsbehörden (‚health authorities‘, HAs, regionale Ebene des NHS) übernehmen. Die PCGs/PCTs bekamen die Verantwortung für die Entwicklung und Durchführung einer gemeindebezogenen integrierten Versorgung. Die Kooperation mit den SSDs sollte u.a. durch die Repräsentanz der Kommunalbehörden im Aufsichtsrat der PCGs gewährleistet werden. Health Authorities sollten eine mehr strategische Führungsrolle behalten. Die Arbeit der PCGs/PCTs sollte in lokale oder regionale Gesundheitsprogramme (Health Improvement Programmes) eingebettet werden, unter der Aufsicht der HAs, zusammen mit allen PCGs/PCTs, den NHS Trusts (stationäre und spezialistische Versorger) und den Kommunalbehörden in einer Stadt oder Region. Mit dem Gesundheitsgesetz (‚Health Act‘) von 1999 wurden weitere Instrumente geschaffen, die es den Akteuren erleichtern sollten, die traditionelle Sektorengrenzen zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten zu überwinden: Gemeinsame Budgets, gemeinsame Kommissionsverantwortung und Dienstleistungen über die organisationellen Grenzen hinweg. Diese Instrumente sollten für gemeinsame Investitionsprogramme genutzt werden, um Entwicklungspläne für die Versorgung bestimmter Patienten-/Klientengruppen (z.B. Demenzpatienten) in einer Region mit allen Akteuren gemeinsam festzulegen.

Insgesamt kann man die Maßnahmen für integrierte Versorgung von New Labour als die Nutzung hierarchischer Machtpositionen zur Implementierung bestimmter Netzwerkstrukturen auf lokaler

30 District nurses und health visitors, decken den als medizinisch definierten Teil von Pflege und Prävention ab.

Ebene beschreiben, die durch die gesetzliche Verpflichtung der Akteure zur Zusammenarbeit abgesichert wurde. Innerhalb dieser Netzwerke blieben einige Gestaltungsspielräume für lokale Entscheidungen, um spezifische Prioritätensetzungen und Aufgabenverteilungen zu ermöglichen.

Dadurch, dass New Labour auf das Wertesystem der Öffentlichen Dienste im Allgemeinen und von NHS und SSDs im Besonderen Bezug nahm, wurde die Zustimmung für das Ziel der integrierten Versorgung bei vielen Professionals in beiden Organisationen und in der Öffentlichkeit erreicht (Klein, 1998). Zusätzlich wurde die Nutzung hierarchischer Instrumente weithin als unausweichlich für den Erfolg angesehen und insofern akzeptiert. Damit ist jedoch noch nicht geklärt, inwieweit mit Hilfe einer Verpflichtung zur Kooperation Misstrauen und Fragmentierung auf lokaler Ebene überwunden werden kann.

„Integrierte Versorgung ist ein heißes Thema. ... Die Marktphilosophie bedeutete immer, dass man die eigene Organisation puscht, man ist gut, wenn man die eigene Organisation nach vorne bringt. Was wir jetzt wollen, ist dass die Mitarbeiter vergessen, zu welcher Organisation sie gehören, und tatsächlich die Dienstleistung in den Mittelpunkt stellen, so dass sie stolz darauf sind zur Versorgung alter Menschen insgesamt beizutragen, Teil des gesamten Systems zu sein. ... Das ist eine subtile Veränderung, aber eine große Veränderung in der Einstellung.“ (HA, Director of Performance)

Insgesamt zeigten die Interviews große Zustimmung und verbreitete Aktivitäten hinsichtlich integrierter Versorgung, basierend auf New Labour's gesundheitspolitischem Programm. Neben diesen insgesamt positiven Befunden wurden einige kontraproduktive Tendenzen sichtbar. Gesundheitspolitik ist in England stark politisiert. Die Regierung von Tony Blair hatte sich zu schnellen und sichtbaren Erfolgen verpflichtet, damit hohe Erwartungen in der Öffentlichkeit geweckt und die Dienste einem starken Druck ausgesetzt. Dadurch entstanden zusätzliche Spannungen.

„Es funktioniert nicht in fünf Minuten. Ich weiß das und sie wissen das. Aber sie puschen und puschen immer weiter. ... Ich befürworte etliche ihrer Initiativen; ich stimme mit den Ideen dahinter überein. Aber es kann auch schief gehen, wenn wir nicht mitkommen ... es sind zu hohe Erwartungen in zu kurzer Zeit. Es braucht nämlich viel länger, die Dinge zu verändern, als wir alle es wollen.“ (SSD, Planungsverantwortliche)

Die Regierung gefährdete vielleicht die Bedingungen für Netzwerkentwicklung und die Zustimmung für integrierte Versorgung, indem sie sofortige Resultate brauchte und forderte, und stark auf Kontrollmechanismen fokussiert war. So können langfristige Ziele wie integrierte Versorgung durch entgegengesetzte Implementierungsstrategien konterkariert werden (Martin, 2000).

Insgesamt allerdings konnten die Politikinitiativen von New Labour für integrierte Versorgung zum damaligen Zeitpunkt als erfolgreich angesehen werden. Sie waren in der Lage, generelle Zustimmung über die Sektorengrenzen hinweg zu erlangen; ihre strukturellen Innovationen kreierten neue Möglichkeiten für Kooperation auf lokaler Ebene.

5.1.2 *Die Niederlande*

Das niederländische Gesundheitssystem ist ein komplexes Gebilde aus öffentlichen und privaten Organisationen mit als relativ gering angesehener hierarchischer Gestaltungsmacht der jeweiligen Regierung. Die Anbieterseite bilden hauptsächlich gemeinnützige Stiftungen und einige wenige private Organisationen. Die Finanzierung ist durch ein gesetzlich genau reguliertes Versicherungssystem geregelt. Das System ist hausarztorientiert (mit einer Gatekeeperfunktion für die Hausärzte); Hausärzte sind in der Regel unabhängig und arbeiten in Einzelpraxen, öfter aber noch in Gruppen-

praxen. ‚Secondary care‘³¹ – Sekundärversorgung - wird weitgehend über Polikliniken in Krankenhäusern abgedeckt. Das Versicherungssystem (nach 2002 weiteren wesentlichen Veränderungen unterworfen) war in zwei Sektoren für langfristige Versorgung und kurzfristige Versorgung aufgeteilt (‚cure‘ und ‚care‘), die durch getrennte Gesetze geregelt waren. Seit 1942 war die ambulante und stationäre medizinische Versorgung (Primär- und Sekundärversorgung) im Rahmen eines verpflichtenden Sozialversicherungssystems Bismarck’scher Prägung geregelt und 1964 als Gesetz abgesichert worden (Ziektfondswet, ZFW). Ähnlich wie in Deutschland bestand ab einer bestimmten Einkommenshöhe die Möglichkeit zur Privatversicherung. Die niederländische Bevölkerung war so zu annähernd 100 Prozent versichert. Langfristige Versorgung, die Pflege älterer, behinderter und psychisch kranker Menschen eingeschlossen, sowie auch die psychiatrische Versorgung, galten als unversicherbare Risiken für ein teilweise privatwirtschaftlich organisiertes Versicherungssystem. Deshalb wurde 1967 das Gesetz für besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ) als obligatorische öffentliche Versicherung konzipiert. Die institutionelle Struktur mit getrennten Finanzströmen hat ebenso zwei getrennte Bereiche von Anbietern entstehen lassen, mit getrennten Organisationen und Regulationen. Dies wurde als wesentliche Barriere gegen integrierte Versorgung angesehen.

Aus einer zuvor sehr zurückhaltenden Position des Staates – gegenüber einer ursprünglich unabhängig und in großen Teilen konfessionell organisierten Gesundheitsversorgung – hat sich seit den 1970er Jahren eine mehr steuernde Rolle der Regierung – vertreten durch das Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport – entwickelt, als Reaktion auf Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die auf den medizinisch-technischen Fortschritt und das Altern der Bevölkerung zurückgeführt wurden. Niederländische Regierungen werden für gleichen Zugang, Qualität und Effizienz verantwortlich gemacht. Ihr Spielraum, weit reichende und kontroverse Reformen durchzusetzen, schien jedoch lange Zeit begrenzt. Niederländische Regierungen waren immer Koalitionen von zwei oder mehr Parteien, und mussten darüber hinaus einen Konsens mit den Akteuren im Feld (im wesentlichen Anbieterorganisationen und Versicherer) erreichen. Umfassende Veränderungsprogramme wurden mehr als einmal seit dem zweiten Weltkrieg in Angriff genommen, konnten aber gegen den Widerstand der Interessengruppen (und ihrer Vertreter in den Parteien) nicht durchgesetzt werden. Veränderungen fanden in inkrementellen und konsensuellen Schritten statt (Elsinga, 1997; Mur-Veeman et al., 1999; van Raak & Mur-Veeman, 1996). Debatten über umfassende Reformen wurden stets fortgesetzt (z.B. über eine vereinheitlichte Basisversicherung³²), von einigen Politikwissenschaftlern allerdings als Ritual oder Pseudo-Politik beschrieben (Grinten, 1997), da die inkrementelle Natur von Veränderungen, basierend auf gesellschaftlichem Konsens, als der niederländischen Politikultur inhärent angesehen wurde³³.

In den Niederlanden waren die Unterschiede zwischen gesundheitspolitischen Perioden dem inkrementellen Charakter der Politikentwicklung entsprechend weniger deutlich als in England.

Am Ende der 1980er Jahre und zu Beginn der 1990er Jahre versuchte die damalige Regierung einen tief greifenden Strukturwechsel durchzusetzen, um das verknöcherte und fragmentierte Gesund-

31 fachärztliche Versorgung (allerdings in stärkerem Maße, als man mit dem deutschen Begriff und im deutschen Bezugsrahmen assoziiert, von interdisziplinären Teams vorgehalten)

32 Diese ist zum Anfang des Jahres 2006 nach mehr als 15jähriger Auseinandersetzung tatsächlich eingeführt worden.

33 In der Tat sind auch diese Grundfesten niederländischer Politik im Zuge der gesellschaftlichen und politischen Veränderungen im Zusammenhang mit Pim Fortuyn deutlich erschüttert worden – das Polder-Modell hat seine Eindeutigkeit und Überzeugungskraft stark eingebüßt.

Tatsächlich ist inzwischen auch eine grundsätzliche Umstrukturierung in Richtung einer allgemeinen Basisversicherung mit einheitlicher Prämie durchgeführt worden; diese wurde noch zum Zeitpunkt der vorliegenden Studie von vielen Experten für unwahrscheinlich gehalten.

heitssystem zu vereinheitlichen und zu vereinfachen. Es gab eine Zielvorstellung (Blaupause), die top-down implementiert werden sollte. Dieser Versuch verlor auf dem Weg immer mehr an Zustimmung, unterließ er es doch, die starken halb-autonomen Akteure des Gesundheitssektors, Versicherer und Leistungsanbieter, zu beteiligen, und ignorierte so die auf Konsens angelegte politische Kultur bzw. die auf Konsens angewiesene Machtstruktur. Das sich entwickelnde Debakel gab Anlass zu einer Korrektur: Zwar wurde eine umfassende Systemveränderung weiter diskutiert, gleichzeitig wurde aber der inkrementelle und konsensuelle Politikstil wiederbelebt. Ab 1994 wurde eine schrittweise Deregulierung begonnen, und wurden finanzielle Anreize für Kooperation über Sektorengrenzen hinweg eingeführt. Dieser Weg war darin erfolgreich, ein innovatives Klima zu fördern, in dem sich unzählige integrative Netzwerke in der Gesundheitsversorgung entwickelten, ebenso auch eine Welle von Fusionen von Gesundheitsorganisationen mit ambivalenten Folgen für integrierte Versorgung. Diese Entwicklungen werden im Folgenden genauer analysiert.

5.1.2.1 Entwicklungsprozesse in den 1990ern

1987 stellte die so genannte ‚Dekker-Kommission‘ einen weitgehenden Reformplan vor. Er beinhaltete – entsprechend den verbreitet neoliberalen politischen Vorstellungen in dieser Zeit – verstärkte Marktanreize, mit der die Effizienz des Systems verbessert werden sollte. Gleichzeitig gab es eine Blaupause für eine vereinheitlichte Basisversicherung für alle Einwohner der Niederlande, um das finanzielle und administrative System zu vereinfachen. Durch die Auflösung der finanziellen Grenzen zwischen den Sektoren sollte die Versorgungsintegration erleichtert werden. Die Einführung der ersten Schritte der Reform in den Jahren 1989 und 1992 stieß auf zunehmenden Widerstand. Anstatt in neue Verhandlungen einzutreten und insofern den Konsenshabitus einzuhalten, ignorierte der damalige Gesundheitsminister Simons (in einer Koalition aus Christdemokraten und Sozialisten, 1989-1994) die Opposition und verlor die Unterstützung seiner Regierung und der Öffentlichkeit. Die Reform wurde gestoppt. Das Scheitern wurde seiner Ignoranz gegenüber der geltenden politischen Kultur zugeschrieben (Elsinga, 1997; van Raak & Mur-Veeman, 1996). Die Trennung zwischen den beiden Versicherungsbereichen blieb bestehen. Dennoch wurden einige Reformideen weiter verfolgt und schrittweise realisiert.

1992 waren hauptsächlich im ZFW-Bereich einige Maßnahmen zur Deregulierung implementiert worden: die Versicherten konnten fortan ihre Versicherung wechseln; regionale Grenzen für die einzelnen Versicherungen wurden aufgehoben. Das Recht anerkannter Anbieter auf Versicherungsverträge wurde in kleinen Schritten eingeschränkt, zunächst für kleine Anbietergruppen im ZFW-Bereich. Festgelegte Tarife für Dienstleistungen (verhandelt auf nationaler Ebene zwischen Versicherern, Anbietern und dem COTG (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg), der Nationalen Gesundheitstarifbehörde) wurden ersetzt durch Maximumtarife, um Vertragsverhandlungen zwischen Versicherern und Anbietern flexibler zu machen. Das COTG war allerdings ermächtigt, die Tarife an ein generelles Maximumbudget anzupassen; insofern gab es eine staatliche Beschränkung der Markt- und Kostenentwicklung.

Traditionelle Regulierungen, die die Strukturen stabil, aber verkrustet und unflexibel gehalten hatten, wurden so schrittweise gelockert. Generell bekamen die Versicherer mehr Gestaltungsmacht, um den Spielraum der Anbieter, die als zu mächtig angesehen wurden, einzugrenzen. Sowohl Versicherer als auch Anbieter erwarteten stärkeren Konkurrenzdruck und reagierten mit Fusionen und Koalitionen, um ihre Wettbewerbspositionen zu sichern. Tatsächlich entwickelten sich die Beziehungen wenig kompetitiv, sondern wurden durch gegenseitige Abkommen geregelt: der jeweils regional dominante Versicherer handelte Verträge aus, die dann von den anderen Versicherern übernommen wurden; Anbieter verhandelten in der Regel auf Verbandsebene (Grünwald & Kwartel, 1996). Diese Praxis erhöhte Transparenz und Vertrauen, und minimierte Unsicherheit auf beiden

Seiten. Ein solches Muster kann als typisch für die niederländische Kultur angesehen werden: Lösungen werden auf Gruppenebene gesucht (Grinten, 1996, 1997), ohne das Partialinteressen vernachlässigt werden. Die ‚lockere‘ Adoption und Adaption von Marktmechanismen im Gesundheitssystem kann zu historisch entwickelten kulturell-politischen Mustern in Beziehung gesetzt werden: Staatliche und wirtschaftliche Interessen wurden in den Niederlanden über Jahrhunderte als komplementär verstanden; Geschäftsinteressen wurden nicht als antagonistisch zum Allgemeininteresse angesehen; und kooperative Netzwerke waren stärker als anderswo essentielle Bestandteile niederländischer Märkte (Waarden, 1992).

Ab 1994 setzte die neue Gesundheitsministerin Borst (Sozial-liberale Koalition 1994-1998, 1998 wiedergewählt) vorerst einen offiziellen Schlusspunkt unter die ‚Blaupausenstrategie‘ in der Gesundheitspolitik und entschied sich offen für eine inkrementelle Politikstrategie (Grinten, 1997). Gleichzeitig legte die neue Regierung programmatische gesundheitspolitische Schwerpunkte auf Patientenorientierung und integrierte Versorgung, und erleichterte regionale Entscheidungsprozesse der wichtigen Akteure. Patientenrechte wurden durch mehrere Gesetze zwischen 1994 und 1996 gestärkt. Für die AWBZ-Dienstleistungen wurde die Möglichkeit der Direktzahlung an die Versicherten eingeführt. Finanzielle Anreize sollten Kooperationen zwischen den Anbietern stimulieren. Für eine integrierte Bedarfserhebung und -planung für den AWBZ-Sektor und für die Begutachtung (assessment) der individuellen Versorgungsbedarfe der AWBZ-Versicherten wurden im Jahr 1997 unabhängige regionale Stellen (Regionale Indicatie Organen, RIOs; in etwa vergleichbar mit den Medizinischen Diensten in Deutschland) eingerichtet, wodurch den Anbieterorganisationen wiederum Entscheidungs- und Planungskompetenzen entzogen wurde. Insgesamt wurden durch verschiedene Gesetze und Regulierungen die Koordinaten des Systems schrittweise verändert.

5.1.2.2 Strategien für integrierte Versorgung

Als absehbar wurde, dass das politische Projekt der Basisversicherung zunächst scheitern würde und andere Wege zur Reintegration der fragmentierten Versorgung gefunden werden müssten, wurden finanzielle Anreize für Innovationsprozesse (‚zorgvernieuwing‘) und maßgeschneiderte Versorgung (‚zorg op maat‘) gesetzt, woraufhin sich eine Vielfalt von Kooperationen entwickelte. Die Rolle der Anbieter entwickelte sich aus einer administrativen in eine kreative unternehmerische Funktion (Grünwald & Kwartel, 1996). Übereinstimmend mit dem Non-profit-Status der meisten Anbieter und den gesellschaftlichen Implikationen des Handlungsfeldes entwickelte sich ein Ideal des sozialen Unternehmers (‚maatschappelijk ondernemer‘) (Boekholdt, 1999). Anhaltende Budgetkürzungen, die gestärkte Position der Versicherer sowie die vermutete zukünftige Vertragsfreiheit stimulierte die Anbieter, die Bandbreite und Flexibilität ihrer Dienstleistungen durch Kooperationen mit anderen Anbietern zu erweitern (Boekholdt, 1998; Grünwald & Kwartel, 1996), z.B. um mit Hilfe ambulanter Dienste frühere Krankenhausentlassung zu ermöglichen. Auch wirkten die sich verändernden Verbraucher- bzw. Patienteninteressen und die gestärkte Patientenposition als Anreiz für integrierte Versorgung. Organisationelle Strategien für integrierte Versorgung nahmen zwei unterschiedliche, sich ergänzende Formen an: Kooperationsprojekte, meist zeitlich begrenzt, und Fusionen.

Im Zusammenhang mit den Finanzierungsprogrammen für innovative und integrative Projekte entwickelte sich seit dem Beginn der 1990er Jahre eine Vielfalt von Projekten auf regionaler und lokaler Ebene, von denen sich viele auf die Integration der Versorgung richteten. Dadurch wurden Netzwerke zwischen den Akteuren geknüpft und Fragmentierungen im System teilweise überbrückt – zwischen Anbietern aus dem ZFW- und dem AWBZ-Sektor, mit oder ohne Beteiligung einer Krankenversicherung oder anderer regionaler Steuerungsakteure. Die Projekte bildeten zusammen ein Netz von Innovationen und Kooperationen, das die unflexiblen alten Strukturen durchdrang und

z.T. überwand, ohne sie jedoch abzuschaffen. Für die Regulierung waren allerdings zusätzliche bürokratische Strukturen notwendig:

„Für jedes Projekt einen eigenen Topf, ... ja, einerseits ist das innovativ und bringt Flexibilität, aber andererseits macht es das sehr kompliziert. ... Es gibt unzählige Töpfe, und man versucht, um es mal so zu sagen, die Verbindungen aus diesen Töpfen zu bauen.“ (Zorg Nederland, Dachverband der niederländischen Krankenversicherer)

Die Projekte förderten allerdings nachhaltige Innovation und integrative Konzepte, und transportierten eine innovative Kultur, indem sie eine „Laborsituation [kreatierten], in der jeder an Projekten beteiligt ist“ (Direktorin der Nationalen Patienten- und Klienten-Vereinigung). Die Kooperationen fanden freiwillig statt, ohne legalen Druck. Auch weil Anreize sich im Laufe der Zeit veränderten, Projektmittel endeten u.ä., wurden kooperative Initiativen aufgebaut, aber auch wieder eingestellt. Eine wesentliche Schwäche dieser ‚Innovationslandschaft‘ war insofern ihre Fragilität und fragliche Nachhaltigkeit (Wieffering & Dukkers van Emden, 1996), ihr bürokratischer Aufwand, und letztendlich die wiederum fragmentarische Realisierung bezogen auf das Gesamtsystem.

Während der 1990er Jahre wurden Fusionen unter Anbietern in beiden Versicherungsbereichen von Regierungsseite her, zum Teil auch durch finanzielle Anreize unterstützt (Vries & Breedveld, 2000), um Kosteneffizienz und Versorgungsintegration zu fördern. Die Fusionen setzten sich in großem Umfang fort; allerdings wurden dadurch erreichbare Verbesserungen bezüglich integrierter Versorgung, Effizienz und Patientenorientierung zunehmend in Frage gestellt (Ipenburg, 2000; Vries & Breedveld, 2000). Die fortlaufende Vergrößerung der Anbieterorganisationen schien mehr Marktinteressen als Patienteninteressen zu dienen; die Position letzterer wurde in sich entwickelnden regionalen Monopolen und nationalen Oligopolen von Anbieterorganisationen als gefährdet gesehen.

„Eine Fusion sollte zur Versorgungsintegration beitragen. Wenn ein Anbieter sowohl ambulante wie stationäre Pflege anbietet, wird er diese Dienste wahrscheinlich leichter so angemessen und effizient wie möglich anbieten. ... Aber wir bekommen große mächtige Einheiten, die zusätzlich noch mit Krankenhäusern koalieren. Und die Nutzer haben keine Wahl mehr, ... sie müssen nehmen, was sie bekommen.“ (RIO, Direktorin)

Eine politische Strategie zur Regulierung der Konzentrationsprozesse existierte nicht, obwohl sie bereits 1994 angekündigt worden war (Elsinga & Kemenade, 1997); und die niederländische Kartellbehörde (Nederlandse Mededinging Autoriteit, NMA) hatte noch nicht interveniert (Groot et al., 2000).

Die Erwartungen an die Rollen der Akteure der niederländischen Gesundheitspolitik reflektieren ein Tauziehen um Macht und Zuständigkeit zwischen der Regierung und den anderen Akteuren hinsichtlich der Entwicklung, Gestaltung und Regulierung des Systems. Einerseits bestand gesellschaftlicher Konsens darüber, dass die Regierung ihre Rolle eher im Hintergrund zu spielen hat (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (Ministry of Health Welfare and Sports), 2000). Mächtige und weniger mächtige Nicht-Regierungsakteure waren sich darüber einig, dass

„das Polder-Modell in dieser Gesellschaft hoch geschätzt wird. ... Es ist wichtig, dass die beteiligten Parteien (Akteure) in der Diskussion engagiert sind. ... Wenn diese aber die Angelegenheiten gut miteinander regeln, werden die Autoritäten (overheid) sich zurückhalten. Dann ist die Regierung kein Mitspieler mehr.“ (Nationale Patienten- und Klienten-Vereinigung, Direktorin)

Andererseits vertraten Regierungsvertreter und -berater die Auffassung, dass insbesondere die Anbieterorganisationen zu viel Einfluss hatten und stärker für ihre Beiträge zu integrierter Versorgung verantwortlich gemacht werden müssten (Hemmen, 1999; Huijsman, 1999). Versuche der Regie-

rung, ihre regulative Macht einzusetzen und zu verstärken, stießen allerdings auf Protest. Die Anbieterorganisationen beanspruchten den Verdienst für die in Gang gesetzten Innovationen selbst.

„In den letzten zehn Jahren ... hat sich integrierte Versorgung auf breiter Front entwickelt. Meines Erachtens basiert diese Entwicklung auf dem Einsatz der Anbieter. In diesem Land ist Versorgungsinnovation Sache der Anbieter. Aber sie ernten, wie ich finde, für ihre Resultate wenig Anerkennung bei den Autoritäten. Diese sind einseitig auf Kontrolle fixiert.“ (Pflegeheimbetreiber, Direktor)

Die Regierung musste mit diesen Spannungen im niederländischen System umgehen und die Kapazitäten der unabhängigen Akteure für öffentliche Anliegen wie eben integrierte Versorgung durch geschicktes Verhandeln und Regulieren einzubinden suchen und die Partialinteressen unter Kontrolle bringen. Die Praxis integrierter Versorgung entwickelte sich durch Managemententscheidungen von Anbietern und Versicherern im Feld, beeinflusst von deren zweifacher Verpflichtung gegenüber dem Allgemeinwohl und dem eigenen Interesse, und gelenkt durch staatliche Anreize und Regulierungen.

Im Allgemeinen war die inkrementelle Politikstrategie in den Niederlanden erfolgreicher in der Förderung integrierter Versorgung. Durch Schritte der Deregulierung und durch Anreize zur Kooperation konnte die Regierung die ‚soziale Unternehmerschaft‘ der Akteure im Feld stimulieren. Die geschaffenen Bedingungen förderten eine innovationsfreundliche Kultur in der Anbieterlandschaft; es wurde zum Wettbewerbsvorteil, sich an kooperativen Projekten zur flexiblen und integrierten Versorgung innerhalb von lokalen und regionalen Netzwerken zu beteiligen.

5.2 England und die Niederlande im Vergleich

Gesundheitspolitische Entwicklungen in beiden Ländern reflektierten internationale Trends. In Teilen der Gesundheits- und Pflegesysteme wurden in den 1990er Jahren wettbewerbliche Elemente eingeführt, die die Entwicklung integrierter Versorgung beeinflussten. Gleichzeitig war regulierendes Handeln durch die Regierungen zu beobachten, das Marktmechanismen einschränkte, aber nicht abschaffte, dies war verbunden mit der Unterstützung für teils mehr, teils weniger selbständige Netzwerkprozesse auf lokaler Ebene. Diese Trends waren in beiden Ländern wirksam, aber in unterschiedlicher Weise.

Am auffälligsten war der Unterschied der jeweiligen Rolle der Regierung – die stärkere Rolle der britischen Regierung im Vergleich zur schwächeren der niederländischen Regierung. In England war eine starke Exekutive in der Lage, zweimal in den 1990er Jahren größere Umstrukturierungen durchzusetzen; das korrespondiert mit einer Bemerkung von Rhodes über geringe konstitutionelle Einschränkungen britischen Regierungshandelns: „Wenn sich die Regierung einmal für eine Veränderung entscheidet, kann sie sie durchsetzen“³⁴ (2000, S.350). Scharpf zufolge hat Großbritannien die „am meisten hierarchischen und majoritärenpolitischen Prozesse von allen westeuropäischen Ländern“³⁵ (1996, S.60). Der niederländische Kontext des Regierungshandelns war dagegen durch die Mischung von Markt- und Netzwerkstrukturen in den wohlfahrtsstaatlichen Bereichen charakterisiert und die Regierung nutzte das Instrument der indirekten Regulierungen, um den begrenzten Spielraum für hierarchische Durchsetzung auszugleichen. Der Erfolg niederländischer Regierungen basierte daher eher auf geschickten Verhandlungsstrategien, um Mehrheiten für schrittweise Ent-

34 “Once the government decided on a change, it could force it through“

35 “the most hierarchical and majoritan policy processes of any Western European countries“

wicklungen zur Förderung integrierter Versorgung zu erzielen, sowie auf der Steuerung durch finanzielle Anreize.

Diese Unterschiede können nicht als zwei alternative strategische Optionen von Gesundheitspolitik klassifiziert werden: Die politischen Rollen und Politikstile sind verwoben mit der jeweiligen institutionellen Konfiguration (siehe Tabelle 1). Verglichen mit den Niederlanden konnte die britische Regierung noch eher als ‚Single-Actor-System‘ (Westminster-Modell) angesehen werden (Scharpf, 2000a). Die Niederlande dagegen sind ein klassisches ‚Multiple-Actor-System‘. Zudem sind in Großbritannien die Gesundheits- und Sozialdienste in ihrer Mehrheit noch stets Institutionen der öffentlichen Hand, auch wenn privatwirtschaftliche Anbieter für die sozialen Dienstleistungen eine wachsende Rolle spielten³⁶. In den Niederlanden ist das Gesundheitssystem traditionell geprägt von gut organisierten unabhängigen Akteuren, auch wenn diese an gesetzliche Regulierungen zur Wahrung des Allgemeininteresses gebunden sind.

In beiden Ländern korrespondierte die institutionelle Struktur mit gesellschaftlichen Erwartungen hinsichtlich der Verantwortung der Akteure für die Gestaltung des Gesundheitssystems. In England mussten NHS und SSDs in größerem Masse mit ‚top-down‘-Direktiven umgehen, aber erwarteten auch genau dies; auch wenn lokale Akteure einigen Spielraum hatten. In den Niederlanden sahen die regierungsunabhängigen gesellschaftlichen Akteure die Gestaltung des Gesundheitswesens als ihre Sache. Sie signalisierten Zustimmung für die Werte von Gleichheit des Zugangs und Gleichheit der Versorgung sowie von Versorgungseffizienz im Gesundheitswesen; diese Zustimmung war freilich durch ihre Partialinteressen eingeschränkt. Für die Sicherstellung des Allgemeininteresses musste die Regierung den regulierenden Rahmen ständig weiter entwickeln.

Tabelle 1: Konfigurationsmerkmale im Überblick

	England	Niederlande
Regierung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Single Actor ▪ Starke Exekutive 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multiple Actor ▪ Schwache Exekutive
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Beveridge ▪ Dienste in der öffentlichen Hand ▪ Geringere Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bismarck ▪ Unabhängige Akteure (Versicherer, Anbieter) ▪ Größere Autonomie
Form politischer Veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einschneidende Umsteuerungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inkrementelle Veränderungen
Interaktionsmodi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominant: Hierarchien ▪ Inferior: Netzwerke, Märkte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dominant: Netzwerke, Märkte ▪ Inferior: Hierarchie
Netzwerktypen bei integrierter Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verordnete Netzwerkformen ▪ Verpflichtete Teilnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lose verbundene Netzwerke ▪ Freiwillige Teilnahme
Potentiale (P) vs. Schwächen und Risiken (S)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P: Kapazität für Veränderung gegen Widerstände ▪ S: zu radikale Veränderungen; Risiko, existierende Netzwerke zu beschädigen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ P: Unterstützung für Veränderungen durch Verhandlung ▪ S: Unterbleiben notwendiger Veränderungen; fragmentarische Umsetzung

36 Public-private partnerships spielen seither auch eine zunehmende Rolle im Gesundheitssystem.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in England hierarchische Entscheidungsmuster, die einen strikteren Rahmen für lokale Netzwerke definierten, im Mix der Steuerungsmechanismen das größere Potential zeigten. In den Niederlanden spielten selbständigere Netzwerke, beeinflusst durch wettbewerbliche Anreize und staatliche Regulierungen, eine größere Rolle.

5.3 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die Fälle England und Niederlande zeigen unterschiedliche Steuerungsansätze. In beiden Ländern ereignete sich dann Politikversagen, wenn die jeweiligen Spielregeln – Institutionen – durch die Politik missachtet wurden. Dann trafen politische Steuerungsversuche auf Widerstand und Versuche, die Entwicklung integrierter Versorgung voranzubringen, schlugen fehl. Fortschritte wurden sichtbar, wenn die Politikentwürfe von den institutionellen Potentialen geschickten Gebrauch machten. Dies verweist auf die Pfadabhängigkeit erfolgreicher Steuerungsversuche. In beiden Ländern fanden im Untersuchungszeitraum Politikwechsel statt, die jeweils strukturell und kulturell anschlussfähigere Strategien als die vorhergehenden hervorbrachten und erfolgreicher im Sinne integrierter Versorgung waren. Diese Politikwechsel können als Ergebnisse politischer Lernprozesse angesehen werden, als Effekte von ‚policy feedback‘ (Pierson, 1993). Die Formen der Veränderungen waren allerdings den institutionellen Konfigurationen entsprechend verschieden: In England gab es einen scharfen Wechsel von einer Politik zur anderen, der in der medialen und politischen Öffentlichkeit inszeniert wurde; in den Niederlanden waren mögliche Politikwechsel über Jahre in der öffentlichen Diskussion und wurden Schritt für Schritt implementiert.

Beide Konfigurationen zeigten charakteristische Potentiale und Gefährdungen, die für Politikentwicklungen berücksichtigt werden müssen. Scharpf schreibt Single-Actor-Konstellationen eine größere Kapazität für politische Veränderungen zu, da sie in den Politikentwürfen inhärente ungelöste Konflikte leichter überwinden können. In diesen Systemen ist „hierarchische Steuerung eine institutionell verfügbare Option“³⁷ (Scharpf, 2000a, S.776). Das stärkere Veränderungspotential als solches ist jedoch nicht notwendigerweise immer Multiple-Actor-Konstellationen überlegen (Scharpf, 1993, S.767). Radikale Veränderungen können destruktive Erschütterungen hervorbringen und soziales Kapital beschädigen (Kickert & Koppenjan, 1997; Ostrom et al., 1994). Zudem waren auch in England politische Steuerungsversuche nicht immun gegenüber Reaktionen von Stakeholdern und der Öffentlichkeit – allerdings eher später im Politikprozess, verstärkt in der Implementierungsphase. Deshalb muss die britische exekutive Macht mit Sorgfalt benutzt werden und der Verführung von ‚zu viel zu schnell‘ widerstehen. Politische Ziele müssen durch angemessene Strategien unterstützt werden: Inhalte und Methoden von Implementierung und Kontrolle müssen an institutionelle Möglichkeiten, aber ebenso an die sachlichen Erfordernisse – in diesem Falle langfristige Netzwerkentwicklung für integrierte Versorgung – angepasst werden.

Multiple-Actor-Systemen wird ein Potential für inkrementelle Veränderungen zugeschrieben, die an jeweilige komplexe Situationen präzise angepasst werden können (fine-tuned). Insofern wird auch die inkrementelle Natur niederländischer Gesundheitspolitik gelegentlich als vorteilhaft beschrieben, weil erschöpfende Debatten das Risiko radikaler oder nicht ausgereifter Politikentwürfe minimieren (Grinten, 1997). Andererseits kann dadurch die Kapazität für notwendige Veränderungen fehlen (Scharpf, 2000a; van Raak & Mur-Veeman, 1996)³⁸. Angesichts der relativen Autonomie der unabhängigen Akteure kann auch die Implementierung beschlossener Veränderungen fragmentarisch bleiben, wie im Fall integrierter Versorgung in den Niederlanden. Die Regierung muss einen

37 “Hierarchical direction is an institutionally available mode of interaction.“

38 – ein gerade aus deutscher Sicht tief empfundener Nachteil ...

Macht- und Strategievorsprung gegenüber den Akteuren aufrechterhalten, um ihr Steuerungspotential abzusichern – das zunehmend durch die eingeführten Marktmechanismen gefährdet sein könnte. Die unterlassene Regulation der Marktkonzentration mag hierfür als Beispiel dienen.

Im Hinblick auf die Erfordernisse von Komplexaufgaben wie integrierte Versorgung konnte erwartet werden, dass erfolgreiche Steuerungsversuche sich darin gleichen, dass sie Netzwerkentwicklungen auf regionaler oder lokaler Ebene ermöglichen und unterstützen, i.e. dass sie günstige Bedingungen für kooperative und flexible Entscheidungsprozesse von teil-autonomen Akteuren herstellen. Die untersuchten Prozesse zeigten, dass in beiden Ländern neue Bedingungen für lokale Netzwerke geschaffen wurden. Allerdings unterschieden sich diese erheblich, im Hinblick auf die Freiheitsgrade der Akteure und im Hinblick darauf, inwieweit marktliche bzw. hierarchische Mechanismen die Netzwerkprozesse mit beeinflussten. Erwartungsgemäß gingen die stärker hierarchischen Prozesse in England mit einer relativ geringeren Autonomie der lokalen Akteure einher, während stärker marktförmige Prozesse in den Niederlanden eine höhere Autonomie der lokalen Akteure mit sich brachten.

Im Vergleich dieser beiden Fälle bestätigte sich, dass sich Politikentwürfe – und Politikerfolge! – nicht ohne weiteres in einem engeren Sinne übertragen lassen. Von den Erfolgen und Misserfolgen in England und den Niederlanden lässt sich keine beste Strategie generalisieren. Allerdings darf verallgemeinert werden, dass Komplexaufgaben wie integrierte Versorgung ein Regierungshandeln erfordern, das günstige Bedingungen für Netzwerkentwicklungen entstehen lässt; aber die Weise, wie diese zu kreieren sind, und, ein Schritt weiter, diese Bedingungen selbst müssen der je gegebenen institutionellen Konfiguration angepasst sein. Es scheint in hohem Maße von den strukturellen und kulturellen Institutionen abzuhängen, ob eine bestimmte Mischung von Interaktionsformen in einem Land erfolgreich wirkt oder nicht – wie neo-institutionelle Theorie konstatiert und wie die vorliegende Untersuchung bestätigt.

6 Integrierte Demenzversorgung in England und den Niederlanden³⁹

In diesem Kapitel wird die Demenzversorgung in England und den Niederlanden im Hinblick auf die empfohlenen Standards und auf deren Realisierung verglichen, unter besonderer Berücksichtigung des Problems der Versorgungsintegration.

Im ersten Schritt wurden offizielle und halb offizielle Empfehlungen für Demenzversorgung⁴⁰ in beiden Ländern gesichtet und zusammengefasst, um den jeweils geltenden ‚state of the art‘ festzustellen; in einem zweiten Schritt wurde der allgemeine Stand der Versorgung, wie er in der Literatur beschrieben und von Demenzspezialisten in den beiden Ländern in Interviews beschrieben wurde, den Empfehlungen gegenübergestellt⁴¹. Die wesentlichen Probleme, in beiden Ländern ähnlich beschrieben, wurden in ihrem institutionellen Kontext analysiert, um Innovationsbarrieren identifizieren zu können. In einem nächsten Schritt wurden – zunächst subtil erscheinende – Unterschiede in

39 Dieses Kapitel basiert wesentlich auf: Susanne Kümpers, Ingrid Mur, Hans Maarse, Arno van Raak (2005). A comparative study of dementia care in England and The Netherlands using neo-institutionalist perspectives. *Qualitative Health Research*, 15 (9), S. 1199-1230

40 Dokumente von Regierungs-, Wissenschafts- und Patientenorganisationen

41 Die Interviews wurden im Jahr 2002 durchgeführt, Literatur und relevante Dokumente bis 2003 erfasst.

den Standards und in der Umsetzung zwischen den Ländern, die auf unterschiedliche Prioritäten in der Demenzversorgung hindeuten, innerhalb der nationalen Konfigurationen interpretiert.

Vorbereitend werden zunächst allgemeine Trends in der Demenzversorgungsdebatte skizziert.

6.1 Demenzversorgung im Wandel

Die Zahl der Demenzerkrankungen steigt beträchtlich in alternden Gesellschaften. Da die Prävalenz mit dem Alter zunimmt, müssen diese Gesellschaften mit einem Anstieg um das Zwei- bis Dreifache in den kommenden Jahrzehnten rechnen (Alzheimer's Society, 2000; Gezondheidsraad, 2002). Der bereits spürbare Anstieg und diese Vorhersagen haben zu einer erhöhten gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit für Demenzerkrankungen und für die daraus entstehenden Herausforderungen für die Gesundheits- und Sozialsysteme beigetragen (Audit Commission, 2002b; Department of Health, 2001b; Gezondheidsraad, 2002).

Gesellschaftliche Konstruktionen der Demenz und der Demenzversorgung beeinflussen die Einstellungen und Sichtweisen von Professionals, von pflegenden Angehörigen und von den Menschen mit Demenz selbst, die Beziehungen zwischen ihnen und allen anderen Beteiligten und die angebotene Versorgung.

In den 90er Jahren wurden in vielen Ländern traditionelle Sichtweisen über Demenz und Demenzversorgung in Frage gestellt (Marshall, 1997). Das biomedizinische Modell der Demenz war für lange Zeit assoziiert mit ‚therapeutischem Nihilismus‘ und einer pessimistischen Sicht auf Menschen mit Demenz, fokussiert auf die fortschreitende Erkrankung des Gehirns (Cox et al., 1998). Gedächtnis- und Funktionsverlust wurden oft gleichgesetzt mit Persönlichkeits- und Erlebnisverlust (Kitwood, 1997). Diese Perspektive hatte die professionellen und Versorgungsansätze über lange Zeit weitgehend geprägt, und ebenso zu der großen Furcht vor Demenzerkrankungen und ihrem Stigma beigetragen. Neue Erkenntnisse reflektieren verschiedene Ansätze innerhalb und jenseits des biomedizinischen Paradigmas (Cantley, 2001; Marshall, 1997). Die allmähliche Distanzierung vom traditionellen biomedizinischen Modell der Demenz hat eine Erweiterung der Wahrnehmung von Menschen mit Demenz ermöglicht, orientiert an einem sozial-konstruktivistischen Modell von Behinderung, sowie sozialpsychologischen und persönlichkeitsorientierten Modellen (Bond, 2001)⁴². Neue therapeutische Ansätze wie das der Validation, Reminiscence Therapy und der sensorischen Stimulation („snoezelen“) haben Eingang in den therapeutischen Alltag gefunden. Sie fokussieren auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und ihre Kapazität, Lebensqualität zu erleben (Miesen & Jones, 1997). Anstelle des graduellen Verlusts kognitiver Funktionen werden die verbleibenden emotionalen und kommunikativen Möglichkeiten in den Mittelpunkt der Versorgungsbeziehungen gestellt. Perspektiven eines veränderten Behinderungsmodells verweisen darauf, dass die Kapazitäten von Menschen mit Demenz, ein individuelles Leben zu leben und am sozialen Leben zu partizipieren, vom Kontext ihrer Sozial- und Umweltbedingungen abhängig sind (Cameron, 2000; Cox et al., 1998; Kitwood, 1997; Strässer & Cofone, 2000). In den letzten Jahren haben pharmakologische Fortschritte bezogen auf die Frühstadien der Alzheimererkrankung⁴³ auch die medizinischen Ansätze in der Demenzversorgung dadurch neu orientiert (McKeith & Fairbairn, 2001), dass Differentialdiagnosen im Frühstadium und damit die Information von Patienten und Angehörigen wichtig wurden.

42 Für dieses Discussion Paper werden sie unter ‚soziales Modell‘ zusammengefaßt.

43 Bei einem Teil der Patienten scheinen Cholinesteraseinhibitoren (ChEI) den Fortgang der Alzheimerkrankheit zu verzögern.

Innovative Versorgungsvorstellungen, basierend auf einem sozialen Modell, sind unter Fachleuten mittlerweile weit verbreitet, lassen sich aber nicht ohne größere Anstrengungen in die alltägliche Praxis transferieren. Versorgungspfade werden zunehmend als sinnvolle Instrumente angesehen, um integrierte Versorgungsprozesse für Patientengruppen mit komplexem Versorgungsbedarf zu implementieren. Der Begriff ‚Versorgungspfad‘ verweist auf einen „festgelegten Versorgungsplan für Patienten mit einer bestimmten Diagnose“ (Naidoo & Bullock, 2001, S.3), der eine empfohlene Route für Patienten durch das Versorgungssystem beschreibt. Versorgungspfade definieren die im Allgemeinen notwendigen Dienstleistungen, die Aufgabenverteilung und die erforderlichen Verbindungen zwischen den beteiligten Organisationen und Professionen. Sie sollten die jeweils aktuellen Erkenntnisse und Qualitätsstandards reflektieren und entwicklungs offen gehandhabt werden. Für die vorliegende Studie ist das Konzept weit ausgelegt, Gesundheits- und Pflegedienstleistungen und weitere Unterstützungsaktivitäten umfassend und so über rein medizinische Versorgung hinausgehend (Campbell et al., 1998).

Um ein besseres Verständnis für den Kontext der Ergebnisse zu ermöglichen, sind die für die Demenzversorgung wesentlichen Charakteristika der niederländischen und englischen Gesundheits- und Sozialversorgungssysteme in einer Tabelle zusammengestellt (siehe Appendix 1).

6.2 Demenzversorgung in England und den Niederlanden: State of the art (Empfohlene Standards)

Amtliche und halb-amtliche Publikationen und solche von etablierten wissenschaftlichen und Fachorganisationen wurden gesichtet, um die wesentlichen derzeitigen Empfehlungen zur Demenzversorgung in beiden Ländern zusammenzustellen. Die Ergebnisse sind tabellarisch in den Appendices⁴⁴ 2 (England) und 3 (Niederlande) dargestellt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich, wie auch in internationalen Dokumenten und Literatur (z.B. EACH, 1997b; EACH, 1997a; Furnish, 2002), eine breite Übereinstimmung bezüglich der Ziele und Mittel der Demenzversorgung in England und den Niederlanden zeigte, die zunehmend innovative Versorgungskonzepte (s.o.) einbezog. Entlang eines typischen Versorgungsverlaufs lassen sich diese Empfehlungen (Stand 2002) wie folgt zusammenfassen:

Der frühzeitigen Identifikation, Diagnose und nachfolgendem umfassenden Assessment wurde ein hoher Stellenwert eingeräumt (Alzheimer Nederland, 2001b; Alzheimer's Society, 2000; Audit Commission, 2000; Department of Health, 2001b; Gezondheidsraad, 2002). Aus medizinischer Sicht sollte eine frühzeitige Differentialdiagnose die Behandlung reversibler Ursachen dementieller Symptome (Eccles et al., 1998; Nederlands Huisartsen Genootschap, 1998) und die Medikation der Alzheimererkrankung mit ChEI⁴⁵ ermöglichen (Department of Health, 2001b; Gezondheidsraad, 2002). Nicht-medizinische Argumente (Alzheimer Nederland, 2002; Alzheimer's Society, 2000) betonten den Wert frühzeitiger Diagnosen, weil diese Patienten und pflegenden Angehörigen den Weg zu weitergehenden Informationen ebnet, ein Verständnis der Symptome erlauben, eine gemeinsame Zukunftsplanung und das Erlernen von Bewältigungsstrategien anregen sowie den Zugang zu Ver-

44 Die Empfehlungen sind differenziert in ‚Versorgungsaktivitäten‘, ‚Integrationsorientierte Aktivitäten‘ und ‚Kompetenzorientierte Aktivitäten‘. Diesen wurden per Land jeweils die Befunde zur vorherrschenden Versorgungsrealität (erhoben durch Literatur- und Dokumentenanalyse sowie durch Experteninterviews) gegenübergestellt (siehe 5.3).

45 Cholinesterase-Inhibitoren, die bei einem Teil der Demenzerkrankten eine Verzögerung der kognitiven Verluste oder zeitweise eine Verbesserung der kognitiven Funktionen bewirken sollen. Diese Wirkungen sind allerdings international umstritten.

sorgungsangeboten schaffen; interessanterweise wurde in den Niederlanden diese Unterstützung vorrangig für die Angehörigen, aber weniger für die Patienten gefordert.

Diagnosen und Assessments sollten, darüber bestand weitgehende Übereinkunft, ambulant und wohnortnah (community care) koordinierte, maßgeschneiderte und flexible Versorgungsprozesse initiieren, mit einem Fokus auf Krisenprävention anstelle von Reaktionen lediglich auf eingetretene Krisen. Die Versorgung sollte die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen befähigen, ihren Alltag (functioning) und ihre Lebensqualität nach Möglichkeit aufrechtzu erhalten, und einer Überbelastung vorbeugen. Regelmäßiges Monitoring wurde für notwendig gehalten, um die Versorgung an Veränderungen im Krankheitsverlauf und im informellen Hilfesystem anzupassen (Naidoo & Bullock, 2001; Stoop & Vermolen, 1999). Umfassendes Case Management wurde für unerlässlich gehalten, um Patienten und ihre Angehörigen zu unterstützen, und um die Koordination der Versorgung im Verlauf der Krankheit (Cameron, 2000; Gezondheidsraad, 2002; Naidoo & Bullock, 2001; Salari, 2000) ebenso wie anpassungsfähige und intensive Unterstützung in Krisensituationen sicherzustellen. Flexible Kooperation galt als erforderlich, insbesondere zwischen generalistischen und den auf Demenz spezialisierten (i.d.R. psychiatrischen) Diensten (Sheard & Cox, 1998). Es bestand Konsens, dass Menschen mit Demenz so lang wie möglich zuhause betreut werden sollten.

Assessments für die Notwendigkeit einer stationären Betreuung sollten mehrere Faktoren berücksichtigen: die erforderliche Versorgung, die Möglichkeiten der pflegenden Angehörigen, Sicherheitsaspekte, die soziale Integration und das Wohnumfeld. Übergangsprozesse in stationäre Versorgung – Entscheidung, Übersiedlung, Eingewöhnung – sollten mit Information und Beratung unterstützt werden (Audit Commission, 2000). Wohn- und Pflegeheimversorgung sollte denselben Prinzipien wie ambulante Versorgung folgen: Sie sollte pro-aktiv sein, individualisiert, eine möglichst autonome Lebensführung im Alltag und die Persönlichkeit unterstützen und dabei auf das bestehende Wissen über Demenzversorgung zurückgreifen (Alzheimer's Society, 2000). Spezialisierte Versorgung sollte Kleingruppensettings, eine behagliche Atmosphäre, angepasstes Design und soziale Stimulierung anbieten sowie kontinuierliche Beziehungen zwischen Bewohnern und Pflegepersonal ermöglichen (Audit Commission, 2002b; Gezondheidsraad, 2002; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1994).

In allen Stadien und für alle Dienstleistungen sollte das Fachpersonal über ausreichendes Wissen und eine ausreichende Ausbildung verfügen, um Menschen mit Demenz verstehen und adäquat mit ihnen umgehen zu können. In diesem Zusammenhang galt die Unterstützung durch (geriatrische und gerontopsychiatrische) Spezialistenteams als unerlässlich (Audit Commission, 2002b; Gezondheidsraad, 2002).

6.3 Ähnliche Unterschiede zwischen empfohlener und realisierter Demenzversorgung in England und den Niederlanden

Für die Zustandsberichte über die Demenzversorgung in beiden Ländern wurden amtliche wie halbamtliche Publikationen⁴⁶ und wissenschaftliche und graue Literatur über Demenzversorgung herangezogen sowie Interviews mit Demenzspezialisten (jeweils acht in England und den Niederlanden) geführt und die Ergebnisse den Empfehlungen gegenübergestellt⁴⁷. Die Bestandsaufnahmen der empfohlenen und der – im Allgemeinen – realisierten Versorgung verwiesen in beiden Ländern auf ähnliche Problemfelder (siehe Appendices 2 & 3). Die allgemeine (d.h. nicht auf Demenz spezialisier-

46 Dokumente von Regierungs-, Wissenschafts- und Patientenorganisationen

47 Die Interviews wurden im Jahr 2002 durchgeführt, Literatur und relevante Dokumente bis 2003 erfasst.

te) medizinische, pflegerische und soziale Versorgung entsprach häufig nicht den Empfehlungen; im Besonderen wurde der Zugang zur spezialisierten Versorgung als unsicher und lückenhaft beschrieben. Die Schnittstellen zwischen allgemeinen und spezialistischen Diensten funktionierten weder im Sinne einer integrierten Versorgung noch im Sinne einer konzeptionellen und kompetenzbasierten Weiterentwicklung der Dienste besonders gut. Im Weiteren werden die wesentlichen Problemfelder in der Versorgung und ihre Auswirkungen auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen beschrieben. Für jeden Bereich werden mögliche Erklärungen aus dem jeweiligen institutionellen Kontext abgeleitet, strukturelle und kulturelle Muster analysiert. In beiden Ländern schienen ähnliche Merkmale die Entwicklung innovativer Versorgungspfade zu behindern: die Professionskultur in der Medizin, traditionelle Pflegemodelle, der Imperativ der Kostensenkung, und die Schwierigkeiten der Integration innerhalb der differenzierten und fragmentierten Versorgungssysteme. Die Erklärungen für diese Befunde waren für den Bereich der Primär- und den der Krankenhausversorgung ähnlich.

6.3.1 Primärversorgung

Hausärzte wurden in beiden Ländern häufig als zum Teil schwierige Partner in der Demenzversorgung beschrieben. Unterlassungen bezüglich frühzeitiger Diagnosestellung und bezüglich der Information und Überweisung beließen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ohne ein mögliches Verständnis der Krankheit und verstellten den Zugang zu möglicher Behandlung und Unterstützung (Alzheimer Nederland, 2001a; Audit Commission, 2000; Hout et al., 2000; Iliffe et al., 2000). Die Folgen für weitere Versorgungsverläufe konnten beträchtlich sein: Sie betrafen ungelöste Ängste, verpasste Behandlungschancen, das Alleingelassenwerden der Angehörigen mit den spezifischen Verhaltensproblematiken der Demenzerkrankten, die Überbelastung der pflegenden Angehörigen, vermeidbare Krisen und Heimeinweisungen – mit anderen Worten, wesentliche Verluste an Gesundheit und Lebensqualität.

Hausärzte arbeiteten in einem Kontext starker Arbeitsbelastung und hoher Fallzahlen. Dies mochte als Anreiz wirken, an tradierten Arbeitsweisen festzuhalten und sich nicht leicht auf ganzheitliche und kooperative Arbeitsansätze einzulassen. Vage und widersprüchliche Empfehlungen in den Leitlinien zur Frage der Überweisung von Demenzerkrankungen an Spezialisten (Eccles et al., 1998; Nederlands Huisartsen Genootschap, 1998) trugen hierzu bei, obwohl die Verschreibung von ChEI, also eine möglicherweise im Frühstadium angezeigte Medikamentierung, gerade die Hinzuziehung der Spezialisten erforderte. Zusätzlich wurden ‚traditionelle‘ Hausärzte aus der Perspektive der Demenzspezialisten als mit ihrer professionellen Kultur dem biomedizinischen Modell verhaftet beschrieben.

„Gleichgültig die meisten, desinteressiert – Hausärzte sind immer in Hektik, sie sind extrem aktive Menschen ... Also, es [Demenzversorgung] ist nicht ihre Sache; im Allgemeinen sind sie nicht gut darin, sie sind nicht aufmerksam. Sie folgen eher ihrem medizinischen Modell, sie sind zu ignorant.“ (Organisationsentwicklungsberaterin im Gesundheitswesen, Niederlande)

Die Anwendung von ChEI bleibt innerhalb des biomedizinischen Modells und bestätigt so das medizinische Paradigma mit der Tendenz, auf pharmakologische Behandlung zu fokussieren und psychosoziale Krankheitsaspekte zu vernachlässigen.

„Es ist phantastisch, wenn sie denken, dass sie etwas tun können [Medikamente verschreiben], aber ich hasse es, dass sie denken, dass das alles ist, was sie tun können, und dass sie nicht wissen, dass eine Strasse weiter ein Angebot zur Unterstützung von Menschen in den frühen Stadien läuft, ..., oder dass pflegende Angehörige ein Recht auf finanzielle Unterstützung haben usw.“ (Demenzversorgungsforscherin, England)

ChEI wurden hier also als Vehikel begriffen, um die Aufmerksamkeit von Hausärzten für Demenzerkrankungen zu fördern; dies aber schien der Ergänzung durch andere Anreize zu bedürfen, um die Perspektiven der Hausärzte wirkungsvoll zu erweitern.

6.3.2 Krankenhausversorgung

Der Umgang von Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer Ko-Morbidität bei älteren Patienten wurde in den Interviews häufig als weithin mangelhaft beschrieben. Er führe zu hohen Raten von unerkannten und unbehandelten Demenzen, Depressionen und Deliren; die generellen Outcomes bezüglich der Verweildauer im Krankenhaus, der Rate der anschließenden Heimaufnahmen, der andauernden Symptomatik und der Mortalität wurden als dürftig beschrieben (Holmes et al., 2002; Koning, 1994; Slaets et al., 1997).

„Das ‚Rein ins Krankenhaus – raus aus dem Krankenhaus‘ nimmt den Menschen ihre Fähigkeiten, das ist schrecklich. Bevor sie aufgenommen werden, sind sie einigermaßen kompetent, wenn sie wieder herauskommen, sind sie völlig verwirrt, immer und immer wieder. Und ca. 40% der Menschen, die in ein Heim gehen, gehen über das Krankenhaus.“ (Dementia Services Development Centre DSDC, UK)

Gleichzeitig wurde über eine Tendenz berichtet, Menschen mit Demenz die Krankenhausaufnahme zu verweigern.

Interessanterweise fanden sich derzeit nur wenige Hinweise auf die schwerwiegenden Probleme in der Akutversorgung für Menschen mit Demenz in gesundheitspolitischen Dokumenten und es gab nur vereinzelt Hinweise in Studien⁴⁸. Allerdings verwiesen so gut wie alle Demenzversorgungsexperten in beiden Ländern auf diese Probleme. Die teilweise Ignoranz der Allgemeinkrankenhäuser gegenüber diesem Thema wurde wiederum zum Teil der vorherrschenden Kultur in der Medizin zugeschrieben.

„Sie denken, Krankenhausversorgung hat mit der Versorgung Demenzkranker nichts zu tun. Das ist eine andere Welt, eine Welt, die mit Demenzerkrankten nichts zu tun haben will und haben sollte. So liegt der Fokus auf ‚Du meine Güte, sie sollten nicht hier sein, aber wenn sie schon hier sind, müssen wir sie schnell wieder herausbringen.‘“ (DSDC, UK)

Ein allgemeines Desinteresse an psychiatrischen Fragen (mental health) (Holmes et al., 2002) wurde als Teil der Kultur in der Akutversorgung angesehen. Strukturelle Elemente wie der Druck auf knappe Ressourcen und die auf biomedizinische Intervention fokussierte dominante Organisationslogik, konnten solche negativen Einstellungen verstärken, weil Patienten mit Demenz im Kontext der Mittelknappheit in der gemeindeorientierten Versorgung und der stationären Pflege Gefahr liefen, mit dem Label ‚Langlieger‘ (‚bedblocker‘) belegt zu werden.

„Wenn man wusste, dass Menschen Demenz hatten, waren die Krankenhäuser erpicht darauf, sie loszuwerden – man bekommt dann jemanden, der große Probleme macht, nicht ruhig im Bett bleibt, andere Patienten beunruhigt und zusätzliche Aufmerksamkeit braucht ... Ja, es gibt viele indirekte Bemühungen, sie los zu werden.“ (Alzheimer Nederland)

48 In Deutschland ist kürzlich ein im Dementia Service Development Centre in Stirling entwickeltes Konzept zum Umgang mit Demenzerkrankten im Krankenhaus veröffentlicht worden (Archibald, 2007).

Strukturelle und kulturelle Mechanismen standen so der Diffusion von ganzheitlicheren und angemesseneren Ansätzen der Demenzversorgung entgegen.

6.3.3 *Pflege*

Sowohl in der häuslichen Pflege wie auch in Altenheimen gab das niedrige Ausbildungsniveau Anlass zu Kritik und Sorge (Audit Commission, 2002a; Gezondheidsraad, 2002); die Versorgungsqualität wurde häufig als zweifelhaft beschrieben. Das Angebot in der ambulanten Pflege und Versorgung (hier war Pflege und Unterstützung im Haushalt gemeint) war oft knapp, zeitlich begrenzt, und es mangelte an Kontinuität des Personals. Für die ambulante Demenzversorgung spezialisierte Teams waren selten. Der Mangel an spezifischen Kenntnissen und Fähigkeiten in der häuslichen Versorgung brachte mit sich, dass mit schwierigem Verhalten, z.B. der Verweigerung gegenüber jeglicher Unterstützung, nicht angemessen umgegangen werden konnte, oder dass auf die Kontinuität bei den Versorgenden nicht genug geachtet wurde. In der Folge arbeiteten professionelle und informelle Pfleger nicht gut zusammen und die Belastung für die letzteren stieg, anstatt verringert zu werden (Train et al., 2001). So wurde das präventive Potential ambulanter Versorgung oft nicht realisiert. Altenheime in beiden Ländern – eingebettet in unterschiedliche nationale Kontexte – waren häufig nicht in der Lage, mehr als eine physische Grundversorgung zu bieten; zu den wesentlichen Konsequenzen gehörten vorzeitige Verluste an Selbständigkeit, Lebensqualität und Gesundheit (Ballard et al., 2002; Gezondheidsraad, 2002)

Sowohl ambulante wie stationäre pflegerische Versorgungseinrichtungen arbeiteten unter Bedingungen des Mangels. Pflegearbeit ist in den meisten OECD-Ländern zunehmend zur schlecht bezahlten und gering qualifizierten Arbeit geworden (Cartier, 2003). Basale Pflegeregime beschränken sich auf die physische Versorgung, bei denen die Menschen sauber, satt und anscheinend sicher gehalten werden. Ein solcher Minimalismus korrespondiert außerdem mit dem tradierten Bild der dementen Person als einer primär vegetativen Existenz (having „turned into a vegetable“, Demenzversorgungsforscherin, UK) und mit althergebrachten Modellen der Verwahrpflege (Bland, 1999; Cartier, 2003). Der Effizienzdruck in wettbewerblich organisierten ‚Pflegeindustrien‘ betrifft die häusliche Versorgung und die Heimpflege gleichermaßen (Oldman & Quilgars, 1999). Der Fokus liegt auf schneller Abwicklung definierter Pflegeaufgaben, auch als ‚Pflegetaylorismus‘ gekennzeichnet (Houten, 1999), oft auf Kosten persönlicher und Beziehungsqualitäten im Pflegeprozess (Malone, 2003). In solchen Kontexten werden subtilere interaktive Ansätze in der Versorgung, wie sie für die Demenzversorgung entwickelt wurden, nicht leicht übernommen. Weiterbildungsangebote für innovative Demenzversorgung wurden entwickelt, waren aber noch nicht weit verbreitet.

„Ich sehe aktuell wenig Kompetenzentwicklung in den stationären Einrichtungen der Demenzversorgung. Die gesamte Preis- und Zuzahlungspolitik hat die Qualitätsbemühungen zurückgedrängt. Die Erfahrung im Management solcher Einrichtungen macht deutlich, dass Qualität etwas kostet: Es ist Arbeitszeit, Ausbildungszeit, es sind Kosten für Supervision und Begleitung. Und darum gab es kaum Investitionen in Kompetenzentwicklung im Umgang mit psychischen / psychiatrischen Problemen.“ (Beraterin, universitäre Forschungs- und Entwicklungsabteilung, UK)

Studien in den Niederlanden haben darüber hinaus ergeben, dass Trainings als solche die Implementierung innovativer Versorgungsansätze nicht garantieren, wenn diese organisationellen Strukturen und Routinen zuwiderlaufen (Heusden et al., 1999; Schrijnemakers et al., 2002). Auch deshalb verlief die Diffusion von Innovationen und Qualitätsverbesserungen schleppend und mit erheblicher Variationsbreite.

6.3.4 *Spezialistische psychiatrische Versorgung*

Die Qualität der spezialistisch-psychogeriatrischen Versorgung wurde vergleichsweise wenig kritisiert; allerdings wurde der Arbeitsansatz von Gedächtnissprechstunden („geheugen poli’s“, „memory clinics“) manchmal als zu eng medizinisch gesehen und ein Mangel an psychosozialen Hilfestellungen konstatiert (Lindesay et al., 2002; Verhey et al., 1999). Wesentlicher waren allerdings Probleme des Zugangs zur spezialistischen Versorgung, die einen beachtlichen Teil der Patienten und ihrer Angehörigen betraf. Diejenigen ohne diesen Zugang entbehrten an sich verfügbare Behandlung und Unterstützung und waren häufig alleingelassen mit den Auswirkungen der Demenzerkrankung.

Den Hintergrund der Zugangsproblematik bildeten Überweisungsroutinen und schlichte Unterkapazität (Audit Commission, 2002b; Gezondheidsraad, 2002). In England waren gerontopsychiatrische Gemeindeteams („community mental health teams“, CMHTs) nicht überall eingerichtet (Audit Commission, 2002b), während die gemeindepsychiatrischen Teams in den Niederlanden (Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, RIAGGs) die weitere Demenzversorgung nach der Diagnose nicht überall als ihre Aufgabe sahen (Gezondheidsraad, 2002). Letzteres reflektierte die Reduktion der Demenz auf neurologisch-kognitive Aspekte innerhalb des medizinischen Paradigmas, durch die die psychiatrischen Unterstützungsbedarfe vernachlässigt wurden (Verhey, 2002). Analog wurde die vorherrschende Fokussierung der Gedächtnissprechstunden auf die Medikation mit ChEI in beiden Ländern als dem medizinischen Paradigma verhaftet und als zu eng gewertet.

6.3.5 *Die Integration der Versorgung*

Das Ausmaß erfolgreicher Koordination variierte erheblich zwischen verschiedenen Orten (Audit Commission, 2002b; Gezondheidsraad, 2002). Das Fehlen umfassender Assessmentprozesse und zugänglicher Case-Management-Programme bedeuteten eine erhöhte Unsicherheit für Patienten und Angehörige, weil diesen keine zuverlässigen Ansprechpartner in den Einrichtungen zur Verfügung standen. Zusätzlich verstärkten die Kooperationsmängel insbesondere zwischen generalistischen und spezialistischen Diensten die qualitativen Probleme der Versorgung und erhöhten das Risiko unerfüllter Versorgungsbedarfe (unmet needs) und krisenhafter Entwicklungen bei den Betroffenen.

Das Zögern bei der Anerkennung der Notwendigkeit umfassender Assessments und Case-Management-Programme, die zur Versorgungsintegration beitragen könnten, ließ sich zum Teil auf den Wettbewerbskontext, die Knappheit zur Verfügung stehender Ressourcen und den Effizienzdruck in den Diensten zurückführen und auf die anhaltende Wirkung des oben beschriebenen nihilistischen Bildes der Demenz. In England waren intensivere Case-Management-Ansätze und Kompetenzen durch die Community Care Reform von 1993 beschnitten worden, indem ein eher administrativ ausgerichteter Ansatz im Versorgungsmanagement („care management“) zum Nachteil von individuell ausgerichteter Fallarbeit implementiert worden war (Challis et al., 2001). Analog war es auch in den Niederlanden schwierig, eine Finanzierung für umfassendes Case Management durchzusetzen.

„Wenn Sie ambulante Versorgung anbieten, wird die Pflegearbeit bezahlt, nicht aber die Koordination, auch nicht die aktivierenden Angebote und die soziale Arbeit. Dies bringt große Probleme, gut kombinierte ambulante Versorgungsprogramme zusammenzustellen, tatsächlich integrierte Versor-

gung mit den Elementen, die die Menschen benötigen.“ (Forschung und Entwicklung in der Versorgung, NIZW, Niederlande).

Zudem waren die Entwicklung und Einführung von Assessment- und Case-Management-Programmen vom Entwicklungsstand lokaler interorganisationeller und interprofessioneller Vernetzung abhängig. Integrationsprozesse waren deshalb komplizierte und störungsanfällige Prozesse, wie die internationale Literatur über integrierte Versorgung impliziert (Hardy et al., 1999; Kümpers et al., 2002; van Raak et al., 2003).

6.3.6 Kompetenz für Demenz

Beratungs- und Weiterbildungsangebote für generalistische medizinische und Pflegedienste durch spezialistische gerontopsychiatrische Teams waren häufig begrenzt oder wurden auch nicht nachgefragt. Dies trug zu den Qualitätsproblemen in der Versorgung bei.

Die Entwicklung einer spezifischen Demenzkompetenz in der Primärversorgung ist von einem solchen Angebot an Training und Beratung und von der Bereitschaft und Kapazität in den allgemeinen Diensten, diese zu nutzen, abhängig. In den medizinischen Diensten (Primär- und Krankenhausversorgung) schien die Dominanz des biomedizinischen Paradigmas die Offenheit für breitere Perspektiven auf die Demenzversorgung zu beeinträchtigen und damit auch die Akzeptanz für Qualifizierungsangebote in demenzspezifischer Kompetenz. In der Pflege waren es eher die Knappheit der Ressourcen und der Fokus auf ‚effiziente Versorgungsprozesse‘, die eine flächendeckende Einführung und Nutzung demenz-spezifischer Weiterbildung erschwerte.

6.4 Unterschiede in den Versorgungspfaden zwischen England und den Niederlanden

Bei der Betrachtung der Bestandsaufnahmen der empfohlenen und der im Allgemeinen realisierten Versorgung fielen zunächst die Ähnlichkeiten auf. Unterschiede erschienen zunächst als eher subtil im Hinblick auf einige Akzente hinsichtlich der angebotenen Dienste, z.B. ein unterschiedlicher Umgang mit der Autonomie der Menschen mit Demenz, oder eine unterschiedliche Balance zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Es wurde deutlich, dass bestimmte Phrasen, die als Empfehlungen in beiden Ländern akzeptiert waren, tatsächlich unterschiedliche Bedeutungen hatten, wie z.B. „die Unterstützung von Menschen mit Demenz in ihrem Zuhause so lange wie möglich“. Bei synthetisierender Betrachtung der Unterschiede in Struktur und Kultur für jedes Land ließen sich allerdings übergreifende gesellschaftliche Muster erkennen, die auf die jeweilige institutionelle Konfiguration verwiesen – und auf unterschiedliche wohlfahrtsstaatliche Orientierungen.

Tabelle 1 präsentiert diese Differenzen:

Tabelle 1: Demenzversorgungspfade: Zusammenfassung der wichtigsten Unterschiede zwischen England und den Niederlanden, Stand 2002

	England	Niederlande
1. Umgang mit Menschen mit Demenz		
<i>Information über die Diagnose</i>	An Patienten und pflegende Angehörige	An pflegende Angehörige; Patienten umstritten.

<i>ChEI</i>	Medikation Teil der Regelversorgung (3 Typen zugelassen)	Zurückhaltend und kritisch evaluiert (1 Typ zugelassen)
<i>Psychosoziale Unterstützung</i>	Fokus auf Patienten und pflegende Angehörige	Fokus auf pflegende Angehörige
<i>Advocacy (Interessenvertretung)</i>	Unabhängiger Dienst; Fokus auf Patienten u. pflegende Angehörige, zunehmend zur Verfügung	Teil des Case Management
<i>Diskussion zum Risiko-Management</i>	Balance zwischen Sicherheit und Autonomie	Fokus auf Sicherheit
<i>Ausrichtung der Alzheimer-Organisationen</i>	Im Wandel zu mehr Beteiligung der Menschen mit Demenz	Minimale neue Initiativen mit Fokus auch auf Patienten
2. Balance zwischen ambulanter und stationärer Versorgung		
<i>Vorhandene Tagespflegeplätze (1990, neuere Daten waren nicht auffindbar)</i>	8,5 Plätze / 1000 Menschen über 65	2,5 Plätze / 1000 Menschen über 65, im Wesentlichen als Überbrückung vor der Heimaufnahme
<i>Vorhandene Plätze in Wohn- und Pflegeheimen</i>	Ca. 49 /1000 Menschen über 65	Ca. 80 / 1000 Menschen über 65
<i>Gesellschaftliche Einstellungen zu stationärer Versorgung</i>	Vorwiegend negativ, als letzte (Not-)Lösung konotiert	Angesehen als notwendig und angemessen speziell für Menschen mit Demenz
3. Kontext stationärer Versorgung		
<i>Anteil psychogeriatrischer⁴⁹ Plätze von allen Heimplätzen</i>	Weniger als 20 %	Ca 50 %, steigend
<i>Anteil der Menschen mit Demenz in nicht spezialisierten Heimen</i>	Sehr hoch (unterschiedliche % - Sätze 60/80 werden angegeben)	Begrenzt (Expertenschätzung: 20%)
<i>Aktuelle Trends der Versorgungsentwicklung</i>	Plätze aktuell sinkend; Heimschließungen wg. Unterfinanzierung und Standarderhöhung	Anstieg in Pflegeheimen, nach Reduzierung von Wohnheimplätzen in den 90ern Wiederanstieg
<i>Versorgungsplanung für Heimplätze</i>	Keine Planungsregeln; häufige Probleme in lokalen Versorgungsmärkten	Nationale Planungsrichtlinien; Planung durch Anbieter/ Versicherer gemeinsam
<i>Wartelistenmanagement</i>	Getrennt für jedes Heim	Meist regional koordiniert
<i>Größe der Wohn- und Pflegeheime</i>	Klein – Mehrheit unter 50 Plätzen	Groß – Mehrheit über 100 Plätzen
<i>Pflegeheime – Pflegekultur</i>	Soziales Modell	Medizinisches Modell, ursprüngl. als Ersatz für Langzeit-KH-Abteilungen
<i>Pflegeheime – Professionsprofil</i>	Höchstes Niveau: ex. PflegerInnen	Höchstes Niveau: Ärzte, Psychologen
<i>Wohnheime – Betreuungskultur</i>	Soziales Modell	Soziales Modell, urspr. gedacht für gesunde Ältere

49 Hier wird der niederländische Ausdruck ‚Psychogeriatric‘ übernommen, der spezifische Demenzversorgung bezeichnet, die aber nicht explizit psychiatrisch verortet ist.

<i>Rolle der Heimanbieter in regionalen Netzwerken</i>	Gering, z.T. marginalisiert	Wichtig, einflussreich (Versorgung wird vom stationären in den amb. Bereich ausgeweitet)
--	-----------------------------	--

4. Wohlfahrtsstaatlicher Kontext

<i>Wohlfahrtsstaatstyp (Esping-Andersen, 1990)</i>	Liberal	Sozialdemokratisch
<i>Rolle von NGOs</i>	Stark, ehrenamtliche und professionelle Dienstleistungen	Schwächer, wenige Dienstleistungen
<i>Fokus der Demenzversorgung in frühen Krankheitsphasen</i>	Fokus auf Autonomie	Fokus auf Versorgung / Betreuung

Im Folgenden werden diese Unterschiede aus einer vergleichenden Perspektive in den Kontext der jeweiligen institutionellen Konfigurationen gestellt. Zunächst die wesentlichen Elemente im Überblick:

In England gab es einen starken politischen Fokus auf die Unabhängigkeit vulnerabler Gruppen – Menschen mit Demenz eingeschlossen –, der die Priorität für ambulante wohnortbezogene Versorgung gegenüber einer stationären (Heim- oder auch Krankenhaus-) Versorgung und verbreitet negative Einstellungen gegenüber der Heimversorgung verstärkte. Letztere wirkten sich wiederum nachteilig auf eine mögliche Vernetzung/ Integration der Heimversorgung mit dem übrigen Versorgungssystem aus und trugen zu den im europäischen Vergleich niedrigen Raten der bereitgestellten Heimplätze bei – die ihrerseits wiederum die Betonung und Bedeutung der ambulanten Versorgung verstärkten.

In den Niederlanden waren die Demenzversorgungspfade durch die traditionell hohen Raten der Heimplätze – basierend auf gesellschaftlichen Einstellungen zum Alter und zum Wohlfahrtsstaat – und durch den relativ großen Einfluss akademisch qualifizierten Pflegeheimpersonals geprägt, zusätzlich verstärkt durch einen (regional unterschiedlichen) tabuisierten Umgang mit der Demenz. Der Fokus lag auf der Versorgung von bzw. der Fürsorge für Menschen mit Demenz und – vergleichsweise – weniger auf ihrer Partizipation und schien, im Vergleich zur Situation in England, relativ paternalistisch. Durch die höhere Anzahl der Heimplätze bestand vermutlich auch ein geringerer Druck auf die ambulante Versorgung, die Entwicklung von Coping-Strategien von Demenzpatienten und ihren Angehörigen für ein Leben außerhalb des Heims zu unterstützen.

Die genannten Unterschiede verweisen auf die jeweiligen nationalen institutionellen Rahmenbedingungen, die im Folgenden in Bezug auf ambulante und stationäre Versorgung erörtert werden.

6.4.1 Ambulante Versorgung

In England wurde die Autonomie auch der Menschen mit Demenz zunehmend zu einem wichtigen Thema in der Versorgungsdebatte (Baragwanath, 1997; Dunning, 1997; Robson & Locke, 2002). Die Aktivitäten (Initiativen, Angebote) für Menschen in den Frühstadien der Demenz verstärkten sich gegenseitig, wobei den ChEI eine wesentliche Katalysatorfunktion zugeschrieben wurde:

„Erst in den letzten drei oder vier Jahren mit den neuen Medikamenten haben wir den Zugang zu einer signifikanten Gruppe von Menschen in den frühen Stadien. (...) Und ich denke, wir entwickeln erst jetzt die Expertise und die Servicemodelle für diese Gruppe.“ (DSDC, UK)

Die Wohlfahrtseinrichtungen⁵⁰ wie z.B. Nachbarschaftsinitiativen hatten häufig eine wichtige, innovative und kreative Funktion innerhalb der Angebote für alte Menschen, mit der Betonung von Empowerment und sozialer Integration (Stanley, 2003); häufig wurden sie von den öffentlichen Diensten für bestimmte zusätzliche Dienstleistungen oder Projekte beauftragt und finanziert. Der Fokus auf familiäre, nachbarschaftliche und freiwillige Unterstützung entspricht der Charakterisierung Großbritanniens als eines ‚liberalen Wohlfahrtsstaates‘ (Esping-Andersen, 1990). Ambulanter und wohnortnaher Versorgung wurde Priorität gegeben. Der politische und ideologische Vorrang nicht-stationärer Versorgung wurde selten in Frage gestellt; das Leben im eigenen Zuhause wurde mit Unabhängigkeit und einer höheren Lebensqualität assoziiert (Andrews & Phillips, 2002). Diese Haltung wurde auch in Hinsicht auf Demenzerkrankte kaum in Frage gestellt.

Ähnliche Einstellungen im Hinblick auf die ambulante Versorgung wurden auch in den Niederlanden zunehmend von Politikern, Fachleuten und Betroffenen in den letzten Jahren formuliert. Allerdings standen einer stärkeren Nutzung ambulanter Versorgung ein knapperes Angebot und eine zögernde Akzeptanz oder sogar Ablehnung ambulanter Dienste durch die Betroffenen und ihre Familien entgegen, so dass das präventive und befähigende Potential ambulanter Versorgung nur unzureichend realisiert werden konnte (Alzheimer Nederland, 2001a). Der starke Fokus auf die Unterstützungsbedarfe der pflegenden Angehörigen und auf die Versorgung (im Kontrast zu Unterstützung und Empowerment) von Menschen mit Demenz (Stoop & Vermolen, 1999) – angemessen für spätere Stadien der Demenzerkrankung – wurde auch im Umgang mit Menschen in früheren Stadien deutlich sichtbar. Die starke Rolle von Pflegeheimfachleuten bei der Entwicklung von innovativen Serviceangeboten könnte dabei auch eine Rolle gespielt haben. Pflegeheimbetreiber engagierten sich zunehmend in ambulanter Versorgung und erweiterten ihr traditionelles Angebotsspektrum.

„Politische Entwicklungen in der Psychogeriatric gehen hier immer von den Pflegeheimanbietern aus. Die politischen Akteure haben kein Konzept dazu. Die Trendsetter unter den Pflegeheimanbietern machen unter sich aus, was zu geschehen hat.“ (Alzheimer Nederland)

Zusätzlich spielte die Tabuisierung der Demenz noch immer eine große Rolle, was sich in regional sehr hohen Raten unentdeckter Demenzfälle niederschlug (Afdeling SPGD/Ouderenzorg et al., 1997). Der im Vergleich zu England eher zögerliche und eingeschränkte Einsatz von ChEI kann einerseits als Ausdruck dieser Situation beschrieben werden und trug andererseits zu ihrer Aufrechterhaltung bei.

6.4.2 Stationäre Versorgung

In England wurden zwischen 1983 und 1993 viele Langzeitstationen innerhalb des NHS geschlossen. In diesem Zusammenhang initiierte eine Finanzierungsgarantie der Sozialbehörden für Wohn- und Pflegeheime ein deutliches Wachstum des privaten Heimanbietermarktes, das jedoch im Nachhinein als unerwünschte Wirkung eingestuft wurde (Andrews & Phillips, 2000). Der ‚NHS and Community Care Act‘ (1993) wurde unter anderem erlassen, um dieses Wachstum zu bremsen, in-

50 ‚Voluntary services‘ sind Einrichtungen außerhalb der ‚statutory services‘ (den staatlichen Gesundheits- und Sozialdiensten). Sie sind gemeinnützig, und verfügen in der Regel über professionelles Personal, häufig in Kooperation mit ehrenamtlichen Kräften. Sie erhalten oft eine Finanzierung durch die öffentlichen Dienste für bestimmte zusätzliche Dienstleistungen oder Projekte.

dem ambulante Versorgung gefördert und die öffentliche Finanzierung von Wohn- und Pflegeheimplätzen stark eingeschränkt wurde. Hiermit kehrte man gleichzeitig zu der lang anhaltenden Negativeinstellung der britischen Politik und Öffentlichkeit gegenüber der Heimunterbringung für alte Menschen zurück, der die Funktion des ‚letzten Auswegs‘ (‚last resort‘) zugeschrieben wurde (Oldman & Quilgars, 1999). Die möglichen positiven Auswirkungen von Heimunterbringungen – z.B. dass Menschen mit Demenz in geschützten Umgebungen auch Kapazitäten zurückgewinnen können – wurden in professionellen Stellungnahmen, selten aber in pflege- und alterspolitischen Stellungnahmen angeführt. Die kritischen Einstellungen zur Heimversorgung im Allgemeinen mischten sich außerdem mit einer langfristig misstrauischen Haltung vieler Sozialbehörden gegenüber einer privatwirtschaftlich organisierten Heimversorgung, die konstruktive und längerfristige Vertragsgestaltungen häufig schwierig werden ließen. Beides zusammen mag dazu beigetragen haben, dass auf regional-lokaler Ebene ein integrierter Umgang mit Wartelisten für Heimplätze und eine kooperative strategische Bedarfsplanung in einem regulierten Markt häufig fehlten (Kerrison & Pollock, 2001). Diese Mängel wurden auch in einer Regierungsdirektive im Jahr 2001 beschrieben und ihre Behebung angemahnt (Department of Health, 2001c). Das geringe Angebot an spezialisierter Demenzversorgung schien auf solche Planungsmängel, aber auch auf die Ignoranz gegenüber den besonderen Betreuungsbedarfen bei Demenz und auf Pflegesätze, die nicht an diese Bedarfe angepasst waren, zurückzuführen zu sein (Garvican & Bickler, 2002; Kerrison & Pollock, 2001). Die Tatsache, dass Demenzversorgung zunehmend zum „Kerngeschäft fast aller Wohn- und Pflegeheimanbieter“⁵¹ wurde, wurde noch immer weitgehend ignoriert (Macdonald & Denning, 2002, S. 548). Eine hohe Prävalenz von Demenz in nicht dafür ausgerichteten Altenheimen brachte allerdings Probleme für Heimanbieter und Pflegepersonal und stellte die Versorgungsqualität in Frage. Das niedrige Ausbildungsprofil und die relativ schwache politische und Marktposition von kleinen Heimanbietern (Knapp et al., 2001) mögen ebenfalls zur Unterentwicklung der auf Demenz spezialisierten stationären Heimversorgung beigetragen haben.

In den Niederlanden erklärten lang entwickelte Versorgungsstrukturen und andere gesellschaftliche Einstellungen zur Heimunterbringung die relativ hohe Rate an Plätzen in Wohn- und Pflegeheimen. In den 1950er und 60er Jahren war das Angebot an Heimplätzen extensiv ausgebaut worden, was als angemessenes Angebot des – sozialdemokratisch gefärbten – Wohlfahrtsstaates (Esping-Andersen, 1990) an seine älteren Mitbürger angesehen wurde. In dieser Phase wurden Altenheime positiv bewertet: als Möglichkeit, Unabhängigkeit (von der Familie) und eine wohltuende Distanz vom Gemeindeleben zu realisieren (Bijsterveld, 1996), die als zum Alter passend empfunden wurde (Braam et al., 1981). In der Folge hatte sich eine der höchsten Heimunterbringungsraten in Europa entwickelt (Ribbe et al., 1997). Mit steigenden Kosten und veränderten Einstellungen verbreiteten sich jedoch auch in den Niederlanden kritischere Einschätzungen; veränderte Ideen über Unabhängigkeit im Alter definierten wieder das Leben zuhause als die beste Option, zumindest für gesunde alte Menschen. Gleichwohl wurden Entscheidungen zur Heimunterbringung insbesondere für Menschen mit Demenz weiterhin und weithin bereitwillig getroffen und von pflegenden Angehörigen und Fachpersonal akzeptiert. Kooperatives Management von Wartelisten auf lokaler Ebene und eine gemeinsame regionale strategische Bedarfsplanung für die Versorgung mit Heimplätzen durch Versicherer, Anbieter und die politischen Organe (WZV-regio 27, 1998) zeigten, dass die Heimanbieter eine integrierte und einflussreiche Rolle in diesem Politikfeld und den relevanten Netzwerken spielten. Der hohe und steigende Anteil der spezialisierten psychogeriatrischen Versorgung für Demenzerkrankte (Gezondheidsraad, 2002; Nies, 1990) reflektierte dabei zum einen die medizinische Perspektive der Pflegeheime – nach Diagnosen zu differenzieren – und andererseits die Bestrebungen der Anbieter, sich auf ihr in der Zukunft wesentliches Arbeitsgebiet zu orientieren. Diese Situation ermöglichte aber auch eine breitere Diffusion innovativer Konzepte für die stationäre

51 “the main business of almost any residential or nursing home for older people“

re Versorgung. Die Unterbringung Demenzerkrankter in medizinisch-psychiatrischen Einrichtungen war nicht gewollt und verschwindend gering.

6.5 Diskussion

In beiden Ländern war man mit vergleichbaren Herausforderungen konfrontiert: auf die Bedarfe zu reagieren, die durch den Anstieg der Zahlen von demenzerkrankten Menschen in den alternden Gesellschaften entstehen und mit steigenden Kosten und erheblichem Effizienzdruck für die Versorgungssysteme verbunden sind. Zuvor wurden die großen Ähnlichkeiten in den Empfehlungen beider Länder für Demenzversorgungspfade dargestellt, die im Allgemeinen ein soziales Modell der Versorgung reflektierten. Ebenso wurde eine beachtliche Parallelität in den Abweichungen der allgemeinen Praxis von den Empfehlungen festgestellt. Diese Versorgungsdefizite wurden in ihrer Bedingtheit durch strukturelle und kulturelle Barrieren gegenüber der Realisierung innovativer Demenzversorgung gezeigt, die in den Versorgungssystemen beider Länder ähnlich erschienen. Dabei handelte es sich um

- die biomedizinisch geprägte Kultur und organisationelle Struktur in der medizinischen Versorgung, die sich oft indifferent gegenüber umfassenderen nicht-medizinischen Versorgungsbedarfen zeigte;
- traditionelle Pflegemodelle, die auf physische Basisversorgung fokussieren;
- den Effizienzdruck in der medizinischen und pflegerischen Versorgung im Zusammenhang mit zunehmend wettbewerblichen Strukturen;
- Schwierigkeiten in der Koordination komplexer interorganisationeller und interprofessioneller Versorgungsprozesse.

Wir betrachten diese Charakteristika als sektorale Merkmale der Gesundheitssysteme jenseits nationaler Besonderheiten, die wohl in ähnlicher Form auch in anderen Ländern wirken und vielleicht den gegenwärtigen Versorgungssystemen in Europa bzw. in den meisten OECD-Ländern inhärent sind. Sie zeigen, dass ungeachtet der Systemunterschiede Charakteristika wie die medizinische Professionskultur einen vergleichbaren Einfluss in verschiedenen Ländern ausüben (vgl. Fox, 1989). Ebenso wird der Effizienzdruck in den Gesundheits- und Pflegesystemen gleichzeitig durch die demographische Entwicklung innerhalb der Länder und durch die Folgen der Globalisierung erhöht.

Dennoch wurde eine Vielzahl von innovativen Projekten in beiden Ländern entwickelt und implementiert, um den Mängeln in der Demenzversorgung abzuhelpfen. Oft allerdings ko-existierten diese auf lokaler Ebene mit den Mängeln in der allgemeinen Versorgung, so dass sie das generelle Bild nicht erheblich änderten. In welchem Ausmaß solche Initiativen nachhaltige Veränderungen in der herkömmlichen Versorgung anstoßen können und dadurch die beschriebenen Barrieren überwinden können, wird in weiteren Untersuchungen zu klären sein. Da auch weiterhin ein Großteil der Demenzversorgung innerhalb primärversorgender und nicht spezialisierter Dienste geleistet werden wird, lässt sich vermuten, dass insbesondere solche Ansätze viel versprechend sein dürften, die den Einsichten eines sozialen Demenzversorgungsmodells in der allgemeinen Versorgung zur Durchsetzung verhelfen würden und die interdisziplinäre und inter-organisationelle Kooperation realisieren: z.B. eine geriatrische oder gerontopsychiatrische Fachpflegekraft, die das Team einer Allgemeinpraxis ergänzt; oder eine gemeindepsychiatrische Pflegekraft, die Case Management in Kooperation mit ambulanten Pflgeteams aufbaut.

Neben den Ähnlichkeiten in den Standards und in den weit verbreiteten Mängeln der Demenzversorgung wurden einige landesspezifische institutionelle Besonderheiten in den Versorgungssystemen

men identifiziert. Das soziale Modell der Demenzversorgung, das von den meisten Experten in beiden Ländern vertreten wurde, schien doch in England und den Niederlanden in einigen nicht unwesentlichen Aspekten unterschiedlich operationalisiert zu werden. Unterschiedliche Strukturen in der Versorgung schienen assoziiert mit verschiedenen Bedeutungen und Bewertungen, die vorsichtig in einen Zusammenhang mit den jeweiligen wohlfahrtsstaatlichen Orientierungen gebracht werden können, aber für jedes Land im einzelnen institutionsanalytisch nachvollzogen werden müssen. Die Unterschiede zeigen sich

- im Umgang mit der Frage der Autonomie, insbesondere der Menschen mit Demenz, und den dafür relevanten Versorgungsstrukturen;
- in der Rolle und Relevanz der freiwilligen Dienste;
- in der Gewichtung von ambulanter und stationärer Versorgung;
- in den Einstellungen gegenüber stationärer Versorgung und der Integration ihrer Planung in die allgemeine Versorgungsplanung.

Die nationalen Besonderheiten förderten oder behinderten jeweils spezifische Aspekte der Entwicklung innovativer Versorgung. Darin wird eine nationale Pfadabhängigkeit bei der Übernahme und Implementierung bestimmter Versorgungsmodelle deutlich. Dennoch können diese Unterschiede auch als Impulse für länderübergreifende Lernprozesse von Gesundheitspolitikern und Versorgungsfachleuten dienen:

In England könnte man von der sozialen Akzeptanz der Bedeutung der Heimversorgung und auch der spezialisierten Heime für Demenzerkrankte in den Niederlanden lernen und von der möglichen Integration der Heimversorgung in eine umfassende Versorgungslandschaft. In den Niederlanden könnten überkommene Einstellungen gegenüber Menschen mit Demenz überdacht werden und sorgfältig beobachtet werden, wie in England in größerem Umfang Elemente einer Versorgung entwickelt wurden, die nicht nur für die Menschen mit Demenz sorgt, sondern ihre Partizipation und Autonomie achtet und zu erhalten sucht.

Mit ineinandergreifenden kulturellen und strukturellen Mustern konnten die wesentlichen Befunde dieser Teilstudie erklärt werden: einerseits die ähnlichen weit verbreiteten Mängel der Demenzversorgung und andererseits die Unterschiede zwischen den Versorgungspfaden in beiden Ländern. Strategien für eine weitere Entwicklung der Versorgungspfade müssen also die jeweiligen nationalen institutionellen Charakteristika beachten. Es scheint plausibel, dass aus länderübergreifender Perspektive jeweils die Probleme leichter lösbar scheinen, für die in einem anderen Land bereits Lösungen auf den Weg gebracht sind. Allerdings darf die – relative – Beständigkeit institutioneller Konfigurationen und damit die Pfadabhängigkeit der Lösungen nicht unterschätzt werden – Lösungen können nicht kopiert, sondern müssen auf den Potentialen der je bestehenden Institutionen aufgebaut werden.

Eine weitere Frage ist die nach der zukünftigen Konvergenz oder Divergenz in der Entwicklung der Demenzversorgung in beiden Ländern. Um die Konvergenzfaktoren umfassend beschreiben zu können, müssten auch die wachsenden Einflüsse der supranationalen Institutionen wie der Europäischen Union und internationalen Institutionen wie z.B. der Welthandelsorganisation untersucht werden. Neoinstitutionelle Theorie und ihre Anwendungen (Boase, 1996; Giaimo & Manow, 1999) lassen vermuten, dass trotz ähnlicher politischer Herausforderungen und der Übernahme ähnlicher Policies – oder Versorgungsmodelle – die Prozesse der Anpassung und Implementation durch die nationalen Konfigurationen beeinflusst werden und insofern pfadabhängig bleiben. Wenn man sich beispielsweise die Trends in der Heimversorgung ansieht, könnte sich der Unterschied zwischen England und den Niederlanden sogar noch vergrößern; es gab wenig Anzeichen für Änderungen dieser Trends. Andererseits ließ sich in Hinblick auf den vorherrschenden Paternalismus im nieder-

ländischen Umgang mit Menschen mit Demenz vermuten, dass das wachsende Bewusstsein von Menschen in frühen Stadien der Demenz zusammen mit einer selbstbewußteren Generation der Älterwerdenden zu Veränderungen führen wird, zumal Partizipation und Emanzipation im Allgemeinen in der niederländischen Kultur und Gesellschaft tief verwurzelt sind (Zahn, 1989).

Diese Fallstudie hat sich auf die Analyse der Demenzversorgung in England und den Niederlanden beschränkt. Dennoch lassen sich die Erkenntnisse für die Untersuchung der Versorgung insbesondere gebrechlicher älterer Menschen im Allgemeinen – auch wenn unterschiedliche Krankheitsbilder je spezifisch betrachtet werden müssen – und für die Untersuchung von Versorgungsprozessen in anderen Ländern nutzbar machen. Dabei ist auch weiterhin zwischen länderspezifischen und länderübergreifenden Phänomenen zu differenzieren.

7 Steuerung integrierter Demenzversorgung auf lokaler Ebene – Vier Fallstudien⁵²

7.1 Einführung

Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgungsprozesse finden auf lokaler Ebene statt, und setzen also auch lokale Koordinations- und Steuerungsprozesse voraus. Demenzversorgung bildet hier das exemplarische Untersuchungsfeld.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen benötigen im Verlauf der Krankheit Gesundheits- und soziale Dienstleistungen von mehreren und unterschiedlichen Anbietern. Davon ausgehend, dass die Qualität solcher Versorgung wesentlich auf ihrer Kontinuität und Ganzheitlichkeit beruht, müssen die involvierten Anbieter ihre Ressourcen bündeln und ihre Aufgaben koordinieren. Gesundheitspolitiker, Manager und Fachpersonal sind sich dessen zunehmend bewusst und diskutieren und erproben unterschiedliche Methoden der Koordination und Kooperation, die letztlich auf lokaler Ebene implementiert werden und funktionieren müssen. Durch die Existenz sehr unterschiedlicher lokaler Entwicklungen stellt sich die Frage nach der Bedeutung des Lokalen (Gieryn, 2000).

Wie in Kapitel 5 ausgeführt, steht integrierte Versorgung in verschiedenen Ländern vor ähnlichen Problemen. Die jeweils gangbaren politischen und organisatorischen Lösungen sind allerdings nicht deckungsgleich, sondern müssen den jeweiligen institutionellen Bedingungen der Gesundheits- und Sozialsysteme wie der politischen Regelungssysteme angepasst sein. So wurde integrierte Versorgung in den Niederlanden auf etablierten lokalen Strukturen aufgebaut, flankiert durch schrittweise Veränderungen der gesundheitspolitischen Regulierungen. In England wurden wesentliche Strukturveränderungen und Vorgaben für die zu erbringenden Dienstleistungen vom DoH für die lokalen staatlichen Versorgungserbringer beschlossen und durchgesetzt, mit geringeren Spielräumen für die lokalen Akteure.

Interaktionen zwischen nationalen und lokalen Akteuren (central-local interactions) sind aber weder einfach noch Einbahnstraßen (John & Cole, 2000; Jones, 2000). Lokale politische Prozesse interagieren mit nationalen Policies und produzieren eine große Varianz lokaler Ergebnisse, auch hin-

52 Dieses Kapitel basiert wesentlich auf: Susanne Kümpers, Ingrid Mur, Brian Hardy, Arno van Raak, Hans Maarse (2006). Integrating dementia care in England and The Netherlands. Four comparative local case studies. *Health and Place*, 12, S. 404-420

sichtlich der hier im Vordergrund stehenden lokalen Gestaltung von Kooperation und Integration bei der Entwicklung und Durchführung der Demenzversorgung. Im Folgenden wird in lokalen Fallstudien exemplarisch untersucht und dargestellt, wie sich solche lokalen Kooperationsprozesse in beiden Ländern entwickelten, und wie sich die Unterschiede durch den Blick auf die Interaktionen zwischen den nationalen und lokalen Steuerungsprozessen und auf die je spezifischen lokalen Faktoren erklären lassen.

Dafür wurde das Konzept der institutionellen Konfiguration erweitert und auf die lokalen institutionellen Kontexte der integrierten Demenzversorgung angewandt. ‚Lokale Konfigurationen‘ wurden als Einheiten mit ihren je eigenen strukturellen und kulturellen Charakteristika verstanden, die sich aus der Geschichte der Interaktion zwischen nationalen Gesundheitssystembedingungen, nationalen und lokalen politischen Prozessen und lokalen Versorgungsstrukturen entwickelt haben. Es konnte erwartet werden, dass wesentliche Strukturmerkmale auf lokaler Ebene bestehende Versorgungsstrukturen, Arbeitsteilungen und Machtverhältnisse umfassen, und dass kulturell bedeutsame Aspekte allgemeine wie politische und professionelle Werthaltungen und Verhaltensmuster betreffen. Das Konzept der lokalen Konfiguration ist als ‚sensitizing concept‘ zu verstehen, dass im Laufe der Untersuchung verdichtet und präzisiert wurde. Wir sind davon ausgegangen, dass die Interaktionen zwischen den nationalen und lokalen Konfigurationen und die entsprechenden politischen Prozesse die lokalen Ergebnisse integrierter Demenzversorgung entscheidend beeinflussen.

7.2 Zur Methode

Das Design dieser Teilstudie entspricht idealtypisch der ‚Mehrebenen- und Mehrfach-Fallstudie‘ (multiple embedded case study design, vgl. Yin, 1994), indem die einzelnen Fälle (die je lokale integrierte Demenzversorgung) als eingebettet in übergeordnete Strukturen, die nationalen Fälle, behandelt werden. Das Design stimmt außerdem mit der ‚institutionellen ethnographischen Methode‘ (institutional ethnography) überein, die „Verbindungen zwischen lokalen Kontexten und Organisationen einerseits und translokalen Prozessen von Administration und Steuerung andererseits“⁵³ (De Vault & McCoy, 2002, S. 751) untersucht.

Als lokale Fälle wurden Einheiten von 100-150.000 Einwohnern definiert, und zwar in in England und den Niederlanden je eine Mittelstadt dieser Größe und ein entsprechender Bezirk einer Großstadt, um erwartete Unterschiede in der Komplexität bestehender Versorgungsstrukturen erfassen zu können. Weitere Bedingungen waren die Existenz nennenswerter Initiativen für integrierte Demenzversorgung, sowie Praktikabilität und Zugangsmöglichkeit für die Forschung.

Im Jahr 2000 wurden in jeweils 4-wöchigen Feldstudien die verfügbaren relevanten Dokumente gesichtet, ca. 25 Interviews mit Managern, Professionals⁵⁴ und pflegenden Angehörigen von Menschen mit fortgeschrittener Demenz geführt und einige inter-organisationelle Arbeitstreffen beobachtet. In den Interviews wurden alle relevanten Aspekte der Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgung angesprochen, zugeschnitten auf die jeweiligen Erfahrungsbereiche der individuellen Gesprächspartner. Dadurch wurde „Stück für Stück ein Bild der extensiven Organisationsprozesse“⁵⁵ (De Vault & McCoy, 2002, S.757) zusammengesetzt. Der Blick auf die integrativen Initiativen und kooperativen Prozesse war wesentlich auf die Perspektive der Manager und Profes-

53 “linkages among local settings, ... organizations, and translocal processes of administration and governance”

54 Therapeuten, Ärzte, Psychologen, Pflegefachkräfte

55 “‘piece by piece’ a view of an extended organizational process“

sionals gerichtet; die Dokumentenanalyse und die Perspektive der pflegenden Angehörigen dienen der Triangulation der Befunde.

Im Folgenden werden für jede Fallstudie die Stadt bzw. der Stadtteil und die lokalen Hauptakteure kurz vorgestellt. Die für die integrierte Demenzversorgung wesentlichen und während der Feldstudie aktuellen Kooperationsprozesse werden beschrieben und in den jeweiligen historischen und politischen Kontext gestellt. Ziel war es ein kohärentes Bild jeder lokalen Konfiguration mit ihren Hintergründen und ihren aktuellen Entwicklungen zu skizzieren. Mit der Frage „was passiert wie?“ wurde begonnen, um zu verstehen, wie „lokale Umgehensweisen und Erfahrungen in erweiterte soziale Beziehungen eingebunden sind“⁵⁶ (De Vault & McCoy, 2002, S. 754). Die Fallstudien werden analysiert und zunächst per Land verglichen, bevor abschließend länderübergreifend verglichen wird.

7.3 National-lokale Interaktionen und lokale Kooperation in der Demenzversorgung: die englischen Fälle

Die wesentlichen Elemente des englischen Gesundheits- und Sozialdienstsystems und die relevanten Steuerungsprozesse der 1990er Jahre im Hinblick auf integrierte Versorgung sind im vorherigen Kapitel 5 und in Appendix 1 eingehend dargestellt worden. Hier werden noch einige Strukturmerkmale und politische Prozesse ergänzt, die den spezifischen Kontext der Demenzversorgung im Jahr 2002 mit bestimmten.

Psychiatrische Versorgung – Demenzversorgung eingeschlossen – war in NHS Trusts organisiert, entweder in eigenständigen Mental Health Trusts oder als Teil von NHS Acute Trusts (im wesentlichen Krankenhaus- und fachärztliche Versorgung) oder als Teil von Primary Care Trusts. Wie die Organisationen der Gesundheits- und Sozialdienste war auch die psychiatrische Versorgung häufig Gegenstand von Reorganisationen und Fusionen, über deren Form letztendlich vom DoH entschieden wurde, manchmal ausdrücklich gegen lokale Präferenzen.

Weiterhin hatte die Labour-Regierung das Instrument der National Service Frameworks (Nationale Versorgungsrahmenprogramme, NSF) entwickelt, die für definierte Versorgungsbereiche bzw. Zielgruppen Analysen der bestehenden Versorgung und Vorgaben für deren Weiterentwicklung festlegen. Das NSF Mental Health von 1999 (Department of Health, 1999) hatte die psychiatrischen Bedarfe älterer Menschen nicht behandelt. Das NSF für ältere Menschen von 2001 (Department of Health, 2001b) dagegen enthielt ein Kapitel zur psychiatrischen Versorgung älterer Menschen, insbesondere zu den Themen Depression und Demenz, wobei die darin gemachten Vorgaben im Bereich Demenz von einigen Fachleuten für zu vage gehalten wurden. Gleichwohl wurde das NSF Older People weithin als richtungweisendes Dokument für die Entwicklung der Demenzversorgung angesehen, beschrieb es doch die gemeinsamen Aufgaben aller beteiligten Akteure, wodurch Netzwerkaktivitäten unterstützt wurden. Ferner hatte das NSF Standards für ein umfassendes gemeinsames Assessment durch die medizinischen (NHS) und Pflegeanbieter (SSDs) festgelegt. Ebenso entwickelte es Standards für ‚intermediate care‘, ein Terminus, der in Großbritannien Versorgungsstrukturen bezeichnet, die eine Krankenhausaufnahme oder einen längeren Krankenhausverbleib älterer Menschen, wo möglich und sinnvoll, durch intensive ambulante oder stationäre rehabilitationsorientierte Versorgung ersetzen soll⁵⁷. Zudem wurden auch die Bedingungen einer Medikation

56 „local practices and experiences are tied into extended social relations“

57 Hier spielte einerseits sicherlich die Knappheit von Krankenhausbetten eine Rolle, andererseits aber auch die Beobachtung, dass ältere Menschen häufig aus Gründen eines häuslichen Betreuungsnotstands ins Krankenhaus ein-

mit ChEI (Cholinesteraseinhibitoren, eingesetzt zur Behandlung leichter oder moderater Demenz, in ihrer Wirksamkeit international umstritten) präzisiert. ChEI wurden in England verbreitet eingesetzt und nicht selten als ‚Transmissionsriemen‘ für ein stärkeres Engagement der Hausärzte in der Demenzversorgung und für deren Kooperation mit den gerontopsychiatrischen Diensten angesehen. Präzise Zielvorgaben, so wurde von Seiten der Demenzexperten kritisch argumentiert, blieben aber im NSF Older People weitgehend der Akutversorgung vorbehalten, z.T. im Gegensatz zur politischen Rhetorik der Priorität gemeindenaher Versorgung (community-oriented care).

Einige weitere Entwicklungen beeinflussten den Kontext der Demenzversorgung:

- Während die Labour-Regierung die Investitionen in den NHS beachtlich erhöhte, galten die SSDs weiterhin als strukturell unterfinanziert (Glendinning et al., 2002; Royal Commission on Long Term Care, 2003).
- Der private Markt für Wohn- und Pflegeheime war unter steigenden Druck geraten. Das Angebot sank unter dem Einfluss gestiegener Qualitätsanforderungen (Care Standards Act 2000), steigenden Immobilienpreisen, einer restriktiven Preis- und Einkaufspolitik der Kommunalbehörden und dem Übergang in den Ruhestand einer ganzen Generation von Betreibern kleiner Heime (Garvican & Bickler, 2002; PSSRU, 2002). Das ‚Management‘ der lokalen Märkte durch eine strategische Zusammenarbeit der Kommunalbehörden mit den privaten Anbietern war in vielen Orten rudimentär geblieben (Department of Health, 2001c).

7.3.1 Erste Fallstudie in England: York

York ist eine Mittelstadt mit ca. 100.000 Einwohnern in ländlicher Umgebung in Nordostengland, mit industrieller Vergangenheit und Gegenwart, einem starken Tourismus und einer Universität.

Seit einer Reorganisation der kommunalen Aufgaben im Jahr 1996 bildeten ‚social services‘ zusammen mit der Wohnungsbehörde eine Einheit als Abteilung für Gemeindedienste (community services). Der PCT war im Jahr 2001 aus einer Fusion aus zwei PCGs entstanden und war zuständig für York und Selby; seit 2002 war auch die psychiatrische Versorgung Teil des PCT. Weiterhin waren ein Distriktkrankenhaus, sowie gemeinnützige und private Anbieter in der Demenzversorgung aktiv. Zur Zeit der Feldstudie im Herbst 2002 schien sich die integrierte Demenzversorgung nach Jahren der Unterbrechungen von strategischen und operativen Kooperationen und steigender Versorgungsprobleme wieder im Aufbruch zu befinden. Die Prozesse werden im Folgenden erläutert.

7.3.1.1 Die Zusammenarbeit von Gesundheits- und sozialen Dienstleistern: organisationelle Diskontinuitäten

Die Kooperation der ‚key players‘ war geprägt durch eine Geschichte umkämpfter Reorganisationen. Im Jahr 1996 wurde das City of York Council (die Stadtregierung, CYC) im Rahmen einer landesweiten Umstrukturierung kommunaler Behörden zu einer ‚Unitary Authority‘ (eine Gemeinde mit allen Verwaltungssparten), und bekam daher die sozialen Dienste, die bisher auf der nächst höheren Verwaltungsebene beim North Yorkshire Council angesiedelt waren, zugeschlagen. Über die Leitung der neuen Abteilung ‚Gemeindedienste‘ wurde berichtet, sie sei vorwiegend mit der Wohnungsverwaltung befasst gewesen und habe wenig Verständnis für die Belange der sozialen

geliefert wurden oder dort länger verblieben, mit für ihre weitere selbständige Lebensführung teils unumkehrbaren destruktiven Folgen.

Dienste gehabt, mit der Folge, dass bereits bestehende externe und interne kooperative Arrangements unterbrochen oder gekappt wurden.

„Alle Pläne für die sozialen Dienste wurden ohne Konsultationen darüber, was für die Dienste notwendig sei, durchgesetzt. ... Vom allerersten Tage der Übernahme wurden Sozialarbeiter umgesetzt, es war entsetzlich. Wissen Sie, alle Teams wurden dezimiert. ... Niemand ist gestorben, aber ich sage Ihnen, der Schaden, der den Diensten zugefügt wurde, war entsetzlich, ich glaube, in der Perspektive vieler Beteiligter.“ (Community Services York)

Die national traditionelle Schuldzuweisungskultur zwischen den Gesundheits- und sozialen Diensten (House of Commons: Health Committee, 1998), bereits teilweise überwunden, wurde wiederbelebt. Soziale Pflegedienste für ältere Menschen, besonders für Demenzerkrankte, wurden knapp. Diese Situation erhöhte wiederum den Druck auf die gemeindepsychiatrischen Dienste und wurde auch für einen großen Teil verzögerter Krankenhausentlassungen („delayed discharge“) von Demenzpatienten verantwortlich gemacht. Interne und externe Berichte dokumentierten die sich verschlechternde Situation (Herbert, 1997; Nuffield Institute for Health, 2000; Sainsbury Centre for Mental Health, 1999).

Ein Wechsel einiger Ratspolitiker und der Leitung der Gemeindedienste sowie der ‚kooperative Imperativ‘ der Londoner Regierung wurde als Basis für eine vorsichtige Wiederaufnahme der Kooperation der Gemeindedienste mit der PCT und den psychiatrischen Diensten gesehen. Die neu entstehenden Gemeinschaftsinitiativen wurden aber aufs Neue unterbrochen, als die erzwungene Fusion der PCGs von Selby und York wiederum Wechsel und Unsicherheit in der Managementebene, diesmal der PCT, brachte.

„Die Menschen verschwenden kontinuierlich unglaublich viel Zeit und Energie, um organisationelle Veränderungen zu überleben. ... Es gibt eine anhaltende Erschöpfung, um über die Grenzen der Dienste hinweg nahtlose Versorgung anzubieten. Jawohl, Integration ist wunderbar, aber es wird ein kolossaler Aufwand dafür betrieben, und ich sehe nicht, dass die Reorganisationen dafür überhaupt hilfreich sind. ... Nein, die Menschen gewöhnen sich nicht daran. In meinen Augen wird vielen Menschen dadurch sehr geschadet. ... Oh ja, das wird im Hintergrund kommuniziert, permanent.“ (Forschungs- und Entwicklungsspezialistin im NHS Trust, York)

Die Kooperation wurde wieder für 18 Monate unterbrochen. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur psychiatrischen Versorgung älterer Menschen wurde eingesetzt, um das NSF Older People umzusetzen, schien aber wenig Fortschritte zu machen.

Zusätzlich wurde über einige erschwerende Bedingungen für die Entwicklung der sozialen Dienste berichtet: Neue nationale Indikatoren für die Verteilung zentraler Budgets auf die Gemeindeebene waren für York ungünstig ausgefallen. Der lokale Pflegeheimmarkt war besonders betroffen durch die landesweiten Probleme: Ein hoher Prozentsatz kleiner privater Heime, die nationalen Qualitätsstandards, Immobilienpreissteigerungen noch über dem Durchschnitt, und eine restriktive Politik gegenüber Heimbetreibern in der Vergangenheit hatten einen beachtlichen Verlust an Heimplätzen gekostet. Die strategische Kooperation zwischen dem CYC und den Anbietern, beschrieben als distanziert und unterentwickelt, hatte den lokalen Markt nicht erfolgreich ‚managen‘ können.

7.3.1.2 Die Kooperation zwischen der Primärversorgung und den psychiatrischen Diensten: Ungleichgewichte

Die psychiatrische Versorgung in York verfügte über eine starke Tradition – mit einer 200-jährigen Ergänzung der öffentlichen Versorgung durch eine zusätzliche gemeinnützige Versorgung durch die Quäkergemeinde, was auf beiden Seiten offensichtlich immer wieder zu Innovationen angeregt

hatte. Um die gewünschte Dehospitalisierung zu beschleunigen, wurden in den 1990er Jahren durch den NHS fünf gerontopsychiatrische Gemeindezentren errichtet, die stationäre und ambulante therapeutische und psychiatrische Versorgung über die Stadt verteilt anboten. Sie dienten als Basis für die zwei CMHTs, die z.B. auch für Demenzerkrankte im Frühstadium Unterstützung boten, aber auch ein personell kontinuierliches Betreuungssystem für alle Hausarztpraxen vorhielten (jeder Praxis war eine ‚Community Psychiatric Nurse‘ (GemeindepsychiatriepflegerIn) persönlich zugeordnet). Die gerontopsychiatrischen Dienste in York hatten einen ausgezeichneten Ruf für ihre gemeindenahe Einstellung und Arbeitsweise und für ihre gute Vernetzung innerhalb der Gesundheitsdienste. Auch die geriatrischen Dienste im örtlichen Distriktkrankenhaus bestätigten enge Verbindungen mit den gerontopsychiatrischen Diensten, unter anderem in einer gemeinsam betriebenen Station im Krankenhaus und in gemeinsamen Initiativen zur Beratung und Konsultation anderer Stationen hinsichtlich geriatrischer und gerontopsychiatrischer Fragestellungen. Unter den gemeinnützigen Einrichtungen arbeitete insbesondere Age Concern⁵⁸ mit den gerontopsychiatrischen Diensten beim Angebot verschiedener Formen von Tagesbetreuung Demenzerkrankter eng zusammen. Wegen ihrer eher schlechten Verbindungen zu den sozialen Diensten sah man aber die gerontopsychiatrischen Dienste in ihren Handlungsspielräumen als zunehmend eingeschränkt. Mit der Ausnahme eines kleinen stadtteilbezogenen Teams der sozialen Dienste zur häuslichen Versorgung Demenzerkrankter blieb die Integration hier ein großes Problem – hinsichtlich notwendiger gemeinsamer Assessments und der gesamten Gestaltung der ambulanten und stationären Versorgung bei Demenz. Die fünf gerontopsychiatrischen Gemeindezentren sahen sich zunehmend in ihrer Arbeit blockiert: sowohl ihre stationären wie ihre ambulanten Dienste konnten kaum noch neue Patienten aufnehmen, weil sie kaum jemanden in die Obhut der sozialen Dienste entlassen konnten.

7.3.1.3 A window of opportunity?

Zur Zeit der Feldstudie wurde das lokale Kooperationsklima eher als Tauwetter beschrieben, wieder einmal: Der PCT begann sich zu stabilisieren. Die Mängel in der Versorgung älterer Menschen wurden im Lichte nationaler Vorgaben sowohl für die Gesundheits- wie für die sozialen Dienste stärker wahrgenommen. Im Jahr 2002 waren drei unterschiedliche Beratergruppen beauftragt worden, um die organisationalen Blockaden durch externe Interventionen in Bewegung zu bringen (Cantley, 2002; CAT, 2002; Turnock, 2002). Schließlich gab es Pläne zur Restrukturierung der gerontopsychiatrischen Gemeindezentren; die kommunalen Gemeindedienste unternahmen Aktivitäten zur Stabilisierung des lokalen Pflegeheimmarktes und zur Einrichtung eigener Wohnheimangebote speziell für Menschen mit Demenz. Das erste Treffen eines ‚Health and Social Care Partnership Boards‘ auf Direktorenebene fand nach sechsjähriger Pause statt. In diesem Sinne wurde die Situation für zukünftige Zusammenarbeit und integrierte Demenzversorgung erneut als hoffnungsvoll angesehen.

7.3.2 Zweite Fallstudie in England: Leeds West

Leeds ist eine Großstadt mit 715.000 Einwohnern, ebenfalls in Nordostengland, geprägt durch eine industrielle Vergangenheit (Wolle) und in der Gegenwart ein prosperierendes Handels- und Verwaltungszentrums. Leeds ist ebenso Universitätsstadt.

58 Age Concern ist eine nationale Wohlfahrtsorganisation / Pressure Group, die in ihren nationalen und lokalen Einrichtungen die Belange älterer Menschen vertritt sowie ehrenamtlich wie auch professionell soziale Dienstleistungen für Ältere anbietet.

Leeds West mit 117.000 Einwohnern war das Einzugsgebiet einer der fünf PCTs in Leeds. Das SSD und der Mental Health Trust (MHT, Träger der gesamten psychiatrischen Versorgung in Leeds) hatten ihre Arbeit ebenfalls entsprechend den PCT-Grenzen organisiert. Gemeinnützige Dienste (voluntary services) waren gut verankert (insbesondere durch die Alzheimer Society mit etlichen Angeboten und durch ein seniorenorientiertes Nachbarschaftsnetzwerk) und wurden z.T. von den öffentlichen Trägern gefördert. Allerdings dominierten aus der Sicht der anderen Träger die beiden Universitätskrankenhäuser, fusioniert zu einem NHS Trust, die Budgetstruktur zum Nachteil der gemeindeorientierten Dienste (community care) (Dawson, 2002). Im Sommer 2002 schien die integrierte Demenzversorgung in Leeds West durch eine schrittweise Weiterentwicklung der Kooperationen zwischen den PCTs und dem SSD, unter Einbezug der gemeinnützigen Einrichtungen, aber mit Problemen der Integration eines Teils der gerontopsychiatrischen Versorger gekennzeichnet zu sein (letztere umfassten insgesamt: ein gemeinde-/gerontopsychiatrisches Team (CMHT Older People), eine Memory-Klinik, eine stationäre Einrichtung zur Therapie schwer verhaltensauffälliger Demenzerkrankter, ein kleines Liaison-Team zur Unterstützung der Pflege- und Wohnheime und eine psychiatrische Fachkraft in einem Tagesversorgungshaus des SSD).

7.3.2.1 Kooperation zwischen Primärversorgern und den sozialen Diensten: Schrittweise Fortschritte

In Leeds West hatten der PCT und der SSD ein gemeinsames Interesse, die gemeindebezogene Dienste gemeinsam weiter zu entwickeln. Sie sahen die Errichtung der PCGs und nachfolgend der PCTs als strategische Chance, die Budgetaufteilung zuungunsten der dominierenden Krankenhäuser zu verändern.

„In meiner Sicht hängt die Bereitschaft des SSD, mit dem PCT zu kooperieren, mit den erwarteten umfangreichen Budgets des PCT zusammen, und ich meine, jeder hofft zur Zeit, dass der PCT der Weg zu besseren gemeindebezogenen Diensten im Allgemeinen ist. ... Aber dann höre ich wieder, dass sie große Probleme mit ihrer Finanzplanung haben, weil der Krankenhaus-Trust noch nicht entschieden hat, wie viel er will.“ (Geschäftsführerin Nachbarschaftsnetzwerk)

Seit 1997 einigten sich die PCGs und der SSD in Leeds auf gemeinsame Entwicklungspläne für die Versorgung der älteren Menschen und auf gemeinsame Grenzen der jeweiligen Einzugsbereiche (Leeds City Council & Leeds Health Authority, 1998). Das NSF Older People wurde als programmatischer Rahmen für die gemeinsamen Initiativen genutzt. In Leeds West wurde es außerdem als Referenz für die Evaluation der bisherigen Versorgung älterer Menschen verwendet – z.B. durch ein ‚Integrated Care Committee‘ aus Vertretern der öffentlichen Dienste (PCTs und SSD) und der Vereine und gemeinnützigen Einrichtungen und hatte davon ausgehend einige kleinere Projekte zur besseren Vernetzung der Gesundheits- und sozialen Dienste auf den Weg gebracht. Leeds-weit, so auch in Leeds West, hatten PCGs und SSD gemeinsame ‚Joint Care Management Teams‘ (JCMTs) für umfassende Assessments und befristete Case-Management-Arrangements für ältere Menschen in krisenhaften und komplexen Versorgungssituationen eingesetzt, die ebenfalls eng mit den neuen Intermediate-Care-Teams kooperierten. Anders allerdings als ursprünglich geplant waren die JCMTs mit sehr beschränkten Budgets ausgestattet, und mussten aufgrund von Forderungen aus den Krankenhäusern (die JCMTs bestanden z.T. aus umgesetzten Krankenhaussozialarbeitern) und Direktiven des DoHs ihre Arbeit stark auf Entlassungsmanagement konzentrieren und konnten so nur eingeschränkt krisenpräventiv und gemeindebezogen arbeiten. Die politisch hochgepuschten nationalen Vorgaben wurden so zum Handicap für die langfristig angelegte gemeindebezogene Agenda.

„Diese nationalen Vorgaben sabotieren völlig, was wir zu erreichen versuchen. ... Verspätete Entlassungen ist dafür ein gutes Beispiel, ... so hoch auf der politischen Agenda, dass es die treibende

Kraft für alles wird und alle längerfristigen Veränderungsstrategien blockiert.“ (PCT, NSF-Koordinatorin)

Zudem gab es auch Konflikte über Finanzen und Managementfragen zwischen den Partnern (PCTs und SSD) bezüglich der JCMTs. Kritisch gesehen wurde ferner, dass sie einfach eine zusätzliche privilegierte Ebene über den alten Strukturen bildeten. Zum Beispiel fühlten sich BezirkssozialarbeiterInnen, die immer mit komplexen Fällen gearbeitet hatten, ausgeschlossen und degradiert, bezüglich Fortbildungsmöglichkeiten und Ressourcen im Allgemeinen unterversorgt und durch überbürokratische Regeln an besserer Kooperation und Koordination gehindert. Zudem schränkten Kapazitätsprobleme in der ambulanten häuslichen Versorgung sowie in Pflege- und Wohnheimen sowohl die Handlungsmöglichkeiten der JCMTs wie auch der Bezirkssozialarbeit ein, während eine übergreifende Strategie, diese Kapazitäten zu entwickeln, zumindest für die ambulante häusliche Versorgung nicht existierte. Insofern erfüllten die neuen kooperativen Arrangements einige, aber längst nicht alle Erwartungen.

Positiv konnten die PCTs und das SSD in Leeds von besonderem Sozialkapital profitieren: ihre langfristige Zusammenarbeit mit den gemeinnützigen Einrichtungen. Die Alzheimer Society bot Beratung und psychosoziale Unterstützung für Menschen mit Demenz auch im Frühstadium und für ihre pflegenden Angehörigen. Die Nachbarschaftsnetzwerke der ‚Charities‘ (meist kleine, stadtteilbezogene Wohlfahrtseinrichtungen) wurden bereits seit Beginn der 1990er Jahre durch das SSD für ihre mannigfaltige und kreative Unterstützung zuhause lebender älterer Menschen finanziell gefördert.

7.3.2.2 Zusammenarbeit der Allgemeinversorger mit den psychiatrischen Diensten: Meinungsverschiedenheiten

Einzelne gerontopsychiatrische Dienste kooperierten sehr gut mit den Allgemeinversorgern (Primärversorgung und soziale Dienste), wie der psychiatrische Liaisondienst für die Pflege- und Wohnheime (psychiatrische Versorgung und Teamberatung für schwierige Pflegesituationen) und eine psychiatrische Pflegekraft, die im Tagesversorgungshaus des SSD insbesondere zur Teamunterstützung eingesetzt war. Das CMHT in Leeds West hatte allerdings den Nimbus des Kooperationsverweigerers bei den meisten anderen Diensten erworben. Erklärungen hierfür waren mannigfaltig: Zum Teil wurde der Konflikt auf die spezifische Haltung dieses CMHT zurückgeführt („Sie haben immer ihr eigenes Ding verfolgt, und wollen das auch weiterhin.“ „Es ist nur ein Problem in Leeds West, nirgendwo anders.“), z.T. auf inkompatible Auffassungen über Aufgabenbereiche, unter anderem darüber, inwieweit das CMHT für die Demenzkompetenz der anderen Dienste Verantwortung trage („Die Allgemeinversorger haben ihre Hausaufgaben nicht gemacht.“ Oder: „Das CMHT weigert sich uns zu beraten“), teilweise auf eine kurz vorher durchgeführte Restrukturierung der zuvor verbundenen Trägerorganisation für psychiatrische und andere ambulante Dienste in einen jetzt ausschließlich psychiatrischen Träger (Mental Health Trust) mit deutlicheren professionellen Abgrenzungen („Da haben sie ihre professionelle Identität zurückgewonnen, aber alle übergreifende Zusammenarbeit wurde gestoppt“). Die fehlende Kooperation mit dem CMHT wurde als Einschränkung der Arbeit des JCMTs und des Intermediate Care Teams sowie anderer Einrichtungen in Leeds West angesehen, die alle mit psychiatrischen Problemen älterer Menschen – insbesondere Demenz – konfrontiert waren, aber selbst keine qualifizierte Kompetenz dafür hatten. Es gab allerdings auf mittlerer Managementebene in der PCT und im MHT eine Verständigung darüber, einen Versuch zur Konfliktlösung zu unternehmen.

Die Kommunikationsmängel zwischen psychiatrischen und allgemeinen Diensten schienen allerdings allgemeinerer Art: Vertreter der psychiatrischen Dienste hatten weder gleichwertig an der Entwicklung der NSF Agenda partizipiert, noch im Integrated Care Committee mitgearbeitet. Eine

inter-organisationelle Arbeitsgruppe zur Demenzversorgung, das ‚Dementia Forum‘ hatte, durch unlösbare Konflikte blockiert, seine Arbeit eingestellt. Der Kommunikationsmangel wurde auch in der Versorgungsplanung deutlich: Drei Einrichtungen berichteten voneinander unabhängig, dass sie ein auf Demenz spezialisiertes Team für ambulante häusliche Versorgung in Leeds West aufbauen wollten.

7.3.3 Die englischen Fälle: Vergleichende Analyse

In beiden englischen Fällen spielte das Thema der auf nationaler Ebene beschlossenen lokalen Restrukturierungen in den Gesundheits- und sozialen Diensten eine bedeutsame Rolle und wurde als inhärenter Bestandteil englischer Gesundheitspolitik deutlich. In York waren die Umstrukturierungen mit umstrittenen Veränderungen von Gebietsgrenzen und Politikentwürfen verbunden (beim City of York Council, 1996) oder nur von Gebietsgrenzen (wie bei der Fusion der PCGs Selby und York 2001) und führten zu inter-organisationellen Konflikten und Kooperationsbrüchen, auch in der Demenzversorgung. Die implementierten Veränderungen waren hinsichtlich der bestehenden lokalen Konfiguration nicht anschlussfähig – an bestehende Organisationskulturen und etablierte Netzwerke der Manager oder der professionellen Praktiker. Sie unterbrachen und verkomplizierten nicht nur die Kooperation von Gesundheits- und sozialen Diensten in der täglichen Versorgung, sondern bewirkten auch schädliche Verzögerungen und Verzerrungen in der längerfristigen Versorgungsplanung, wie in der Umsetzung des NSF Older People. Eine übergreifende Systemperspektive (whole systems' perspective, Pratt et al., 1999) wurde nicht entwickelt, und formelle und informelle Netzwerke, die das soziale Kapital für integrierte Versorgung bilden, wurden ernsthaft beschädigt. Diese Auswirkungen unterstreichen die Bedeutung von Kontinuität bei dem Aufbau und der Weiterentwicklung kooperativer Versorgungsnetzwerke.

Leeds West schien erfolgreicher dabei zu sein, neue organisationelle Strukturen zu integrieren (Ausnahme: der Fall des MHTs). Die PCGs/PCTs passten gut in den lokalen institutionellen Kontext, zumal sie von etlichen Akteuren als mit den eigenen Zielen und Interessen kompatibel angesehen wurden: im Hinblick auf die Stärkung ambulanter gemeindebezogener Dienste, auf die Neuverteilung der Budgets und die Chance zur Änderung überkommener Machtverhältnisse. Die tatsächliche Implementierung baute auf vorhandene administrative Strukturen auf und erlaubte die Fortsetzung bereits entwickelter Pläne und die Weiterentwicklung bestehender Kooperation; durch die Aufrechterhaltung der Kontinuität in wichtigen Bereichen wurden schädliche organisationelle Brüche und Unsicherheit vermieden. Andererseits gab es auch Anzeichen dafür, dass die etablierte lokale Macht der Universitätskrankenhäuser durch die neu etablierten PCGs/PCTs nicht so leicht zu erschüttern war. Die PCTs mussten zunächst interne Kapazität und Selbstbewusstsein entwickeln, um ihre Machtstellung verankern und die Versorgungsschwerpunkte auch finanzwirksam verschieben zu können; um so mehr, als nationale Vorgaben in dieser Hinsicht durchaus widersprüchlich waren. Dieser weist u.a. auf die Wichtigkeit des Zeitfaktors für Organisationsentwicklung und -veränderung sowie für Prozesse, die bestehende Machtverhältnisse in Frage stellen.

Beide Fälle demonstrierten auch die besonders wichtige Rolle der lokalen psychiatrischen Dienste für integrierte Demenzversorgung im Allgemeinen, nicht nur für die spezialistische Versorgung selbst, sondern auch für die kooperative Unterstützung der Allgemeinversorger, um für Aufmerksamkeit für Demenzerkrankte zu werben und Fachkenntnisse weiterzugeben. In York demonstrieren die starken gemeindenahen psychiatrischen Dienste die Bedeutung und das Potential lokalen persönlichen und fachlichen Engagements.

Am Konflikt um das CMHT in Leeds West wurde deutlich, dass professionskulturelle, strukturelle sowie Machtfragen interagieren und sich schädlich auf die immens wichtige Zusammenarbeit zwi-

schen allgemeinen und spezialistischen Diensten (Audit Commission, 2000; Department of Health, 2001b) auswirken können: Abgrenzungen der Arbeitsbereiche (domain conflicts), persönliche und professionelle Einstellungen, Organisationsumstrukturierungen – hier solche, die die disziplinären Grenzen aufs Neue verschärfen – können zu Konflikten führen. Versuche, solche Probleme zu lösen, schienen allerdings durch einige Merkmale von Versorgungsstrukturen in größeren Städten unterstützt zu werden: Die komplexeren, aber auch offeneren Strukturen der Dienste und die ganz unterschiedlichen persönlichen und fachlichen Verbindungen zwischen ihnen, mit mehr beteiligten Ebenen und mehr Diversität insgesamt, boten in der Regel Beispiele guter Praxis quasi in der Nachbarschaft – damit ein Benchmarking, dem man sich nicht leicht auf Dauer entziehen konnte – und vielfältigere Optionen für Kooperation und Kommunikation.

Es schienen auch die kulturellen und sozioökonomischen Merkmale der Großstädte zu sein, nämlich dass mehr ältere Menschen allein und in größerer Entfernung von ihrer Familie lebten, die die Unterstützungsbedarfe älterer Menschen im Allgemeinen und solcher mit Demenz im Besonderen für die Versorgungsdienste einerseits und die Öffentlichkeit andererseits sichtbar werden ließen; in Leeds wurde diese auch durch die gemeinnützigen Einrichtungen recht erfolgreich kommuniziert. Dies trug wohl auch zur Bereitschaft der Primärversorger sowie der sozialen und der gemeinnützigen Dienste bei, für eine frühe und gemeindenahe Unterstützung zusammenzuarbeiten.

7.4 National-lokale Interaktionen und lokale Kooperation in der Demenzversorgung: die niederländischen Fälle

Ebenso wie für England werden im Folgenden, aufbauend auf die Beschreibung des niederländischen Gesundheitssystems und der niederländischen Gesundheitspolitik in Kapitel 4.1.2, den Falldarstellungen für die Demenzversorgung wichtige Sachverhalte vorangestellt.

Spezialistische Versorgung von Demenzpatienten wurde in den Niederlanden im Wesentlichen von den RIAGGS (in der Regel mit spezialisierten Teams für die Versorgung älterer Menschen), zunehmend von Memory Clinics (,geheugenpoli's') für die Früherkennung und von spezialisierten psychogeriatrischen Pflegeheimen (mit eigenen ärztlichen und psychologischen Diensten) geleistet. Wohn- und Pflegeheime waren meistens in der Trägerschaft von größeren regionalen Stiftungen, die häufig auch Tagesbetreuung und -behandlung sowie betreutes Wohnen und zunehmend auch ambulante Versorgung anboten. Ambulante häusliche Versorgung und Pflege wurde meist von ein oder zwei dominanten lokalen Trägern und wenigen kleineren Anbietern offeriert. Mit Ausnahme der Memory Clinics, die der Akutversorgung und damit dem Geltungsbereich der Krankenversicherung (ZFW) zugeordnet waren, waren alle diese Versorgungsangebote dem AWBZ zugeordnet. Außerhalb der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung – und insofern nach anderen Spielregeln operierend –, gab es so genannte ,Wohlfahrtsdienste' (,welzijnszorg', wie z.B. Essen auf Rädern, Seniorenberatung) in der Verantwortlichkeit der Kommunen; geleistet wurden auch diese Dienste zumeist von gemeinnützigen Organisationen.

Nachdem im Jahr 1997 die unabhängigen RIOs zur Bedarfsplanung und als Assessmentstellen für den Bereich des AWBZ eingerichtet worden waren, leitete das Gesundheitsministerium 1998 eine weitere schrittweise Reform des AWBZ ein – mit dem Ziel, die Nutzerorientierung im System sowie ambulante und integrierte Versorgung zu fördern (VWS, 1999). Der Versorgungspfad wurde stärker formalisiert und in die Elemente des Assessments, der Zuweisung und der Durchführung der Versorgung aufgeteilt. Den Versicherern wurde eine zunehmend stärkere steuernde Rolle zugewiesen, die sie durch den Betrieb regionaler AWBZ-Administrations- und Steuerungsstellen (,zorgkantoren', im Folgenden AWBZ-Agenturen genannt) wahrnehmen sollten. Jeweils ein Versicherer wurde dafür regional von der Regierung für zunächst fünf Jahre lizenziert. Die AWBZ-Agenturen,

zuständig für Kontraktierung mit Anbietern und für Zuweisung an die Patienten⁵⁹, sollten ihre größer werdenden Vertragsfreiheiten gegenüber den Anbietern dazu nutzen, Effizienz, Qualität und Verbraucherezufriedenheit zu fördern. Die RIOs sollten im Jahr 2003 ihr Assessmentsystem von einer Einrichtungs auf eine Funktions-/ Bedarfsorientierung umstellen – das bedeutete, dass nicht mehr z.B. Wohnheimversorgung indiziert werden sollte, sondern Hilfs- und Pflegebedarf bei bestimmten definierten Bedürfnissen und Aktivitäten des täglichen Lebens. Insgesamt sollte mehr Wettbewerb in den Vertragsverhandlungen, aber auch mehr Flexibilität in der Versorgung stimuliert werden – die Festlegungen der Anbieter auf je bestimmte Versorgungsbereiche sollten entfallen. Gleichzeitig ermöglichten und förderten steigende AWBZ-Gesamtbudgets zwischen 1998 und 2002⁶⁰ die Ausweitung der Kapazitäten in den ambulanten und stationären Diensten mit dem erklärten politischen Ziel, die Wartelisten zu reduzieren. Insbesondere im stationären psychogeriatrischen Bereich wurden die Kapazitäten erhöht. Angesichts fast erreichter Vollbeschäftigung in diesen Jahren entwickelte sich allerdings ein einschneidender qualitativer wie quantitativer Pflegekräftemangel, insbesondere in den großen Städten der Randstad⁶¹.

Im Zusammenhang mit den wachsenden politischen und gesellschaftlichen Prioritäten für ambulante Versorgung wurden die kommunalen Wohlfahrtsdienste und die Wohnraumpolitik wichtiger und bedurften der Koordination mit der AWBZ-Versorgung. Gleichzeitig hatten sowohl kommunale wie provinzielle Behörden nur beschränkten Einfluss auf die lokale Versorgungsgestaltung: Die Provinzbehörden sollten zwar die Kommunen unterstützen, und hatten die Aufgabe, mit allen beteiligten Akteuren regionale Entwicklungsprogramme („regiovisies“) aufzustellen; diese hatten allerdings lediglich empfehlenden Charakter.

Von Bedeutung für die Entwicklung und Durchführung von integrierter Demenzversorgung in den Niederlanden war außerdem:

- Anders als in England war der Gebrauch von ChEI in den Niederlanden nicht weithin akzeptiert und verbreitet (Gezondheidsraad, 2002), und hatte insofern auch weniger stimulierenden Einfluss auf die Haltung der Allgemeinmediziner zur (frühen) Demenzversorgung.
- Halbstaatliche Forschungs- und Entwicklungsinstitute im Versorgungssektor bekamen öffentliche Fördermittel, um die Entwicklung und Implementierung integrierter Demenzversorgung zu unterstützen; insbesondere wurden umfassende (d.h. nicht eingeschränkt medizinische) Leitlinien (zorgprogramma's) erarbeitet (Salari, 2000) und ihre lokale Implementierung unterstützt.

7.4.1 Erste Fallstudie in den Niederlanden: Maastricht

Maastricht ist eine Mittelstadt mit ca. 118.000 Einwohnern im Süden der südlichsten und katholischen Provinz Limburg, umgeben von der deutschen und belgischen Grenze. Von einem Schwerpunkt für verarbeitende Industrien hat es sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer gemischten Wirtschaftsregion mit starken administrativen und Dienstleistungsbereichen inklusive der Universität entwickelt. Die Stadt und das ländliche hügelige Umland bilden zudem eine attraktive touristische Region.

59 Das beinhaltet auch die Administration vorhandener Wartelisten.

60 In den Niederlanden waren das Jahre mit prosperierender wirtschaftlicher Entwicklung und niedriger Arbeitslosigkeit.

61 Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Den Haag

Im Untersuchungszeitraum waren in der Demenzversorgung in Maastricht zwei größere Träger von Pflege- und Wohnheimen aktiv, die zunehmend auch ambulante Dienste (u.a. Tagespflege und -betreuung) anboten; darüber hinaus gab es einige noch unabhängige Wohnheimbetreiber; des weiteren zwei größere konkurrierende Anbieter ambulanter häuslicher Pflege und Betreuung, ergänzt durch einige kleinere. Im Universitätskrankenhaus arbeiteten einige engagierte Demenzspezialisten (Psychiater, Neurologen, Geriater). Die Gemeinde beschäftigte neuerdings einige Seniorenberater (,ouderenadviseurs') zur Unterstützung zuhause lebender älterer Bürger. Sowohl das RIAGG-Ouderen-Team, als auch das RIO waren sowohl für Maastricht wie für das direkte Umland zuständig, während die AWBZ-Agentur Südlimburg als Ganzes (also eine wesentlich größere Einheit) verwaltete.

Die Situation integrierter Demenzversorgung war durch ein enges kooperatives Netzwerk der meisten psychiatrischen und/oder Demenzspezialisten gekennzeichnet, das aber unterentwickelte Verbindungen zu Allgemeinversorgern und den kommunalen Wohlfahrtsdiensten aufwies. Die Kooperation der strategischen Akteure (Trägerorganisationen, Versicherer/AWBZ-Agentur, RIO, kommunale und Provinzbehörden) zeigte ein gemischtes Bild, und die Veränderungen im AWBZ hatten einige Anpassungsschwierigkeiten hervorgebracht.

7.4.1.1 Operative Kooperation: ein Spezialistennetzwerk mit Erweiterungsbedarf

Professionals vom RIAGG, den Pflegeheimen und dem Universitätskrankenhaus arbeiteten oft seit vielen Jahren in der Region, kannten sich gut und bildeten ein dichtes Netzwerk rund um die Demenzversorgung. Mit zahlreichen Projekten und neuen Dienstleistungen waren immer wieder über Jahre Schwachpunkte des lokalen Versorgungspfades angegangen worden, sicherlich auch stimuliert durch die Präsenz wissenschaftlicher Kompetenz an der Universität. Die Initiativen bezogen sich u.a. auf umfassende und kooperative Diagnosen und Assessments von Demenzpatienten (psychiatrische, geriatrische, ergotherapeutische und soziale/Familienanamnese und Diagnose) (Cann, 2002), auf ein Monitoring von Patienten und pflegenden Angehörigen in der häuslichen Situation (Afdeling SPGD/Ouderenzorg et al., 1997), und auf Case Management und intensive häusliche Pflege und Betreuung für Patienten und ihre Familien im Vorfeld der Heimaufnahme (Projectgroep VIA-Maastricht, 1999). Die Initiativen waren von professionellem Einsatz und Interesse getragen, wurden den jeweiligen Managementebenen unterstützt oder zumindest toleriert, und von der regionalen AWBZ-Agentur oftmals finanziell unterstützt. Das RIAGG-Team, obwohl klein, hatte dabei eine wichtige zentrale Netzwerkfunktion, weil es in nahezu allen Initiativen selbst mitarbeitete.

Aus externer Perspektive allerdings schien die Zusammenarbeit teilweise auf die Demenzexperten beschränkt zu sein, und Verbindungen zu den Allgemeinversorgern waren oft nicht gelungen – obwohl Unterstützung in frühen Phasen von Demenz von allen Parteien befürwortet wurde. Einige Verbindungen waren zumindest mit Teams für die häusliche Pflege und Versorgung aufgebaut, die mehr oder weniger dauerhaft funktionierten (regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen über zuhause lebende Demenzerkrankte durch RIAGG-MitarbeiterInnen und Teamleiterinnen aus der ambulanten Pflege). Dennoch wurde immer wieder über Schwierigkeiten berichtet, Pflegekräfte für die besonderen Situationen und Bedarfe von Menschen mit Demenz zu sensibilisieren. Verbindungen zu den noch nicht lange arbeitenden Seniorenberatern schienen noch gar nicht zu existieren. Die Kooperation zwischen den Spezialisten und den Hausärzten wurde von beiden Seiten als angespannt beschrieben, und von den Spezialisten als bis dato nicht sehr erfolgreich in dem Sinne, proaktive Handlungsstrategien in der Demenzversorgung in der Allgemeinversorgung zu etablieren. Es gab deutliche Hinweise darauf, dass ein wesentlicher Teil der Menschen mit Demenz ohne Zugang zu frühzeitiger Unterstützung und zu spezialisierten Diensten blieb. Den professionellen spezialisti-

schen Netzwerken war es nicht in ausreichendem Masse gelungen, effektive Verbindungen in die Allgemeinversorgung aufzubauen.

Manche Interviewpartner sahen diese Situation durch die konservative, familienorientierte Kultur in Limburg mit einer noch starken Tabuisierung der Demenz aufrechterhalten bzw. verstärkt – Familien, die ihre Angehörigen pflegten ohne nach Unterstützung zu fragen, wenige allein lebende Menschen mit Demenz und parallel dazu traditionelle Einstellungen in der Pflege.

„Die Wohnheime, und auch unsere eigenen Pflegeheime, sind rückständig in der Demenzversorgung. Neue Ideen implementieren zu wollen ist in Maastricht nicht einfach. Wenn Sie irgendeinen anderen Ort ausgesucht hätten – das Gegenteil wäre Amsterdam, wo die Menschen viel mehr Innovationen ausprobieren; daran ist hier überhaupt nicht zu denken.“ (Pflegeheimpsychologin)

Aus externer Perspektive schien auch die relative Abgeschlossenheit des Expertennetzwerks zu der Dauerhaftigkeit der Positionen und Konflikte beizutragen: Aus der auch geografisch abgeschlossenen Lage ergab sich ein Arbeitsmarkt mit relativ wenig Veränderungen und dieselben Personen hatten jahrzehntelang miteinander zu tun.

7.4.1.2 Strategische Kooperation:

Umstrittene Steuerung – wettbewerbliche und kooperative Anreize

Die Neuregelungen innerhalb des AWBZ bewirkten durch die Veränderung der Beziehungen zwischen den Akteuren und die fortschreitende Formalisierung der Versorgungspfade einige Konflikte. Die Maastrichter Trägerorganisationen standen in dem Ruf, ihre Autonomie so weit möglich zu verteidigen. Das lokale RIO, schon als Pilotprojekt vor der nationalen Einführung in Maastricht implementiert, wurde aus Träger- und Professionellenperspektive als rigide wahrgenommen, als wenig kooperativ und hinsichtlich innovativer Versorgungsprojekte eher blockierend und oft im Konflikt mit den Professionellen über den Inhalt vorgenommener Assessments; das RIO hatte geradezu die Rolle des Lieblingsfeinds oder des Sündenbocks. Aufgrund der formalisierten und auch eingeschränkten Aufgaben des RIOs waren dadurch aber nicht alle Kooperationsmöglichkeiten blockiert. Die AWBZ-Agentur wurde ebenfalls in ihrer neuen Rolle noch als unsicher angesehen und nicht immer in Kontrolle über die anstehenden Verhandlungsprozesse. Beispielsweise fand eine Auseinandersetzung über ein vereinheitlichtes Zuweisungsverfahren für Wohn- und Pflegeheimplätze seit Jahren als Tauziehen zwischen der AWBZ-Agentur, dem RIO und den Anbietern statt (Villevoije, 2002). Das Management der AWBZ-Agentur sah sich selbst hinsichtlich seiner Instrumente und Ressourcen in einer schwachen Position für die steuernde Rolle, die ihm nun zugedacht war.

„Die Strategie ist noch nicht entwickelt. ... Wir bewegen uns sehr vorsichtig. Für die AWBZ-Agentur ist es ein hohes Risiko, wenn die Verhandlungen über das Zuweisungsverfahren scheitern; wenn das nicht klappt, sind wir verantwortlich. ... Wenn man eine Identität hat, sagt man, wie man es haben möchte, aber mit der AWBZ-Agentur ist noch keine Identität verbunden.“ (AWBZ-Agentur)

Andererseits wurde die AWBZ-Agentur durchaus als innovationsfreundlich und für die Versorgungsentwicklung förderlich wahrgenommen. Indem sie innovative und kooperative Initiativen durch ihre Budgetpolitik unterstützte, setzte sie gleichzeitig kompetitive Anreize für die Trägerorganisationen. Für bestimmte Themen der lokalen Versorgung verlangte die AWBZ-Agentur Regelungsvorschläge, die zuvor mit allen Trägern ausgehandelt sein sollten, z.B. für psychogeriatrische Abteilungen in Wohnheimen, die neu entstehen sollten (Stuurgroep Substitutie Maastricht/Heuvelland, 1998), und stimulierte dadurch auf der Ebene des örtlichen AWBZ-Trägerdachverbandes lokale Kommunikation und Kompromisse. Wie auch anderswo in den Nieder-

landen wurden die Träger weniger und größer; bis dato hatten sich aber weder in den stationären noch den ambulanten AWBZ-Bereichen Monopolstrukturen entwickelt, was für die Entwicklung kooperativer und innovativer Strukturen vorteilhaft schien. Das Management hatte natürlich die Eigeninteressen der jeweiligen Organisation zu vertreten; zu diesem Eigeninteresse gehörte es aber auch, sich in aktuellen Versorgungstrends zu engagieren und als innovativer Spieler auf dem Versorgungsmarkt zu agieren – z.B. das eigene Fachpersonal in operativen Versorgungsnetzwerken mitarbeiten zu lassen, wie oben beschrieben. Dadurch konnten sich die Anbieterorganisationen in mehrfacher Hinsicht profilieren: als interessante Arbeitgeber, als Einrichtungen, an die andere Einrichtungen gerne Patienten überwiesen sowie als geeignete Bewerber für innovative Projekte (und die dazu gehörigen Finanzierungen). Einige Kooperationsinitiativen standen allerdings in dem Verdacht, mehr die eigenen Marktinteressen als das Allgemeinwohl – in diesem Fall eine bessere Versorgung – zu verfolgen, z.B. eine strategische Allianz zwischen ganz bestimmten Anbietern (dem Universitätskrankenhaus, dem größten Heimträger und einem Anbieter für häusliche Versorgung und Pflege), um die Überweisungswege zwischen ihren Einrichtungen zu vereinfachen – eine solche Allianz, so wurde argumentiert, behindere die freie Wahl des Versorgers durch die Patienten.

Aus der Sicht der Träger und der AWBZ-Agentur wurden die Gemeinde und die Provinzverwaltung bzw. –regierung eher als marginal denn als wesentliche Akteure für die Versorgung wahrgenommen. Weder die ‚Regiovisie‘, noch kommunale Runde Tische zu gemeinsamen Themen der Gesundheits- und Wohlfahrtsdienstleistungen wurden als einflussreich wahrgenommen. Die zunehmend wichtigere Rolle der Kommunen für integrierte Demenzversorgung wurde also in Maastricht noch nicht realisiert.

7.4.2 *Zweite Fallstudie in den Niederlanden: Amsterdam Nieuw West*

Amsterdam ist die Hauptstadt, wenn auch nicht der Regierungssitz der Niederlande, mit ca. 670.000 Einwohnern, einer historisch gewachsenen gemischten Wirtschaftsstruktur und mehreren Universitäten. In den letzten Jahrzehnten stand die Stadt für eine innovative und bürgerorientierte Sozialpolitik, ein Umfeld also, das offen war für kollektive Experimente und Lösungen.

Nieuw West war mit 127.000 Einwohnern eine von fünf administrativen Versorgungsregionen (‚zorgregio’s‘), die für die lokalen Akteure die relevanten Verwaltungsbezirke bildeten, und war eine Region städtebaulicher Erneuerung. Es gab drei gemeinnützige Träger von Pflege- und Wohnheimen, die zunehmend auch ambulante Dienste anboten. Eins der beiden Krankenhäuser hielt ambulante und stationäre geriatrische Versorgung vor, die durch die lokale Bevölkerung intensiv genutzt wurden. Das RIAGG operierte in nachbarschaftsbezogenen Kleinteams. Die Gemeinde hatte in den Stadtvierteln Nachbarschaftszentren eingerichtet, in denen Seniorenberater arbeiteten und andere Wohlfahrtsdienste koordiniert wurden. Häusliche Pflege und Versorgung wurde durch einen Amsterdam-weiten, aber dezentral operierenden Anbieter, und in geringem Umfang von den Heimträgern⁶² durchgeführt. Das stadtweit zuständige RIO hatte ebenfalls ein lokales Team in Nieuw West. Die AWBZ-Agentur war für die gesamte Region Amsterdam/Diemen zuständig.

Die Organisation integrierter Demenzversorgung war durch eine Vielfalt von sich überlappenden operationellen Verbindungen zwischen Allgemeinversorgern, Wohlfahrtsdiensten und spezialisierten Diensten gekennzeichnet; hin und wieder waren die Beziehungen durch Konflikte zwischen einzelnen Organisationen eingeschränkt. Auch auf strategischer Ebene war die Kooperation gut entwi-

62 auf Grund besonderer Verträge im Zusammenhang mit der Reduzierung von Wohnheimplätzen, im lokal begrenzten Umkreis der Wohnheime

ckelt, obwohl auch hier kompetitive Aspekte zwischen Anbietern eine Rolle spielten. Die Veränderungen im AWBZ waren hier bis dato relativ komplikationslos realisiert worden.

7.4.2.1 Kooperation auf operationeller Ebene: verschiedene und sich überlappende Verbindungen

In Reaktion auf die steigende Zahl allein lebender und von Demenz betroffener Menschen, und auf zunehmende Diskontinuitäten bei der familiären Pflege hatten sich über Jahre vielfache Kooperationen zwischen den Einrichtungen entwickelt, um die Demenzversorgung zu koordinieren, sei es durch alltägliche Zusammenarbeit oder ergänzende kooperative Projekte: Diese vernetzen die Seniorenberater, etliche Hausärzte, Gemeindeschwestern, Tagespflege- und Tagesbetreuungseinrichtungen, ein spezialisiertes Case-Management-Team, das RIAGG, die geriatrische Krankenhausstation und die Poliklinik, sowie Pflege- und Wohnheime. Die vielfachen Verbindungen schafften sich überlappende Teilnetzwerke in wechselnden Zusammensetzungen. Beispiele dafür waren: ein kürzlich gestartetes inter-organisationelles Projekt für die Früherkennung der Demenz und den frühen Einsatz unterstützender Angebote, das Hauspflegeteams und Arzthelferinnen in Allgemeinpraxen trainieren und sensibilisieren würde; eine Tagespflegeeinrichtung, die mit dem RIAGG und dem Case-Management-Team gemeinsame die ambulante Unterstützung koordinierte; Case Management, das in unterschiedlicher Intensität von den Seniorenberatern (in der Frühphase), den Gemeindeschwestern (,wijkverpleegkundigen') und dem Case Management-Team (bei besonders komplexen Fällen) durchgeführt wurde; die geriatrische Tagesklinik, die, bei Bedarf ergänzt durch neurologischen und psychiatrischen Input, den Allgemeinärzten umfassende physische und psychogeriatrische Diagnosen lieferte. Runde Tische, so genannte Home-Teams, trafen sich regelmäßig in etlichen Nachbarschaften, um komplexe Versorgungsfragen, z.B. hinsichtlich Demenz, zu besprechen. Daran nahmen Allgemeinärzte (in manchen Vierteln zu fast 100%), Gemeindeschwestern, Psychiatriepfleger (vom RIAGG) und Seniorenberater teil.

„Kürzlich hat unser Home-Team das RIO und die derzeitigen Regeln, die in der Demenzversorgung relevant sind, besprochen. Zudem haben die Seniorenberater über ihr erweitertes Angebot informiert, dass sie z.B. mehr Hausbesuche machen als früher. Das Home-Team ermöglicht verbesserte Kommunikation, besser als all die Flyer, und ich lerne, wie die Anderen mit den Themen umgehen.“ (Hausarzt)

Probleme wurden insbesondere im Zusammenhang mit der häuslichen Pflege und Versorgung genannt: Es wurde über Wartelisten, mühevoller Kooperation, bürokratische Hürden, fragwürdige Qualität und Diskontinuität beim Personal berichtet, wodurch sowohl die Koordination als auch die Qualität der Versorgung in Frage gestellt waren. Der Pflgeträger befand sich in einer Phase interner Reorganisation und Rationalisierung; die zielgruppenorientierte Spezialisierung des Personals war reduziert worden, und bei notwendigen Einstellungen gab es Engpässe. Nichtsdestotrotz waren insgesamt in Nieuw West pro-aktive, frühe und koordinierte Versorgungsansätze entwickelt und umgesetzt, und die Kooperation in der Demenzversorgung bezog die Allgemeinversorgung und die Wohlfahrtsdienste mit ein. Insgesamt schien die professionelle Kooperation ähnlichen Motiven zu folgen wie in Maastricht: Die Professionals suchten ihre fachlichen Vorstellungen umzusetzen und ihrer beruflichen Ethik zu folgen; aus der Managementperspektive galt die operative Kooperation als vorteilhaft, um mit der eigenen Einrichtung in den lokalen Versorgungsnetzwerken präsent zu sein.

7.4.2.2 Strategische Kooperation: konzertierte Lösungen

Die Formalisierung der Versorgungspfade schien einfacher vorangekommen zu sein als in Maastricht: Das RIO wurde als kooperativer und meistens kompetenter Partner beschrieben. Eine Versorgungszuweisungsagentur für alle AWBZ-Dienstleistungen war schon 1995 durch die Dachorganisation aller Anbieter stationärer Pflege in Amsterdam eingesetzt worden und arbeitete nun unter der Verantwortung der AWBZ-Agentur weiter (Geschiere, 2002). Der regional zuständige Versicherer hatte sich schon in früheren Jahren als innovativ steuernder Akteur erwiesen (van Raak et al., 1993).

„Der Druck durch Gesellschaft, die Regierung und aus dem Feld brachte die notwendige Energie für einen Wechsel in den AWBZ-Agenturen. Sie haben Recht, vor drei, vier Jahren war das noch bei Null, obwohl ich sagen möchte, dass wir hier schon vor acht oder neun Jahren innovativ engagiert waren. Das heißt, auch in historischer Perspektive war unsere AWBZ-Agentur sehr aktiv.“
(AWBZ-Agentur, Direktor)

Die sozialpolitische Tradition Amsterdams und die komplexen Versorgungsstrukturen und -probleme einer Großstadt mögen zur Motivation zu und zur Akzeptanz von konzertierten Lösungen beigetragen haben.

Die AWBZ-Agentur stimulierte Kooperation und Konkurrenz gleichzeitig: Sie bevorzugte zunehmend Paketverträge, die ganze oder teilweise Versorgungswege mit definierten Schnittstellenlösungen für Zielgruppen wie Demenzpatienten umfassten, ob sie nun von einem oder mehreren Anbietern zusammen durchgeführt wurden. Andererseits ermutigte sie alle Anbieter, innovative Dienstleistungen auch jenseits ihrer traditionellen Bereiche anzubieten. In Nieuw West hatten die Heimträger versucht den zunehmenden Wettbewerb dadurch auszuschalten, dass sie die Nachbarschaften als Einfluszonen unter sich aufgeteilt hatten (Antaris et al., 2001) – dies wurde von der AWBZ-Agentur als Kartellstrategie kritisiert, mit der die Anbieter den Innovationsdruck für sich herabsetzten, aber auch die Wahlmöglichkeiten der Bewohner tendenziell einschränkten. Der größte Heimträger in Nieuw West kooperierte wiederum mit Anbietern aus dem Behindertenbereich, um, abgestimmt mit der Stadtentwicklungsagenda, ein System für Nachbarschaftszentren für ambulante Versorgung aufzubauen (Projectbureau CareWest, 2002). Solche Initiativen wurden wiederum von der Vertragspolitik der AWBZ-Agentur unterstützt.

Ähnlich wie auf der operativen Ebene arbeiteten die AWBZ-Agentur und die Gemeinde seit Jahren zusammen, um die zunehmend zwischen ihnen überlappenden und dadurch ungeklärten Versorgungsbereiche zu bearbeiten, um ‚free-rider-behaviour‘ zu vermeiden und die Integration der Versorgung zu ermöglichen (Regiocommissie Ouderenbeleid Amsterdam/Diemen, 2001).

7.4.3 Die niederländischen Fälle: Vergleichende Analyse

In beiden niederländischen Fällen wurde deutlich, dass nationale Regulierungen in den 1990er Jahren erfolgreich kooperative operative Netzwerke über Organisationsgrenzen hinweg stimulieren konnten, indem kooperative und kompetitive Anreize weitgehend ausbalanciert wurden (vgl. Wistow & Hardy, 1996). In Maastricht hatte die lokale institutionelle Konfiguration dazu beigetragen, eine Landschaft miteinander verbundener Demenzversorgungsprojekte entstehen zu lassen, die aber ungenügend mit der Primärversorgung und den Wohlfahrtsdiensten vernetzt waren. Die geographische Situation, die auch die Arbeitsmarktflexibilität begrenzte, hatte zu einem dauerhaften und engen professionellen Demenznetzwerk beigetragen, das diese Projektlandschaft vielleicht erst ermöglicht hatte. Die Verbindungen in die anderen Versorgungsbereiche schienen aber durch die beständige und etwas abgeschlossene Struktur dieses Netzwerks (Kickert & Koppenjan, 1997) so-

wie durch die lokale eher konservative Kultur erschwert zu sein: die Tabuisierung der Demenz außerhalb der ‚expert community‘ konterkarierte zumindest teilweise deren Bemühungen, die zögerliche bis abwehrende Haltung gegenüber pro-aktiven Demenzversorgungsansätzen abzubauen und frühe Unterstützung für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zu institutionalisieren. Angesichts der eingeschränkten Durchsetzungskraft nationaler gesundheitspolitischer Programme hatten die nationalen Präferenzen – übereinstimmend mit denen der lokalen Experten – für frühe aktive Unterstützung im Krankheitsverlauf nicht genug Einfluss, um auf die lokalen Routinen entscheidend einwirken zu können.

In Amsterdam Nieuw West hatten sich operative Netzwerke in offenerer Form zwischen generalistischen und spezialistischen Anbietern entwickelt und waren deshalb, auch in der Etablierung früher Unterstützung, erfolgreicher. Die großstädtischen Charakteristika, wie die offener ausgedrückten und zur Kenntnis genommenen Versorgungsbedarfe, sowie die deutlichere Orientierung an sozialen Problemen wie dem der Demenz hatte eine breitere Zusammenarbeit gefördert. Zusätzlich war die Struktur der Versorgung sowie der Beziehungen der Manager und Praktiker untereinander komplex und weniger eng: die Beteiligten begegneten sich auf verschiedenen Ebenen (Stadt, Versorgungsregion, Stadtviertel oder Nachbarschaft); aus der innovationsfreundlichen Kultur resultierte eine größere Varianz der Versorgungsangebote und verstärkte diese wiederum. Diese Umstände hatten die Entwicklung eher offener Netzwerke erkennbar unterstützt. Die Kooperationsprobleme mit dem größten Anbieter für häusliche Pflege und Versorgung wiesen auf zwei mögliche Hintergründe: die (nahezu) Monopolstellung dieses Anbieters und seine derzeitige Reorganisationsphase.

Die Kooperationen auf strategischer Ebene schienen ähnlich durch lokal spezifische Umstände beeinflusst: In Maastricht hatten die gleichen Umstände wie für die operative Zusammenarbeit – konservative Kultur, lokale Abgeschlossenheit in Verbindung mit der Unverbindlichkeit nationaler Politik im Hinblick auf spezifische Versorgungsfragen – zur eher langsamen Entwicklung der strategischen Kooperation der unterschiedlichen Anbieter und anderen Akteure (die Versorgungs- und Wohlfahrtsdiensteanbieter, die gemeindlichen und provinziellen Behörden und die AWBZ-Agentur) beigetragen. Die gesellschaftspolitische Situation in Limburg führte so zum Teil zur Vernachlässigung von für die Zukunft als notwendig erkannten Anpassungen. Auch schloss die von der Politik eingeleitete Formalisierung der Versorgungspfade schlecht an den lokalen institutionalisierten Strukturen und Haltungen an, insbesondere stand sie im Widerspruch zum tradierten Autonomieverständnis der Trägerorganisationen. So war das RIO, ohnehin ein umstrittenes Element in der niederländischen Gesundheitspolitik, hier mit besonderen Widerständen und Machtspielen – zu denen es dann selbst noch eskalierend beitrug – konfrontiert, und die AWBZ-Agentur kämpfte mühevoll um ihre politisch vorgesehene steuernde Rolle.

In Amsterdam hatten sich die lokalen sozialpolitischen Traditionen in den umfassenderen und stärker von Trägern und AWBZ-Agentur gemeinsam entwickelten Vorstellungen über die angestrebte Demenzversorgung realisiert und die Formalisierung und Vereinheitlichung der Versorgungswege, und die ausgeweitete strategische Kooperation auch jenseits des AWBZ-Bereichs unterstützt. So fügte sich das RIO hier ohne große Abgrenzungskämpfe viel komplikationsloser in die lokalen Strukturen und Prozesse ein, während die AWBZ-Agentur schon früh Steuerungskapazität und -autorität erworben hatte. Die Kartellstrategie der Pflege- und Wohnheimträger, mit der sie Wettbewerb zu mindern und ihre jeweilige Positionen abzusichern suchten, kann als typisch niederländisches kartellfreundliches Muster der Verbindung von Gruppen- und Partialinteressen gedeutet werden (siehe oben, und Waarden, 1992).

7.5 Transnationale Analyse und Diskussion

In beiden Ländern wurden politische Instrumente genutzt, um, neben anderen Zielen, die Kooperation der je relevanten lokalen Akteure für integrierte (Demenz-)Versorgung zu erreichen, mit einem vergleichbaren Fokus auf ambulante Versorgung und frühzeitige Unterstützung. Die lokalen Ergebnisse zeigten allerdings deutliche Unterschiede innerhalb und zwischen den Ländern, die mit den jeweiligen Interaktionsprozessen zwischen den nationalen und lokalen Konfigurationen erklärt wurden. Sowohl in den sich unterschiedlich entfaltenden zentral-lokalen Steuerungsprozessen als auch in den Inhalten lokaler Versorgungsentwicklung und -durchführung wurden bestimmte Muster sichtbar, die im Folgenden weiter ausgeführt werden.

7.5.1 Interaktionsprozesse zwischen nationaler und lokaler Steuerung

7.5.1.1 Der Einfluss erzwungener lokaler Reorganisationen auf Kooperation und Integration

Entscheidungen über neue Organisationsstrukturen bilden einen wesentlichen Strang englischer Gesundheitspolitik, der während unserer Untersuchungsperiode zum Teil heftig in der Kritik stand (Fulop et al., 2002; Fulop et al., 2005; Smith et al., 2001). Obwohl eher untypisch – bis dato – in der niederländischen Konfiguration, spielten neu implementierte Organisationsformen auch dort eine Rolle.

Als Beispiele für die Implementierung neuer Strukturen lassen sich die PCTs in England mit den RIOs in den Niederlanden vergleichen – ohne dabei außer Acht zu lassen, dass die PCGs/PCTs in England eine umfassendere Veränderung mit sich brachten als die RIOs in den Niederlanden. Die Evidenz aus den Fallstudien zeigte unterschiedliche Implikationen für lokale Kooperationen, abhängig von den lokalen Umständen der Implementierungen und der Passung mit den jeweiligen lokalen Konfigurationen. Passung meint hier die Anschlussfähigkeit der neuen Strukturelemente an bestehende strukturelle und kulturelle Gegebenheiten, die die Interessenlagen und Haltungen der Akteure und die Beziehungen zwischen ihnen bestimmen. Bei ausreichender Übereinstimmung – die allerdings auf dem Hintergrund dieser Studie nicht mess- bzw. quantifizierbar scheint – können neue Organisationsstrukturen anscheinend nahezu reibungslos in bestehende kooperative Prozesse der Versorgungsentwicklung und -durchführung integriert werden, wie das RIO in Amsterdam, oder sogar zur Weiterentwicklung beitragen wie der PCT in Leeds West. Wenn aber die neuen Strukturen nicht zu den bestehenden Gegebenheiten passen, werden Kooperationsprozesse nachhaltig unterbrochen und verzögert, wie dies in York der Fall war, oder die neuen Organisationen bleiben vielleicht in andauernden Konflikten wie das RIO in Maastricht verwickelt. Das bedeutet, dass aufgezwungene Reorganisationen die Gefahr unbeabsichtigter negativer Konsequenzen mit sich bringen, wenn sie nicht ausreichend auf die jeweils spezifischen lokalen Situationen abgestimmt sind. Dies verweist auf basale Bedingungen formeller und informeller Netzwerkentwicklung – auf die Bedeutung von und die Verbindung zwischen Kontinuität und Vertrauen, die durch erzwungene und nicht anschlussfähige Reorganisationen gefährdet werden können.

Schließlich – wegen der kleinen Fallzahl mit Vorsicht zu behandeln – war interessant, dass in beiden Ländern die hartnäckigeren Konflikte in Verbindung mit Reorganisationen in den Mittelstädten zu beobachten waren. Als Versuch einer Erklärung wird hier vorgeschlagen, dass die größere Komplexität und Variation der Gesundheits- und pflegerischen Versorgung in den Großstädten mehr Flexibilität und Offenheit erfordert, damit auch hervorbringt und dabei die Kapazität, mit Konflikten und Veränderungen umzugehen, möglicherweise erhöht.

7.5.1.2 Veränderungen in den Machtbalancen

Nationale Politik berührt lokale Machtpositionen, etwa wenn neue Organisationen/Akteure eingeführt (wie die PCTs in England) oder die Rollen von bestehenden Akteuren verändert werden (wie die der AWBZ-Agenturen in den Niederlanden). In beiden Fällen war diesen Akteuren (mehr) Spielraum bei der Vertragsgestaltung mit (anderen) Versorgern eingeräumt worden, auch, um die Entwicklung integrierter Versorgung fördern zu können. Die Prozesse der Implementierung zeigten wiederum große Varianz: In Amsterdam, wo lokale Kooperationen den nationalen Steuerungsaktivitäten bereits vorausgegangen waren, konnte die AWBZ-Agentur auf den konzertierten Strukturen der Versorger aufbauen und hatte bereits die Kapazität und das Standing entwickelt, bewusst Trends in der Versorgungsentwicklung zu beeinflussen. In Maastricht konnte die AWBZ-Agentur einigen Einfluss dahingehend ausüben, die operative Kooperation zu verstärken, verfehlte aber bis dato das Ziel, strategische kooperative Übereinkünfte gegen den Widerstand einiger lokaler Versorgungsanbieter zu erreichen. Ähnlich konnte die PCT in Leeds ihre Ziele gegen die Interessen der mächtigen Stakeholder in den Universitätskrankenhäusern nicht einfach durchsetzen (vgl. auch Glendinning, 2003). In York konnte die PCT, obwohl noch nicht fest als lokaler Akteur im Sattel, einige Macht aus der gemeinsamen Krise beziehen, um gemeinsame Planungen mit den Sozialdiensten auf den Weg zu bringen. Insgesamt lässt sich schließen, dass sich bestehende lokale Machtverhältnisse auch durch nationale Politik nicht reibungslos ändern ließen – zumindest brauchten Akteure, die erstmalig oder erweiterte formale Steuerungsmacht erhalten hatten, Zeit und Kompetenz, um organisationelle Kapazität und Selbstbewusstsein zu entwickeln, um diese Machtpositionen zu realisieren.

7.5.2 Lokale Versorgungsentwicklung und –durchführung

7.5.2.1 Die Frage der koordinierten frühzeitigen Unterstützung für Demenzpatienten

Das Thema der koordinierten Unterstützung für ältere Menschen in den Anfangsstadien ihrer Hilfsbedürftigkeit, Demenzpatienten eingeschlossen, schien in Amsterdam Nieuw West und Leeds West, unter einer stärkeren Beteiligung der Allgemeinversorger, weiter entwickelt zu sein. Ein größerer Prozentsatz älterer allein lebender Menschen ohne kontinuierliche familiäre Unterstützung in Verbindung mit einer großstädtischen Kultur, die soziale Probleme offener anspricht, erklärt das Profil wahrgenommener und/oder ausgedrückter Bedarfe in großen Städten im Vergleich zu den Mittelstädten. Allerdings war dieser Unterschied zwischen Amsterdam und Maastricht deutlicher als zwischen Leeds und York. Lokale wie nationale Charakteristika erklärten diesen Unterschied: Das besondere lokale Profil der gerontopsychiatrischen Dienste in York war geeignet um die Aufmerksamkeit für die Demenzproblematik bei den lokalen Allgemeinversorgern zu fördern; dagegen hatten die Professionals in Maastricht, deren ambulante Kapazität auch quantitativ gering war, noch mit der lokalen traditionellen Kultur zu kämpfen. Zudem ist der Gebrauch der Demenzmedikation, der – in der Wahrnehmung englischer Demenzversorgungsexperten – zu einem pro-aktiven Umgang mit der Erkrankung beigetragen hat, in England weit verbreitet, aber in den Niederlanden wenig angenommen⁶³. Schließlich könnte ein hemmender Einfluss einer lokalen Kultur stärker in sol-

63 Dies hängt wiederum auch mit dem ganz generell zurückhaltenderen Umgang mit Medikationen in den Niederlanden zusammen.

chen Ländern wirken, in denen die nationale Politik weniger machtvoll auf lokale Kontexte durchgreift.

7.5.2.2 Essentiell für integrierte Demenzversorgung: die Zusammenarbeit von Generalisten und Spezialisten

Es ist weithin anerkannt (Audit Commission, 2000; EACH, 1997b; Gezondheidsraad, 2002), und bestätigte sich nachdrücklich in allen Fallstudien, dass die Kooperation zwischen spezialisierten Diensten und Allgemeinversorgern für eine funktionierende integrierte Demenzversorgung sowohl auf strategischer wie auf operativer Ebene entscheidend war: Weder konnten die gerontopsychiatrischen Kräfte die Arbeit alleine schultern, noch konnten die Allgemeinversorger qualitativ gute Demenzversorgung ohne den Input der Spezialisten garantieren. Allerdings war die Art und das Ausmaß der Kooperationen durch die Besonderheiten der lokalen Konfigurationen geprägt – u.a. durch persönliches und professionelles Engagement, geteilte oder konfliktive Auffassungen über die Aufgabenverteilung, die Geschichte und Kultur der Organisationen und ihrer Zusammenarbeit, lokale Auffassungen über Versorgungsstandards –, die die formellen und informellen Netzwerkentwicklungen in der Demenzversorgung über die organisationellen und professionellen Grenzen hinweg förderten oder behinderten.

7.6 Was zu lernen wäre – Schlussfolgerungen und Empfehlungen

„Das Lokale“ hat Bedeutung. Lokale Konfigurationen produzieren in Interaktion mit nationalen Steuerungsaktivitäten spezifische Ergebnisse; in unserem Fall demonstriert anhand der Kooperation für integrierte Demenzversorgung.

Jenseits lokaler Variationen zeigen die Fallstudien aber auch, dass es auf sowohl strategischem wie operativem Niveau generalisierbare Voraussetzungen für lokale Netzwerkprozesse gibt (vgl. Kickert & Koppenjan, 1997) wie auch für integrierte Demenzversorgung: Solche Prozesse erfordern ein Minimum an Kontinuität der beteiligten Personen, der Aufgabenbereiche und eine längerfristige Vereinbarkeit der Interessen der Akteure. Das bedeutet, dass lokale Netzwerkprozesse durch die Implementierung nationaler Politik, die sie unterbrechen und die bestehendes Sozialkapital untergraben (Ostrom, 1990), gefährdet sind. Netzwerkentwicklung kann aber auch durch Anreize stimuliert werden – so das dominierende Muster in den Niederlanden – oder durch den „Schatten der Hierarchie“ (Scharpf, 2000b) gefördert werden – wie in England. Bei näherer Betrachtung der jeweils vorherrschenden Politikstile erscheinen beide als untentwirrbar mit der Struktur und Kultur der nationalen Gesundheits- und Sozialdienstsysteme verquickt. Beide zeigen Vorteile und Nachteile für die Entwicklung integrierter Demenzversorgung. Während die englische Konfiguration bemerkenswerte hierarchische Kapazität zeigt, Veränderungen auch lokal zu implementieren, läuft sie gleichzeitig Gefahr, grundlegende lokale Netzwerkprozesse zu konterkarieren. Der niederländische Weg, mehr Freiheitsgrade für lokale Entwicklungen offen zu halten und dadurch inkrementellen Netzwerkaufbau zu fördern, riskiert hingegen, die Implementierung gewollter Veränderungen angesichts lokaler widerständiger Strukturen zu verpassen.

Bestimmte Merkmale lokaler Konfigurationen erlauben einige vorsichtig generalisierende Aussagen: Die Größe der Städte scheint einen Unterschied zu machen. Der „Vorsprung“ der Großstädte hinsichtlich des Entstehens, der Wahrnehmung und Behandlung gesellschaftlicher Probleme war keine Überraschung. Unerwartet war allerdings der Eindruck einer gewissen Leichtigkeit hinsichtlich der Herangehensweisen an Kooperation und des Umgangs mit Veränderungen und Konflikten, die in der vorliegenden Studie in den größeren Städten im Vergleich zu den kleineren beobachtet

werden konnte, da Komplexität und Diversität im Allgemeinen eher als Hindernis für Kooperation und Koordination gesehen werden (Hudson et al., 1997). Interessanterweise scheint hier die sozio-ökonomische, kulturelle und professionelle Diversität, die Großstädten eigen ist, das Potential für flexiblere Netzwerke und Kooperationen über organisationelle und professionelle Grenzen hinweg zu erhöhen.

Das Konzept der lokalen Konfiguration hat sich für die Exploration der wesentlichen Aspekte der lokalen institutionellen Kontexte, die den Rahmen integrierter Demenzversorgung bilden, bewährt. Kulturelle, strukturelle und machtbezogene Aspekte wirkten aufeinander – lokale Traditionen, etablierte Versorgungsstrukturen und Aufgabenverteilungen, politische und organisationelle Geschichte und Präferenzen, besondere Vorkommnisse in Vergangenheit oder Gegenwart, persönliches und professionelles Engagement. Zusammen prägten sie den je lokalen Umgang mit den nationalen Steuerungseinflüssen, die lokalen Steuerungsaktivitäten und damit letztlich die je besonderen Umstände und Erscheinungsformen der Entwicklung und Durchführung der lokalen Demenzversorgung. Insofern sind lokale Konfigurationen nicht lediglich ‚Produkte‘ nationaler Konfigurationen und Politiken; sie sind Einheiten eigener Art. So wie nationale Konfigurationen Pfadabhängigkeiten zeigen (Boase, 1996; Giaimo & Manow, 1999), so geben lokale Konfigurationen analog den Implementierungsprozessen nationaler Politik ihre je eigene Form (vgl. Jones, 1999). Folgerichtig sollte politikwissenschaftliche Implementationsforschung wesentliche Aspekte lokaler Konfigurationen zu erkennen suchen, um ein umfassenderes Verständnis der entstehenden Varianz in den lokalen Ergebnissen zu erreichen. Dies könnte für die Feinanpassung nationaler politischer Interventionen hilfreich sein, und einige der ungewollten und unerwarteten Konsequenzen auf lokaler Ebene vermeiden helfen.

8 Diskussion und Abschluss

8.1 Methodologische Reflektion

Die methodologischen und inhaltlichen Entscheidungen, die im Rahmen dieser Studie getroffen wurden, haben sowohl die Reichweite der Ergebnisse wie ihre Einschränkungen bestimmt. Im Folgenden werden diejenigen Entscheidungen reflektiert, die während der Untersuchung Anlass zu Fragen und Diskussion gegeben haben.

8.1.1 Die Abwesenheit eines Untersuchungsteams

Die vorliegende Studie wurde, wie für eine PhD-Studie üblich, als Einzelarbeit durchgeführt und verfasst. Obwohl ein Supervisorenteam aus beiden Ländern während der gesamten Untersuchung zur Verfügung stand, konnte dies wohl nicht den intensiven täglichen Austausch eines realen Forschungsteams ersetzen. Allerdings half die Position der Wissenschaftlerin als Ausländerin in beiden Ländern sicherlich, die Gefahr des ‚going native‘ in dem einen oder anderen Land zu vermeiden. Außerdem wird einer ausländischen Wissenschaftlerin zugestanden, alle möglichen Fragen in den Interviews zu stellen, da von ihr nicht erwartet wird, dass sie den jeweiligen Kontext schon in aller Tiefe kennt und versteht. Die Bereitschaft der Respondenten, ihren Kontext und ihre Sichtweisen zu erklären, war dadurch hoch und ermöglichte es, die sozialen Konstruktionen tief greifend zu erheben. Andererseits hätte eine gemeinschaftliche Forschungsarbeit von sowohl einheimischen wie

ausländischen Wissenschaftlern mit intensiverer Kenntnis von und differenzierterem Verständnis für die jeweiligen nationalen Hintergründe vielleicht manchmal noch differenziertere Analysen und Ergebnisse erreichen können.

8.1.2 *Konsequenzen aus der kleinen Fallzahl*

Explorative vergleichende Forschung lenkt die Aufmerksamkeit primär auf die Unterschiede zwischen den Fällen und könnte deshalb solche Ähnlichkeiten zwischen ihnen verschleiern, die von den Respondenten und in den Dokumenten für selbstverständlich und von daher für nicht erwähnenswert gehalten werden. Solche Phänomene erscheinen dann weder aus der wissenschaftlichen noch aus der Feldperspektive als bedeutungsvoll (siehe unten in diesem Abschnitt). Dies gilt eben im Besonderen für explorative Studien wie die vorliegende, bei denen die wesentlichen Aspekte der Analyse und des Vergleichs erst im Laufe der Untersuchung identifiziert werden und verstärkt für Untersuchungen mit einer kleinen Fallzahl.

Die Einschränkung auf zwei nationale und vier lokale Fälle als eine Entscheidung zugunsten von Tiefe statt Breite hat eine gründliche und eingehende Untersuchung ermöglicht und damit zu so differenzierten Befunden geführt, wie sie beabsichtigt und erwartet worden waren. Diese Entscheidung war insofern sinnvoll und begründet; die durchgeführten nationalen und lokalen Untersuchungen bilden eine solide Basis für die vergleichende Analyse weiterer Fälle.

Allerdings illustrierte sich, gerade aus der ‚ausländischen‘, namentlich deutschen Perspektive, beispielhaft auch die hier angesprochene Beschränkung resultierend aus der kleinen Fallzahl: Aus einer deutschen Perspektive fiel während der Feldstudien die große Anzahl von selbstbewussten und hoch professionellen Pflege- und therapeutischen Fachkräften in einflussreichen Positionen in beiden Ländern auf. Erfahrungen aus deutschen Versorgungskontexten deuten auf eine wesentlich größere Distanz und einen größeren Machtunterschied zwischen Ärzten und Nicht-Medizinern hierzulande hin. In England und den Niederlanden war dies aber kaum ein Punkt auf der Agenda der Respondenten, wenn sie die für integrierte Versorgung förderlichen und hinderlichen Umstände reflektierten: die Teilhabe der nicht-medizinischen Professionen an der Entwicklung und Gestaltung der Versorgung war ihnen offensichtlich selbstverständlich⁶⁴. Darum wurde dieses ‚Phänomen‘ während der Datenerhebung auch nicht sichtbar und bedeutungsvoll. Aus einer externen Perspektive scheint es jedoch wichtig zu sein, dass die Perspektiven von pflegerischen und therapeutischen Fachkräften in beiden untersuchten Ländern einen größeren Einfluss auf die Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgung zu haben schienen als in Deutschland, wo Ärzte nach wie vor die Debatte über die Versorgungsgestaltung dominieren. Da Deutschland aber nicht als Fall in die vergleichende Studie eingeschlossen war, konnte diese Situation auch nicht als Referenz für den Rahmen dieser Studie dienen. Dieser Aspekt bleibt also zukünftigen Untersuchungen überlassen.

Verallgemeinern lässt sich folgende methodologische Schlussfolgerung: Jeder weitere Fall, der sich im Hinblick auf spezifische Aspekte von den bisherigen unterscheidet – was nicht immer von vorneherein bekannt sein mag – wird den analytischen Rahmen bis zu einer denkbaren Sättigung erweitern und die vergleichende Analyse vertiefen. Das bedeutet, dass die in der vorliegenden Studie präsentierten Analysen zwar vielleicht nützliche Einsichten und neue Hypothesen hervorgebracht haben, aber keinesfalls beanspruchen können, ein vollständiges Bild geliefert zu haben.

64 Das bedeutet nicht, dass die Gestaltung der Beziehungen zwischen Ärzten und anderen Professionen keine Rolle spielte oder immer konfliktfrei war.

8.2 Überblick und Ausblick: Analysemodelle

Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, Steuerungsprozesse zu identifizieren, die für die Entwicklung und Durchführung integrierter Versorgung auf nationaler und lokaler Ebene relevant sind, und ihren Erfolg und Misserfolg zu erklären. Sie verwendete einen komparativen Ansatz mit England und den Niederlanden als den nationalen und Maastricht und York, Amsterdam Nieuw West und Leeds West als den lokalen Fällen.

Neo-institutionelle Konzepte bildeten den theoretischen Rahmen für die Untersuchungsfragen. Neo-institutionelle Theorie bietet weit reichende, wenn auch nicht eindeutig definierte Ausgangspunkte zur Bedeutung von Institutionen für politische Prozesse, zur Beziehung zwischen Institutionen und Akteuren, zur Spannung zwischen institutioneller Stabilität und Veränderung und zu den Eigenschaften von Steuerungsprozessen (siehe oben, Kapitel 2). Für den Zusammenhang dieser Studie wurden Institutionen weit als formelle und informelle Regeln gefasst und in strukturelle und kulturelle Elemente differenziert. Steuerung wurde als die interaktiven Prozesse definiert, mit denen Regierungen und andere relevante Akteure Einfluss ausüben, um Spielregeln aufrechtzuerhalten oder zu ändern.

In der Beantwortung der Untersuchungsfragen wurden die in Kapitel 2 entwickelten Vorannahmen im Laufe dieser Untersuchung für die untersuchten Bereiche weiter entwickelt, differenziert und spezifiziert. Dazu wurden die wesentlichen institutionellen Eigenschaften der je untersuchten Konfigurationen identifiziert und ihre Wirkungen auf die Prozesse und Ergebnisse untersucht. Dies wurde durch kumulative und iterative Prozesse der Entwicklung und Vertiefung von Untersuchungsfragen und -antworten ermöglicht.

Im Folgenden werden aus den Ergebnissen ‚diagnostische Instrumente‘ für die Analyse von Steuerungssituationen für integrierte Versorgung entwickelt. Zu diesem Zweck wurden zunächst aus den als wesentlich identifizierten Elementen aus den beiden Schritten der Untersuchung – nationale sowie national-lokale Ebene – Modelle gebildet, die einen Rahmen für zukünftige Analysen skizzieren. In einem weiteren Schritt werden aus den Antworten auf die Untersuchungsfragen, aus den Befunden und Ergebnissen aus den einzelnen Fallstudien also, neue spezifischere Untersuchungsfragen gebildet, anwendbar als Ausgangspunkt für Analysen in anderen Ländern, Orten und Versorgungsfeldern, in denen die Entwicklung, Implementierung oder Verbesserung integrierter Versorgung ansteht.

8.2.1 *Die Untersuchung der nationalen Politikebene für die Steuerung integrierter Versorgung*

In der ersten Teilstudie wurden die nationalen Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung in England und den Niederlanden und ihre generellen Resultate untersucht. Diese beinhaltete einen Überblick über die wesentlichen Policies und ihre Umsetzung in den 1990er Jahren, mit einer Exploration ihrer Erfolge und Misserfolge. Sie ermöglichte Einsichten in die spezifischen nationalen Politikansätze, die für die Förderung lokaler Netzwerkprozesse für integrierte Versorgung erforderlich waren. Auf einer abstrakteren Ebene wurde nach einem vertieften Verständnis für die Zusammenhänge zwischen den Besonderheiten nationaler institutioneller Konfigurationen, entsprechenden Governance-Modellen und den spezifischen Form der Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung gesucht.

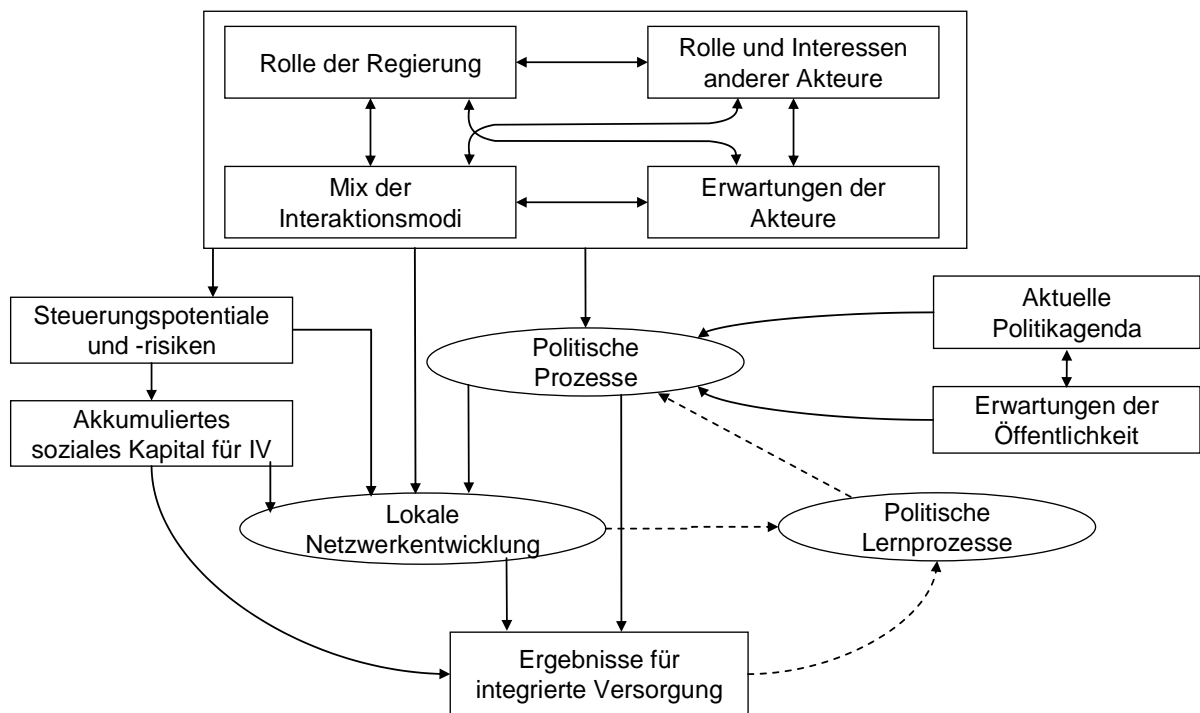
Befunde, zusammengefasst

England ist charakterisiert durch die starke Rolle der Regierung (Single-Actor-System) in der Beziehung zu anderen Akteuren, deren wichtigste für das Feld der integrierten Versorgung im Wesentlichen die staatlichen Anbieterorganisationen im NHS und in den SSDs waren. Mit starker Zentralmacht ausgestattet, konnte die Regierung größere Umstrukturierungen implementieren. Die politischen Strategien förderten im wesentlichen Netzwerke ‚im Schatten der Hierarchie‘ (Scharpf, 1993); Netzwerkorganisationen (wie die PCTs) wurden durch staatliche Eingriffe gegründet und organisationsübergreifende Netzwerke durch die gesetzliche Verpflichtung zur Kooperation und durch finanzielle Anreize geschaffen. Akteure in den Gesundheits- und sozialen Diensten waren an hierarchische Steuerungsprozesse („command and control“) gewöhnt, erwarteten aber gleichzeitig, dass diese politisch-inhaltlich die am Gemeinwohl orientierte Philosophie der öffentlichen Dienste reflektierten. Die Implementierung marktwirtschaftlicher Mechanismen zu Beginn der 1990er Jahre hatte insofern die Zustimmung innerhalb des NHS und der SSDs weithin verfehlt und damit zum Scheitern einer Politik beigetragen, die sich zumindest verbal auch dem Ziel der Förderung integrierter Versorgung verpflichtet hatte. Im Allgemeinen bestätigte sich die dem englischen System zugeschriebene hohe Kapazität für politischen Wechsel und Wandel; diese beinhaltete allerdings auch die Gefahr so radikaler Umsteuerungen, die nicht nur die Zustimmung der Betroffenen verfehlen, sondern auch das soziale Kapital integrierter Versorgung – lokale langfristige formelle und informelle Netzwerke – beschädigen konnten.

Die Niederlande galten als Konsens-Demokratie (Multiple-Actor-System). Die Regierung hatte eine (im Vergleich zur englischen) schwächere Position gegenüber den anderen teilautonomen Akteuren (hier insbesondere den – in der Mehrheit gemeinnützigen – Versicherern und Anbietern). Steuerungsprozesse beinhalteten eher die indirekte politische Regulierung markt- und netzwerkförmiger Strukturen. Für eine erfolgreiche Durchsetzung schrittweiser Veränderungen mussten Regierungen geschickt verhandeln. Kooperative Netzwerke wurden über Anreizsysteme stimuliert. In der vorliegenden Studie sahen die teilautonomen Akteure die Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgung als ihre eigene Domäne und Verantwortung. Politische Ansätze anfangs der 1990er Jahre, die in einer Art Top-down-Politik eine umfassende Restrukturierung und Vereinfachung des Versicherungssystems, mit der durch Abschaffung von Sektorengrenzen unter anderem integrierte Versorgung erleichtert werden sollte, in Angriff genommen hatten, waren innerhalb weniger Jahre gescheitert. Politische Chancen wurden dann in inkrementellen Schritten gesehen, die an komplexe Umstände angepasst werden konnten und bestehende Netzwerke unbeschädigt ließen. Die Rolle der Regierung in der Gesundheitspolitik war es, den Gesundheitssektor zu regulieren und dabei das Allgemeinwohl zu sichern. Interessen der anderen Akteure waren tendenziell zwischen ihrer Verpflichtung auf das Allgemeinwohl und ihren organisationellen Partialinteressen geteilt. In diesem System war die Kapazität zu einschneidenden Veränderungen eingeschränkt: Für notwendig gehaltene Entwicklungen blieben häufig fragmentarisch.

Abbildung 1 zeigt ein Modell nationaler institutioneller Konfigurationen und Steuerungsprozesse im Zusammenhang mit integrierter Versorgung und skizziert solche Bereiche und potentielle Wirkungen und Wechselwirkungen zwischen ihnen, die sich in der vorliegenden Untersuchung als relevant erwiesen haben und sich damit als Ausgangspunkt für zukünftige Analysen nationaler Steuerungsprozesse und -potentiale für integrierte Versorgung empfehlen.

Abb. 1: Nationale Steuerungsprozesse zur integrierten Versorgung
(Ovale Formen bezeichnen Prozesse; gestrichelte Linien bezeichnen Feedbackschleifen)



Ebenso lassen sich aus den Einzelbefunden der Studie die folgenden empirischen und analytischen Fragen für weitere Studien entwickeln:

Leitfragen für die Analyse von Steuerungsprozessen für integrierte Versorgung auf nationaler Ebene

- ◆ ***Charakteristika einer nationalen Konfiguration, ihre institutionelle Struktur und Kultur – soweit für die Steuerung integrierter Versorgung relevant***
 - Welche sind die relevanten Akteure (Regierungs- und andere), was sind ihre Rollen, ihre Handlungsspielräume, ihre relative Macht und Abhängigkeit, in welchem Stadium des politischen Prozesses (Politik-Agenda, -Entwicklung, -Implementierung, -Evaluation)?
 - Sind die Akteure (besonders Anbieter u. Versicherer) staatlich, öffentlich-rechtlich, privat wirtschaftlich – gemeinnützig, gewinnwirtschaftlich?
 - In wessen Verantwortung liegt die Entwicklung integrierter Versorgung hauptsächlich?
 - Inwieweit sind die Erwartungen der Akteure aneinander und mit den Rollenkapazitäten und Interessen kongruent? Was erwartet die Öffentlichkeit von Regierungs- und anderen Akteuren, und wie wirkt sich das auf die Steuerungsprozesse für integrierte Versorgung aus?

- Welche (Mischungen von) Interaktionsmodi sind der institutionellen Konfiguration inhärent (hierarchische, marktliche, Netzwerkmechanismen)?
- Wie kann der institutionalisierte Politikstil, die politische Kultur beschrieben werden?
- Welches sind die Stärken und Schwächen der Konfiguration hinsichtlich der Steuerung integrierter Versorgung?
- Wie ist die historische Vorgeschichte zu Kooperation im Gesundheitswesen? Wie sieht das soziale Kapital für integrierte Versorgung aus? Gibt es wichtige historische Entwicklungen hinsichtlich langfristiger Kooperation bzw. Konflikten zwischen bestimmten Professionen bzw. Organisationen?

◆ ***Für die Steuerung integrierter Versorgung relevante Politikprozesse***
(in der Region, dem Land, dem Versorgungsfeld)

- Welches sind die für integrierte Versorgung relevanten Steuerungsprozesse in Gegenwart und Vergangenheit?
- Inwieweit und in welcher Weise haben diese Steuerungsprozesse zu Netzwerkentwicklung für integrierte Versorgung auf lokaler Ebene beigetragen, indem sie
 - Kooperation obligatorisch machten?
 - Kontinuität der Prozesse und Akteure ermöglichten?
 - die Zustimmung der Akteure unterstützten?
 - wettbewerbliche Anreize ausreichend durch kooperative Anreize kompensierten?

8.2.2 *Integrierte Demenzversorgung – Empfehlungen und Umsetzung*

Die zweite Teilstudie nahm die Demenzversorgung von der normativen Seite her in den Blick – die Empfehlungen für die verschiedenen Stadien der Demenzversorgung und für die involvierten Professionen – und deren Implikationen für die Versorgungsintegration. Aus diesen Empfehlungen wurde eine Art optimaler Versorgungspfad für Demenz zusammengestellt, der wiederum mit den Realitäten verbreiteter Alltagsversorgung kontrastiert wurde. Die Differenzen zwischen Empfehlungen und Versorgungsalltag schienen in beiden Ländern ähnlich und wurden mittels der Analyse der institutionellen Kontexte analysiert. Im nächsten Schritt wurden die zunächst subtil erscheinenden, aber dennoch wesentlichen Unterschiede in der Operationalisierung bzw. Umsetzung dieser Empfehlungen identifiziert und als Manifestationen nationaler struktureller wie kultureller Institutionen ausgearbeitet.

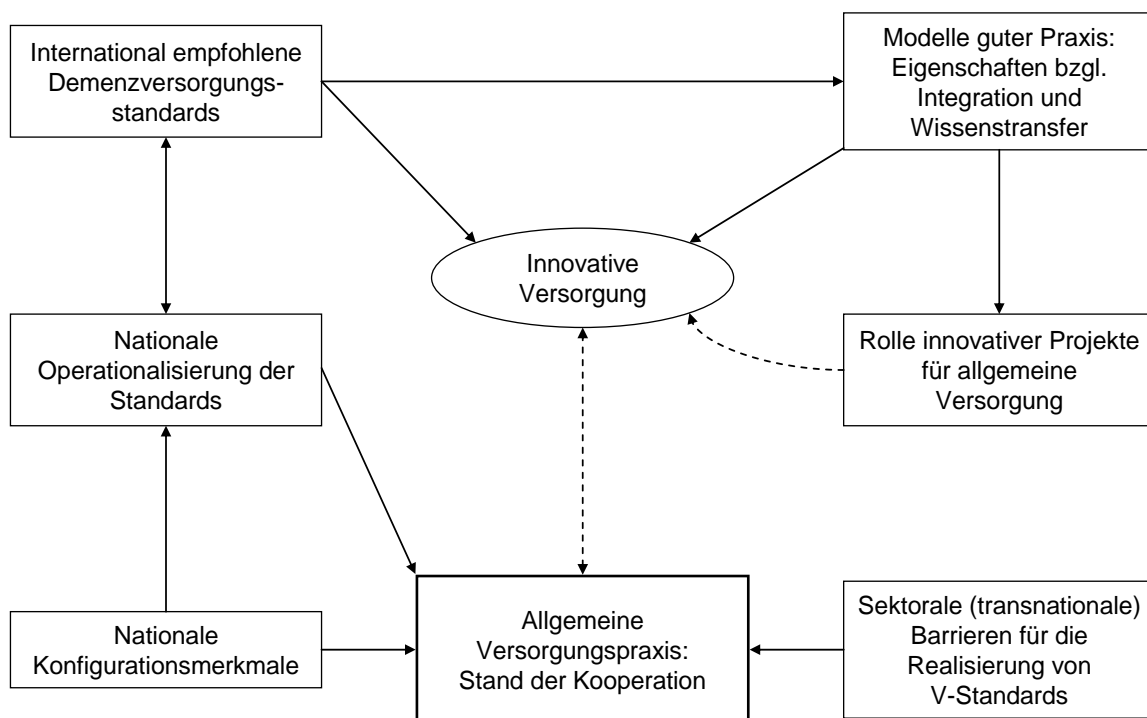
Befunde, zusammengefasst

Empfehlungen für die Demenzversorgung ähneln sich international wie auch zwischen Deutschland und den Niederlanden. Diese Empfehlungen haben sich allerdings während der letzten 15 Jahre verändert und orientieren sich zunehmend an einem sozialen Versorgungsmodell. Erhebliche Differenzen zwischen den Empfehlungen und dem, was über die Realität der Alltagsversorgung berichtet wurde, gab es in England wie in den Niederlanden, insbesondere hinsichtlich der nicht spezialistischen (gerontopsychiatrischen) medizinischen und pflegerischen Demenzversorgung. Sie zeigten

sich vor allem als Probleme der Qualität und der Kompetenz der Einrichtungen und Versorgungsleistungen sowie in deren Integration.

Unterhalb der breiten Übereinstimmung zwischen den Empfehlungen in den beiden Ländern waren konfigurationsspezifische Operationalisierungen des ‚sozialen Modells‘ festzustellen. In England stand die Autonomie und Unabhängigkeit auch vulnerabler Gruppen im Fokus. Dieses ging zusammen mit einer starken Priorität für ambulante wohnortnahe Versorgung anstelle stationärer Pflege sowie mit weit verbreiteten Negativeinstellungen gegenüber der Heimversorgung. Letzteres mag zu der mangelhaften Integration der Heimversorgung und ihrer Planung in die Demenzversorgung und zu der vergleichsweise geringen Zahl vorgehaltener Heimplätze beigetragen haben, die wiederum die Betonung und den Druck auf die ambulante Demenzversorgung verstärkte. Wohlfahrtseinrichtungen (NGOs) spielten eine wesentliche Rolle. Diese Eigenschaften passen zu Großbritannien als einem liberalen Wohlfahrtsstaat. In den Niederlanden beeinflusste die in den 1960ern bis 1980ern entwickelte hohe Platzzahl in der stationären Pflege – entstanden auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Vorstellungen über das Alter sowie über den Wohlfahrtsstaat – und der starke Einfluss der Professionals aus der stationären Pflege die gesamte Demenzversorgung erheblich, verstärkt durch ein immer noch starkes gesellschaftliches Tabu hinsichtlich der Demenz. Der allgemeine Fokus lag mehr auf Betreuung als auf der Unterstützung der Autonomie der Menschen mit Demenz. In der Konsequenz schien die Versorgung im Vergleich zu England paternalistischer geprägt zu sein. Das größere Angebot stationärer Pflege bedeutete auch einen geringeren Druck auf die ambulante Unterstützung und Versorgung, Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen das Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.

Abb. 2: Einflüsse auf die Praxis integrierter Demenzversorgung



Leitfragen für die Analyse der integrierten Demenzversorgung

◆ **Empfehlungen für integrierte Demenzversorgungspfade – transnational**

- Was gilt als ‚state of the art‘ in der Demenzversorgung? Welche Implikationen für Integration sind damit verbunden?
- Wie haben veränderte Erkenntnisse und Versorgungsphilosophien Empfehlungen zum ‚state of the art‘ beeinflusst?
- Gibt es angesichts internationaler Übereinstimmungen länderspezifische Besonderheiten?

◆ **Empfohlene Standards und die alltägliche Versorgungspraxis**

- In welchem Masse erfüllt die Alltagsversorgung die Empfehlungen für integrierte Demenzversorgung?
- Welches sind die wesentlichen Barrieren oder Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Empfehlungen?
- Sind diese Barrieren im Wesentlichen eher länderspezifisch oder sektorspezifisch?
- Wie können diese Barrieren erklärt werden (z.B. mit Professionskulturen, traditionellen Versorgungsmodellen, ökonomischem Druck, Kompetenz- und Integrationsproblemen)?

◆ **Analyse der länderspezifischen Besonderheiten**

- Welches sind die länderspezifischen Besonderheiten angesichts internationaler Übereinstimmungen hinsichtlich integrierter Demenzversorgung (z.B. im Zusammenhang mit wohlfahrtsstaatlichen Orientierungen und/oder historisch gewachsenen politischen und Versorgungsstrukturen und entsprechenden Einstellungen)?
- In welcher Weise haben die institutionellen Konfigurationen integrierte Demenzversorgungspfade geformt?

8.2.3 Die Untersuchung der lokalen Politikebene für die Steuerung integrierter Demenzversorgung

Auf dem Hintergrund der Analysen der nationalen Ebene wurden die lokalen Fallstudien durchgeführt. Darin wurden die lokalen institutionellen Konfigurationen und die darin stattfindenden Steuerungsprozesse im Zusammenhang mit integrierter Versorgung detaillierter inventarisiert und die miteinander verwobenen Fäden der jeweiligen lokalen ‚Erzählung‘ (narrative) aus lokaler Geschichte und Kultur, der nationalen Steuerungseingriffe, deren Umsetzung durch die jeweiligen national-lokalen Beziehungen moderiert wurde, und der lokalen Netzwerk- und Steuerungsaktivitäten differenziert betrachtet.

Befunde, zusammengefasst

England und die Niederlande unterschieden sich hinsichtlich der Stärke der hierarchischen Kapazität ihrer Regierungen und entsprechend der Autonomie der lokalen Akteure. In England hatte die Regierung stärkere Durchgriffsmöglichkeiten auf die lokale Ebene als in den Niederlanden.

Strukturelle Re-Organisationen des Akteursgefüges im Gesundheitswesen – als politisches Muster typischer für England als für die Niederlande – konnten in beiden Ländern lokale Kooperationen unterbrechen und verlangsamen, je abhängig von ihrer ‚Passung‘ mit den aktuellen lokalen Konfigurationen bzw. der Übereinstimmung mit wesentlichen lokalen Interessen. Die landesweite Einführung neuer regionaler/lokaler Organisationen/Akteure (wie die PCTs in England und den RIOs

in den Niederlanden) in bestehende Machtbalancen erforderte Zeit für die ‚Neuen‘, um Kapazität und Kompetenz für die Ausführung ihrer Rollen zu entwickeln.

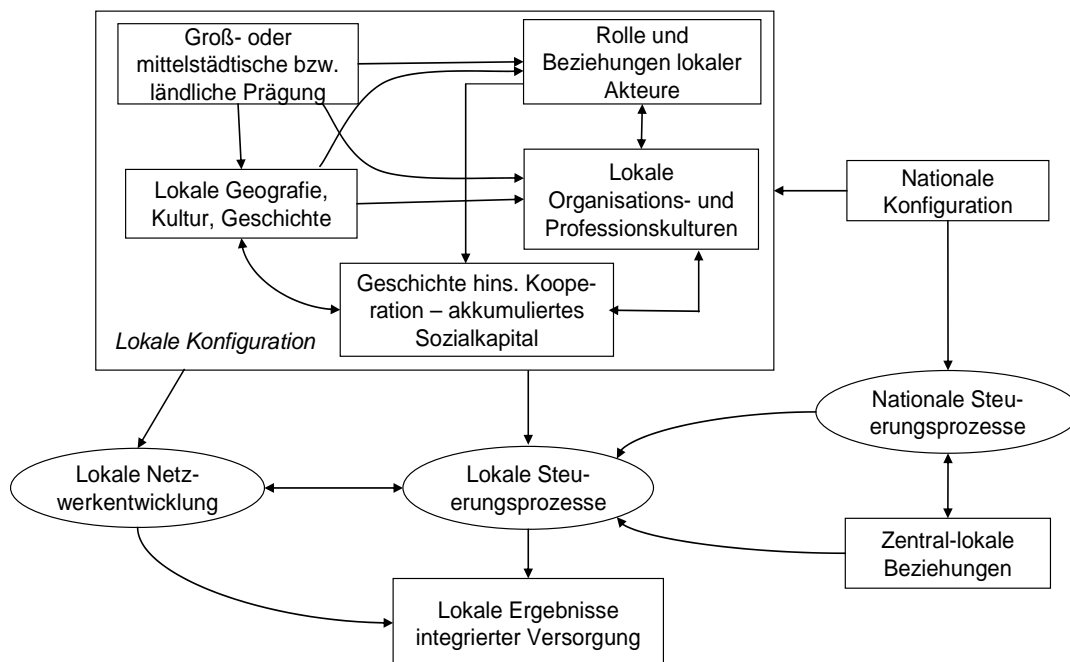
Die Bandbreite der recht unterschiedlichen lokalen Ergebnisse für integrierte Demenzversorgung in Leeds West, York, Maastricht und Amsterdam Nieuw West ließ sich auf die je spezifischen Interaktionen zwischen den nationalen und lokalen institutionellen Konfigurationen und Steuerungsprozessen zurückführen. In jeder Konstellation gab es eine eigene Geschichte und aktuelle Situation im Zusammenhang mit integrierter Demenzversorgung. Lang anhaltende lokale Konflikte, die Kooperation und integrierte Versorgung entscheidend behinderten, konnten durch entsprechende lokale Verflechtungen zwischen den Wahrnehmungen der Zuständigkeitsbereiche, den organisationellen und professionellen Einstellungen, der Konkurrenz um finanzielle Mittel, und den Auswirkungen von Umstrukturierungen erklärt werden. Solche Konflikte schienen leichter in den großen Städten mit ihren flexibleren, vielfältigeren und überlappenden Netzwerken gelöst werden zu können.

In allen vier Settings bestätigten die Befunde gleichermaßen die herausragende Bedeutung der spezialistischen, d.h. im Wesentlichen, aber nicht ausschließlich, der psychiatrischen Dienste für die Entwicklung qualitativ hochwertiger Demenzversorgung. Die lokale Verfasstheit integrierter Demenzversorgung insgesamt hing von vielfältigen Faktoren ab; z.B. war der Fortschritt hinsichtlich frühzeitiger Unterstützung für Demenzpatienten und pflegende Angehörige beeinflusst durch national-lokale Interaktionen (stärker hierarchisch in England), die Größe der Städte (in größeren Städten weiter entwickelt), nationalen Entscheidungen hinsichtlich der Medikation mit ChEI und spezifischen lokalen Organisationsprofilen und Kooperationsmustern.

Abbildung 3 skizziert die Bereiche und mögliche Wirkungen und Wechselwirkungen zwischen ihnen, die sich in der vorliegenden Untersuchung als relevant für Analysen lokaler Steuerungsprozesse und -potentiale integrierter Versorgung erwiesen haben.

Abb. 3: Analysemodell lokaler Steuerungsprozesse und -ergebnisse hinsichtlich integrierter Versorgung

(Ovale Formen bezeichnen Prozesse; gestrichelte Linien bezeichnen Feedbackschleifen)



Ebenso ergeben sich aus den Einzelbefunden der Studie die folgenden empirischen und analytischen Fragen für weitere Studien:

Leitfragen für die Analyse von Steuerungsprozessen für integrierte Versorgung auf nationaler Ebene

◆ National-lokale Wechselwirkungen von Steuerungsprozessen

- In welcher Weise und wie stark beeinflussen nationale Steuerungsprozesse die lokalen Steuerungsprozesse in Zusammenhang mit integrierter (Demenz-)Versorgung?
- Wie verhalten sich nationale Steuerungsprozesse zu den Interessen lokaler Akteure? Inwieweit sind lokale Konfigurationen/ Steuerungsprozesse unterstützend für nationale Steuerungsversuche?
- Wie ist die Reichweite lokaler Steuerung gegenüber nationaler Steuerung?
- In welcher Weise interagieren die nationalen und lokalen Konfigurationen und Steuerungsprozesse in Bezug auf integrierte (Demenz-)Versorgung?
- In welchem Ausmaß und in welcher Weise sind nationale Politikinterventionen hilfreich für die notwendige Netzwerkentwicklung auf lokaler Ebene – z.B. Kontinuität von Personen und Verantwortungsbereichen, Kompatibilität der Interessen über die Zeit, Balance zwischen kompetitiven und kooperativen Anreizen? Inwieweit hängen die Ergebnisse von den lokalen Konfigurationen ab?
- In welche Interaktionsmodi auf nationaler Ebene sind die lokalen Netzwerkentwicklungen eingebettet?

◆ Lokale Konfigurationen und Steuerungsprozesse für integrierte (Demenz-)Versorgung

- Welches sind die für integrierte Demenzversorgung relevanten Charakteristika einer lokalen Konfiguration (hinsichtl. lokaler Traditionen, etablierter Versorgungsstrukturen und Einflussbereiche, politischer u. organisationaler Geschichte und Präferenzen)?
- Was ist der Einfluss einer lokalen Konfiguration auf die Ergebnisse integrierter Versorgung (im Allgemeinen und Besonderen)?
 - Was ist die lokale Geschichte hinsichtlich integrierter Versorgung?
 - Sind lokale Netzwerke gegenüber nationalen Interventionen stabil oder gefährdet?
 - Wie entfalten und institutionalisieren alte und neue Akteure ihre Rolle in Bezug auf integrierte Versorgung?
 - Welche Rolle spielen lokale Machtbalancen bei Veränderungsprozessen hinsichtlich integrierter Versorgung?
 - Welchen Einfluss haben die lokalen Konfigurationen auf Konfliktmanagement?
 - In welcher Weise beeinflusst die Größe von Orten (großstädtische, mittelstädtische oder dörflich-ländliche Umgebung) die Kapazität lokaler Konfigurationen für die Entwicklung integrierter Versorgung?

◆ Themen im Zusammenhang mit Demenzversorgungspfaden

- Wie sieht die Aufgabenverteilung zwischen den Akteuren aus?
- In welchem Masse unterstützen lokale Steuerungsprozesse Kooperation und Wissensvermittlung zwischen gerontopsychiatrischen Spezialisten und Allgemeinversorgern in Medizin und Pflege?

- Wie ist integrierte Demenzversorgung im Hinblick auf die Stadien der Krankheit und den Versorgungspfad organisiert?

8.3 'Further research needed ...'

Die oben entwickelten Modelle und Fragenkomplexe sind als ein empirisches und analytisches Instrument gedacht, um Steuerungsprozesse bzw. Optionen für die Steuerung integrierter Versorgung zu entwickeln bzw. zu erfassen. Dieses Instrument kann zur Konzeptualisierung zukünftiger Studien über integrierte Versorgung beitragen, sei es, dass sie andere Länder, andere lokale Settings oder andere Versorgungsfelder in den Blick nehmen. Als diagnostisches Instrument soll es erforderliche Daten/Informationen und wichtige empirische und analytische Fragen indizieren. Allerdings müssen für zukünftige Studien und Untersuchungsfragen Entscheidungen getroffen werden, welche Elemente und Fragen des Instruments wesentlich sind und in welcher Weise der Rahmen jeweils erweitert und angepasst werden muss.

Weiter lassen sich aus der vorliegenden Studie einige Empfehlungen für künftige Untersuchungen ableiten:

- Wie bereits erläutert, ist eine Erweiterung der nationalen Fälle wünschenswert. Deutschland wurde als möglicher Fall erwähnt, weil es charakteristische Unterschiede hinsichtlich der Professionalisierung und des Einflusses nichtmedizinischer Berufsgruppen wie der Pflegenden, Sozialarbeiter und Therapeuten verspricht, die wahrscheinlich für die Entwicklung integrierter Versorgung bedeutsam sind. Außerdem ist integrierte Versorgung in Deutschland noch nicht so lange ein gesundheitspolitisches Thema wie in Großbritannien und den Niederlanden; und Deutschland hat mit durch die weitgehend ambulante fachärztliche Versorgung und das nicht existierende Hausarztssystem mit zusätzlichen Schnittstellen zu kämpfen. Ein in diesen wichtigen strukturellen Eigenschaften mit Deutschland vergleichbarer Fall ist die Schweiz. Eine andere Strategie theoretischen Samplings, die zu einer besseren Abbildung der Varianz der Entwicklung integrierter Versorgung in Europa beitragen könnte, würde skandinavische Länder wie z.B. Dänemark oder Schweden als ‚progressive‘ Länder hinsichtlich integrierter Versorgung und südeuropäische Länder wie Griechenland oder Spanien, in denen die Versorgung sich tendenziell auf traditionell medizinische Bereiche beschränkt, die Pflege noch weitgehend den Familien überlassen bleibt und integrierte Versorgung noch in den Kinderschuhen steckt (van Raak et al., 2003), einschließen. Weitere Ansätze theoretischen Samplings könnten sich auf die Art des Gesundheitssystems und/oder des politischen Systems beziehen: England mit dem Beveridgesystem und dem ‚Westminster-Modell‘ (single actor) und die Niederlande mit einem System Bismarck’scher Prägung und einer Konsensdemokratie könnten durch Länder mit anderen Kombinationen ergänzt werden; darüber hinaus würden Beispiele aus Transitionsländern das europäische Bild vervollständigen. Typologien des Wohlfahrtsstaates wie die von Esping-Andersen könnten zum Sampling beitragen. Solche Analysen würden das Verständnis der je spezifischen Steuerungsoptionen vertiefen, die möglicherweise mit den unterschiedlichen institutionellen und historischen Konstellationen verbunden sind.
- Um das Verständnis lokaler Steuerung integrierter Versorgung zu erweitern, ist eine höhere Fallzahl im Allgemeinen erstrebenswert. Das auch deshalb, weil am Ende dieser Studie klare inhaltliche Kriterien für theoretisches Sampling weiterhin unterentwickelt bleiben. Ein Design mit mehr lokalen Fällen, das die Untersuchung der national-lokalen Interaktionen mit einschließt, könnte tiefere Einsichten in das Ausmaß und die Arten der Variation zwischen lokalen Versorgungssituationen und -prozessen ermöglichen, und damit neue Kriterien für theoretisches

Sampling generieren. Sicherlich wurde die Größe der Orte als wichtiges Kriterium für die Fallauswahl deutlich und dadurch auch die Notwendigkeit des Einschlusses der Untersuchung ländlicher Gebiete, um sie mit Mittelstädten und großstädtischen Umfeldern vergleichen zu können.

- Demenzversorgung ist nicht das einzige Versorgungsfeld, für das die Untersuchung der nationalen und lokalen Besonderheiten hinsichtlich integrierter Versorgung und ihrer Steuerung wesentlich ist. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl allgemeine wie demenz-spezifische Aspekte für das Verständnis der Steuerung integrierter Versorgung eine Rolle spielten. Von daher könnte eine vergleichbare Untersuchung anderer Versorgungsfelder aus einer transnationalen Perspektive ebenso interessant sein.
- Schließlich wird, um zukünftigen Steuerungsherausforderungen begegnen zu können, die Analyse der supranationalen Ebene stets wichtiger. Supra-nationale Organisationen wie die EU und die WTO greifen in zunehmendem Masse in nationale Steuerung ein, wie z.B. bei der Regulierung der Dienstleistungsmärkte (Adlung, 2002; Lipson, 2002). Ebenso übt die Globalisierung der Ökonomien einen immer stärkeren Einfluss auf die nationalen Gesundheits- und sozialen Sicherungssysteme aus und schränkt nationale Steuerungsoptionen ein.

9 Literatuur

- Adlung, R. (2002). Health services in a globalising world. *eurohealth*, 8(3), 18-21.
- Afdeling SPGD/Ouderenzorg, Groene Kruis Heuvelland & Stichting Thuiszorg - Domicura (1997). *Eindevaluatie Project Ambulante Psychogeriatric (ZAP) 1994 - 1996 (Final evaluation of the Project Outpatient Psychogeriatric Care 1994-1996)*. Maastricht, The Netherlands
- Allsop, J. (1995). *Health Policy and the NHS towards 2000*. London, N.Y.: Longman
- Alzheimer Nederland (2001a). *Hulp bij dementie (Help with dementia)*. Utrecht, The Netherlands: Stichting Alzheimer Nederland
- Alzheimer Nederland (2001b). *Handleiding Alzheimer Café (Instruction Alzheimer Café)*. Bunnik, The Netherlands: Alzheimer Nederland
- Alzheimer Nederland (2002). Thema: De winst van het weten (The advantage of knowing). *Alzheimer Magazine*, 6(1).
- Alzheimer's Society (2000). *What's the Society's position on ...?* London, UK: Alzheimer's. Dementia care & research
- Andrews, G.J. & Phillips, D.R. (2000). Moral dilemmas and the management of private residential homes: the impact of care in the community reforms in the UK. *Ageing and Society*, 20, 599-622.
- Andrews, G.J. & Phillips, D.R. (2002). Changing local geographies of private residential care for older people 1983-1999: lessons for social policy in England and Wales. *Social Science & Medicine*, 55(1), 63-78.
- Antaris, Tabitha & Stichting Verenigde Amstelhuizen (2001). *Convenant Zorgaanbieders Verzorging en Verpleging. Stedelijke vernieuwing in het kader van Parkstad (Covenant of the providers of care. Urban regeneration in the framework of Park-City)*. Amsterdam
- Archibald, C. (2007). *Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Ein Lern- und Arbeitsbuch für Pflegefachkräfte*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Aspinwall, M.D. & Schneider, G. (2000). Same menu, separate tables: The institutionalist turn in political science and the study of European integration. *European Journal of Political Research*, 38, 1-36.
- Atkinson, M.M. & Coleman, W.D. (1992). Policy networks, policy communities and the problems of governance. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 5(2), 154-180.
- Audit Commission (2000). *Forget me not. Mental health services for older people. National Report*. London, UK: Audit Commission publications
- Audit Commission (2002a). *Integrated services for older people. Building a whole system approach in England*. London: Audit Commission for local authorities and the National Health Service in England & Wales
- Audit Commission (2002b). *Forget me not 2002. Developing mental health services for older people in England*. Wetherby, UK: Audit Commission Publications
- Ballard, C., Powell, I., James, I., Reichelt, K., Myint, P., Potkins, D., Bannister, C., Lana, M., Howard, R., O'Brien, J., Swann, A., Robinson, D., Shrimanker, J. & Barber, R. (2002). Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 140-145.
- Baragwanath, A. (1997). Bounce and balance: a team approach to risk management for people with dementia living at home. In M. Marshall (Ed.), *State of the art in dementia care*. London, UK: Centre for Policy on Ageing; 102-106.
- Bijsterveld, K. (1996). *Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland 1945 - 1982 (No question of age. Welfare state, academia and debates about the elderly in The Netherlands 1945 - 1982)*. Amsterdam, The Netherlands: Van Gennep
- Bland, R. (1999). Independence, privacy and risk: two contrasting approaches to residential care for older people. *Ageing and Society*, 19, 539-560.
- Boase, J.P. (1996). Institutions, institutionalized networks and policy choices: Health policy in the US and Canada. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 9(3), 287-310.
- Boekholdt, M. (1998). Strategische vernieuwing in de gezondheidszorg: een organisatie-veranderingskundig perspectief (Strategic innovation in health care: a perspective from an organisational change approach). In H. Kuipers, C. Midden & H. Steensma (Eds.), *Wie is aan zet? Het veranderen van individuen, groepen en organisaties (Whose move is it? The change of individuals, groups, and organisations)*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom; 213-228.
- Boekholdt, M.G. (1999). Het spel en de regels. Dynamiek of verstarring in het regionale zorgbeleid (The game and the rules. Dynamics or rigidity in regional care politics). *ZM Magazine*, 15(10), 10-15.
- Bond, J. (2001). Sociological perspectives. In C. Cantley (Ed.), *A handbook of dementia care*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 44-61.
- Braam, G.P.A., Coolen, J.A.I. & Naafs, J. (1981). *Ouderen in Nederland. Sociologie van bejaarden, bejaardenzorg en -beleid (Older people in The Netherlands. Sociology of ageing, social policy and care for the elderly)*. Alphen, The Netherlands: Samson Uitgeverij
- Cameron, K. (2000). *CarenapD (Care needs assessment pack for dementia). A manual to inform care management practice*. Stirling, UK: Dementia Services Development Centre, University of Stirling
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316, 133-137.
- Cann, J.v. (2002). Diagnostisch onderzoekscentrum voor psycho-geriatrie van start. RIAGG en aZM: samenwerken voor de patiënt (Psychogeriatric diagnostic centre starting. RIAGG and University Hospital Maastricht: cooperating for the patient). *Medicaan (Journal of the University Hospital Maastricht and the Faculty of Medicine)*, 4(March), 10-11.
- Cantley, C. (2001). *A handbook of dementia care*. Buckingham, UK: Open University Press.

- Cantley, C. (2002). Review of services for older people with mental health problems in York. Newcastle: Dementia North, Northumbria University.
- Cartier, C. (2003). From home to hospital and back again: economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Social Science & Medicine*, 56(11), 2289-2301.
- CAT (2002). Process Mapping Event - York. 21-22 November (Unpublished manuscript). London: Health and Social Care Change Agent Team (DoH).
- Challis, D., Weiner, K., Darton, R., Hughes, J. & Stewart, K. (2001). Emerging patterns of care management: Arrangements for older people in England. *Social Policy and Administration*, 35(6), 672-687.
- Clemens, E.S. & Cook, J.M. (1999). Politics and institutionalism: Explaining Durability and Change. *Annual Review of Sociology*, 25(1), 441-466.
- Cox, S., Anderson, I., Dick, S. & Elgar, J. (1998). *The person, the community and dementia. Developing a value framework*. Stirling, UK: Dementia Services Development Centre
- Dawson, D. (2002). WEST visit to Leeds Teaching Hospital NHS Trust (Letter). London: Department of Health (Winter and Emergency Services Team).
- De Vault, M.L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography. Using interviews to investigate ruling relations. In J.F. Gubrium & J.A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research. Context and Method*. Thousand Oaks: Sage; 751-776.
- Delnoij, D. & Klazinga, N.S. (2002). Integrated care in an international perspective: EUPHA proceedings December 2001. *International Journal of Integrated Care*, 2(March).
- Department of Health (1989). *Caring for people: Community care in the next decade and beyond*. London: HMSO
- Department of Health (1997). *The new NHS. Modern. Dependable*. London, UK: HMSO
- Department of Health (1999). National Service Framework for Mental Health. Modern standards and services models. London: Department of Health.
- Department of Health (2001a). Intermediate care. *Health Service Circular / Local Authority Circular*, HSC 2001/01; LAC (2001)1.
- Department of Health (2001b). *National Service Framework for Older People*. London, UK: Department of Health
- Department of Health (2001c). Building capacity and partnership in care. An agreement between the statutory and the independent social care, health care and housing sectors. London, UK: Department of Health.
- Department of Health (2002). *National Service Framework for Older People. Supporting implementation. Intermediate Care: Moving forward*. London
- Dunning, A. (1997). Advocacy and older people with dementia. In M. Marshall (Ed.), *State of the art in dementia care*. London, UK: Centre for Policy on Ageing; 95-101.
- EACH (1997a). Standards of good practice: European Alzheimer Clearing House.
- EACH (1997b). Examples of good practice in the continuum of care. Report and findings: European Alzheimer Clearing House.
- Eccles, M., Clarke, J., Livingston, M., Freemantle, N. & Mason, J. (1998). North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *British Medical Journal*, 317, 802-808.
- Elsinga, E. (1997). Van Dekker tot Borst. Tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector. (From Dekker to Borst. Ten years' governance in the care sector). In E. Elsinga & K.Y.W. van (Eds.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg (From revolution to evolution. Ten years' change in the Dutch health care system)*. Utrecht: De Tijdstroom; 27-77.
- Elsinga, E. & Kemenade, Y.W.v. (1997). Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg (From revolution to evolution. Ten years' change in the Dutch health care system). Utrecht: De Tijdstroom.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Oxford, UK: Blackwell
- Fischer, F. (1989). Beyond the rationality project: policy analysis and the postpositivist challenge. *Policy Studies Journal*, 17(4), 941-951.
- Fossey, J., Lee, L. & Ballard, C. (2002). Dementia Care Mapping as a research tool for measuring quality of life in care settings: psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 1064-1070.
- Fox, R.C. (1989). *The sociology of medicine. A participant observer's view*. New York: Prentice Hall
- Fulop, N., Protopsaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C. & Walters, R. (2002). Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. *British Medical Journal*, 325(7358), 246.
- Fulop, N., Protopsaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A. & Normand, C. (2005). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. *Social Science & Medicine*, 60(1), 119-130.
- Furnish, S. (2002). Services for people with dementia and their carers: an EU perspective. In M. Warner, S. Furnish, M. Longley & B. Lawlor (Eds.), *Alzheimer's disease. Policy and practice across Europe*. Oxon: Radcliffe Medical Press; 89-134.
- Garvican, L. & Bickler, G. (2002). The relationship between the NHS and residential and nursing care for older people: A survey of home owners and managers in East Sussex, Brighton and Hove. *Quality in Ageing - Policy, practice and research*, 3(4), 24-33.
- Gerling, V. (2003). Die britische und deutsche Antwort der Altenhilfe auf zugewanderte Senioren/innen im Vergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 216-222.
- Geschiere, R. (2002). Zorgtoewijzing. Jaarverslag SIGRA 2001 (Care allocation. Annual Report SIGRA 2001). Amsterdam, The Netherlands: SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam. Cooperating Healthcare Services Region Amsterdam).

- Gezondheidsraad (2002). *Dementie. Advies van een commissie van de gezondheidsraad (Dementia. Advice by a committee of the Health Council)*. Den Haag, The Netherlands: Gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands). Publication no. 2002/04
- Giaimo, S. & Manow, P. (1999). Adapting the welfare state. The case of health care reform in Britain, Germany, and the United States. *Comparative Political Studies*, 32(8), 967-1000.
- Gieryn, T.F. (2000). A space for place in sociology. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 463-496.
- Glendinning, C., Powell, M. & Rummery, K. (2002). *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*. Bristol: The Policy Press.
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139-151.
- Grinten, T.E.D.v.d. (1996). Scope for policy: essence, operation and reform of the policy system of Dutch health care. In L.J. Gunning-Schepers, G.J. Kronjee & R.A. Spasoff (Eds.), *Fundamental questions about the future of health care. Conference Report*. The Hague: SDU Uitgevers; 135-154.
- Grinten, T.E.D.v.d. (1997). Tien jaar hervormingsbeleid. Pendelen tussen overheid, markt en middenveld (Ten years' reform policies. Commuting between government, market, and 'middle field'). In E. Elsinga & Y.W.v. Kemenade (Eds.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg. (From revolution to evolution. Ten years' change in the Dutch health care system)*. Utrecht: De Tijdstroom; 162-178.
- Groot, W., Merode, F.v., Maarse, H. & Spreeuwenberg, C. (2000). Fusies in gezondheidszorg: wel groter, maar niet beter (Mergers in health care: bigger, but not better), *Het Financiële Dagblad*.
- Grünwald, C.A. & Kwartel, A.J.J.v.d. (1996). Ordeningsprocessen in de regio. De ongreepbare regio (Processes of regulation in the region. The intractable region). *Beleid & Maatschappij*, 23(5), 223-234.
- Hantrais, L. & Mangen, S. (1996). Method and management of cross-national social research. In L. Hantrais & S. Mangen (Eds.), *Cross-national research methods in the social sciences*. London: Pinter; 1-12.
- Hardy, B., Turrell, A. & Wistow, G. (1992). *Innovations in community care management*. Aldershot: Avebury
- Hardy, B., Mur-Veeman, I., Steenberg, M. & Wistow, G. (1999). Inter-agency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy*, 48, 87-105.
- Harrison, S. & Wood, B. (1999). Designing health service organization in the UK, 1968 to 1998: From blueprint to bright idea and 'manipulated emergence'. *Public Administration*, 77(4), 751-768.
- Hemmen, D.H.A.v. (1999). Moderniseren AWBZ dringend gewenst (Urgently required: The modernisation of the AWBZ). *ZM Magazine*, 10(Oktober), 17-25.
- Herbert, G. (1997). *Sharing the caring: Learning together. A review of services for older people with mental health problems in North Yorkshire and the City of York*. Leeds: Nuffield Institute for Health
- Héritier, A. (1993). Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektiven der Neuorientierung. Einleitung (Policy analysis. Elements of criticism and perspectives of a new orientation. Introduction). In Héritier A. (Ed.), *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung (Policy analysis. Criticism and new orientation)*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 9-36.
- Heusden, M.J.T.v., Widdershoven, G.A.M., Schrijnemakers, V.J.J. & Rossum, E.v. (1999). *Een cursus gelanceerd. Een kwalitatief onderzoek naar compliance en ervaringen met belevingsgerichte zorg in verzorgingshuizen (A training launched. A qualitative study about compliance and experiences with emotion-oriented care in residential homes)*. Maastricht, The Netherlands: Universiteit Maastricht
- Holmes, J., Bentley, K. & Cameron, I. (2002). *Between two stools: Psychiatric services for older people in general hospitals. Report of an UK survey*. Leeds, UK: University of Leeds
- House of Commons: Health Committee (1998). *The relationship between health and social services. First report*. London: The Stationery Office
- Hout, H.v., Vernooij-Dassen, M., Bakker, K., Blom, M. & Grol, R. (2000). General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. *Patient Education and Counseling*, 39, 219-225.
- Houten, D.v. (1999). *De standardmens voorbij. Over care, verzorgingsstaat en burgerschap (Beyond the average citizen. About care, the welfare state and the civil society)*. Maarssen, The Netherlands: Elsevier/De Tijdstroom
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M. & Wistow, G. (1997). *Inter-agency collaboration*. Leeds: Nuffield Institute for Health
- Huijsman, R. (1999). Vraaggerichtheid, ontschotting en regionalisering in de care (Needs orientation, re-integration, and regionalisation in the care sector). *ZM Magazine*, 15(10), 2-5.
- Illiffe, S., Walters, K. & Rait, G. (2000). Shortcomings in the diagnosis and management of dementia in primary care: towards an educational strategy. *Aging & Mental Health*, 4(4), 286-291.
- Ipenburg, B. (2000). Fusie of netwerkorganisatie. Paardenmiddel of paardenmodel (Merger or network organisation. Drastic cure or fallacy). *Ouderenzorg*, 03, 22-24.
- John, P. & Cole, A. (2000). When do institutions, policy sectors, and cities matter? Comparing networks of local policy makers in Britain and France. *Comparative Political Studies*, 33(2), 248-268.
- Jones, J. (1999). Community-based mental health care in Britain and Italy: Geographical perspectives, *Department of Geography*. Sheffield: University of Sheffield.
- Jones, J. (2000). Mental health care reforms in Britain and Italy since 1950: a cross-national comparative study. *Health & Place*, 6(3), 171-187.
- Kerrison, S.H. & Pollock, A.M. (2001). Regulating nursing homes: Caring for older people in the private sector in England. *BMJ*, 323(7312), 566-569.

- Kickert, W.J.M., Klijn, E.-H. & Koppenjan, J.F.M. (1997). *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London etc.: Sage
- Kickert, W.J.M. & Koppenjan, J.F.M. (1997). Public management and network management: An overview. In E.-H. Klijn, J.F.M. Koppenjan & W.J.M. Kickert (Eds.), *Managing complex networks. Strategies for the public sector*. London: Sage; 35-60.
- Kitwood, T. (1997). Personhood, dementia and dementia care. In S. Hunter (Ed.), *Dementia: challenges and new directions*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 9-23.
- Klein, R. (1998). Why Britain is reorganizing its National Health Service - yet again. *Health Affairs*, 17(4), 111-125.
- Knapp, M., Hardy, B. & Forder, J. (2001). Commissioning for quality: Ten years of social care markets in England. *Journal of Social Policy*, 30(2), 283-306.
- Koning, C.C. (1994). Ziekenhuis schiet te kort bij bejaarde patiënten (Hospitals fail with respect to older people). *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 16, 489-492.
- Kooiman, J. & Associates (1997). *Social-political governance and management. Conceptualization*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Rotterdam School of Management
- Kümpers, S., van Raak, A.J.A., Hardy, B. & Mur-Veeman, I. (2002). The influences of institutions and culture on health policies: different approaches to integrated care in England and the Netherlands. *Public Administration*, 80(2), 339-358.
- Leeds City Council & Leeds Health Authority (1998). Services for older people reconfiguration programme. Policy recommendations and report on progress. Final draft. Leeds.
- Lehmbruch, G. (1996). The organization of society, administrative strategies, and policy networks. In R. Czada, A. Héritier & H. Keman (Eds.), *Institutions and political choice. On the limits of rationality*. Amsterdam, The Netherlands: VU University Press; 61-84.
- Leichsenring, K. & Alaszewski, A.M. (2004). Providing integrated health and social care for older persons. A European Overview of issues at stake. Aldershot: Ashgate.
- Light, D. (1998). *Effective Commissioning. Beyond the NHS White Papers*. London: Office of Health Economics
- Light, D. (2000). The sociological character of health care markets. In G.L. Albrecht, R. Fitzpatrick & S.C. Scrimshaw (Eds.), *Handbook of social studies in health and medicine*. London, San Francisco: Sage; 304-408.
- Lindesay, J., Marudkar, M., Diepen, E.v. & Wilcock, G. (2002). The second Leicester survey of memory clinics in the British Isles. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 41-47.
- Lindner, J. (2003). Institutional stability and change: two sides of the same coin. *Journal of European Public Policy*, 10(6), 912-935.
- Lipson, D. (2002). GATs and health services. Implications for EU candidate countries. *eurohealth*, 8(4), 39-41.
- Macdonald, A. & Dening, T. (2002). Dementia is being avoided in NHS and social care. *British Medical Journal*, 324(7336), 548.
- Malone, R.E. (2003). Vulnerable places: contextualizing health practices. *Social Science & Medicine*, 56(11), 2243-2244.
- Marshall, M. (1997). State of the art in dementia care. London, UK: Centre for Policy on Ageing.
- Martin, S. (2000). Implementing 'Best Value': Local public services in transition. *Public Administration*, 78(1), 209-227.
- McKeith, I. & Fairbairn, A. (2001). Biomedical and clinical perspectives. In C. Cantley (Ed.), *A handbook of dementia care*. Buckingham, UK: Open University Press; 7-25.
- Miesen, B.M.L. & Jones, G.M.M. (1997). Care-giving in dementia. Research and applications. London, New York: Routledge.
- Mildenberger, U. (1997). *Selbstorganisation von Produktionsnetzwerken. Erklärungsansätze auf Basis der neueren Systemtheorie (Self organisation of production networks. Explanatory approaches based on the new systems theory)*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (Ministry of Health Welfare and Sports) (2000). Zorgnota 2001. Den Haag.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives*. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Mur-Veeman, I., van Raak, A.J.A. & Paulus, A. (1999). Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49(3), 149-159.
- Naidoo, M. & Bullock, R. (2001). *An integrated care pathway for dementia. Best practice for dementia care*. Swindon, UK: King-shall Research Centre
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1994). *Psychogeriatric: zorg voor dementerenden 2. (Psychogeriatrics: Care for people with dementia 2)*. Zoetermeer, The Netherlands: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (National Council for Public Health)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (1998). Dementie M21. NHG-Standaarden (Dementia. Standards of the Dutch Association of General Practitioners).
- Nies, H., Linschoten, P.v., Plaisier, A. & Romijn, C. (2003). Networks as regional structures for collaboration in integrated care for older people, *International Journal of Integrated Care and World Health Organization European Office for Integrated Health Care Services: International Conference on New Research and Developments in Integrated Care, 21-22 February 2003*. Institute for Health Studies: Barcelona, Spain.
- Nies, H.L.G.R. (1990). Divergerende stelsels en convergerende problemen in de ouderenzorg (Diverging systems and converging problems of care for older people). *Beleidswetenschap*, 4(4), 315-332.
- Nørgaard, A.S. (1996). Rediscovering reasonable rationality in institutional analysis. *European Journal of Political Research*, 29, 31-57.
- North, D. (1990). *Institutions, institutional change, and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press
- Nuffield Institute for Health, C.C.D. (2000). Making connections: a review of options for 24-hour care for older people in York. Leeds: Nuffield Institute for Health, University of Leeds.

- O'Hagan, G. (1999). *Of primary importance. Inspection of social services departments' links with primary health services - older people*. London: Department of Health
- Oldman, C. & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, 19, 363-384.
- Ostrom, E. (1990). *Governing the commons. The evolution of institutions for collective action*. Cambridge: Cambridge University Press
- Ostrom, E., Gardner, R. & Walker, J. (1994). *Rules, games, and common-pool resources*. Michigan: University of Michigan Press
- O'Toole, L.J. (1997). Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration. *Public Administration Review*, 57(1), 45-52.
- Pierson, P. (1993). When effect becomes cause: Policy feedback and political change. *World Politics*, 45, 595-628.
- Pratt, J., Gordon, P. & Plamping, D. (1999). *Working whole systems. Putting theory into practice in organisations*. London: King's Fund
- Projectbureau CareWest (2002). Parkstad woon-zorg regio. Referentiekader herontwikkeling zorg en dienstverlening in Amsterdam Nieuw West. (Park-city, a zone for housing and care. Framework for re-building care and service delivery in Amsterdam Nieuw West). Amsterdam: CareWest, Samenwerkingsverband van Antaris, Ijlanden, Amstelrade, HVO-Querido.
- Projectgroep VIA-Maastricht (1999). VIA - Maastricht. Verpleeghuiszorg Integraal Ambulant. (VIA - Maastricht. Integrated nursing care at home). Maastricht: Verpleeghuis Grubbeveld, RIAGG Maastricht, Groene Kruis Heuvelland, Domicura, Stichting Drielanden Thuiszorg..
- PSSRU (2002). *Closures of care homes for older people. Summary of findings, No. 1*. Canterbury: PSSRU (Personal Social Services Research Unit)
- Regiocommissie Ouderenbeleid Amsterdam/Diemen (2001). Regiovisie Ouderenbeleid (Regional Vision for Older People) Amsterdam/Diemen 2001-2005.
- Rhodes, R.A.W. (1997). *Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Buckingham: Open University Press
- Rhodes, R.A.W. (2000). The governance narrative: Key findings and lessons from the ESRC's Whitehall Programme. *Public Administration*, 78(2), 345-363.
- Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K., Topinková, E., Hawes, C., Ikegami, N., Henrard, J.-C. & Jónnson, P.V. (1997). Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and Ageing*, 26(S2), 3-12.
- Robson, P. & Locke, M. (2002). Changing voices: involving people with dementia in the Alzheimer's Society. Learning to live with dementia project final evaluation report. London, UK: Alzheimer's Society.
- Royal Commission on Long Term Care (2003). Long-term care statement by Royal Commissioners. London.
- Sainsbury Centre for Mental Health (1999). Review of Mental Health Services for the residents of North Yorkshire and City of York: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Salari, M.A. (2000). *Zorgprogramma's voor de ouderenzorg (Care pathways for older people)*. Utrecht, The Netherlands: GGZ Nederland (Dutch Association for Mental Health)
- Scharpf, F.W. (1989). Politische Steuerung und politische Institutionen (Political steering and political institutions). *Politische Vierteljahresschrift*, 30(1), 10-21.
- Scharpf, F.W. (1993). Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen. (Positive and negative coordination in negotiation systems). In A. Héritier (Ed.), *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. (Policy analysis. Criticism and reorientation)*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 57-83.
- Scharpf, F.W. (1996). Political institutions, decision styles, and policy choices. In R. Czada, A. Héritier & H. Keman (Eds.), *Institutions and political choice. On the limits of rationality*. Amsterdam: VU University Press; 43-60.
- Scharpf, F.W. (1997). *Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research*. Oxford: Westview Press
- Scharpf, F.W. (2000a). Institutions in comparative policy research. *Comparative Political Studies*, 33(6/7), 762-790.
- Scharpf, F.W. (2000b). *Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung (Original: Games real actors play. Actor-centered institutionalism in policy research)*. Opladen: Leske & Budrich
- Schrijnemakers, V.J.J., Rossum, E.v., Heusden, M.J.T.v. & Widdershoven, G.A.M. (2002). Compliance in a randomized controlled trial: the implementation of emotion-oriented care in psycho-geriatric facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 182-189.
- Secretary of State for Health (1998). *Modernising social services. Promoting Independence. Improving protection. Raising standards*. London: Th Stationery Office
- Sheard, D. & Cox, S. (1998). Teams, multidisciplinary and interprofessional working and dementia. Stirling, UK: Dementia Services Development Centre, University of Stirling.
- Slaets, J., Kauffmann, R., Duivenvoorden, H., Pelemans, W. & Schudel, W. (1997). A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 585-591.
- Smith, J., Walshe, K. & Hunter, D.J. (2001). The "redisorganisation" of the NHS. Another reorganisation involving unhappy managers can only worsen the service. *British Medical Journal*, 323, 1262-1263.
- Stanley, D. (2003). Social enterprise, service delivery and integrated care for older people in the UK, *International Journal of Integrated Care and World Health Organization European Office for Integrated Health Care Services: International Conference 'New Research and Developments in Integrated Care'*. Barcelona, Spain.
- Stoop, H. & Vermolen, C. (1999). Is het PG-aanbod in uw regio toekomstproof? Toets de mate van diversiteit, compleetheid en bereikbaarheid van het aanbodpakket in uw regio (Are the psychogeriatric services in your region ready for the future?)

- Control your regional services regarding diversity, completeness and accessibility). Tilburg, The Netherlands: Brabants Ondersteuningsinstituut Zorg & PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant.
- Strässer, H. & Cofone, M. (2000). *Innovativer Umgang mit Dementen. Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa (Innovative approaches to people with dementia. Strategies, concepts and services in Europe)*. Saarlouis, Germany: Demenz-Verein Saarlouis e.V.; Landkreis Saarlouis: Leitstelle "Älter werden".
- Stuurgroep Substitutie Maastricht/Heuvelland (1998). *Modules WBO-Zorg en aanvullende PG-verpleeghuiszorg (Modules of care in residential homes and complementing dementia nursing care)*. Maastricht: Samenwerkingsverband Verpleegklinieken, Verzorgingshuizen Maastricht Heuvelland.
- Thelen, K. (1999). Historical institutionalism in comparative politics. *Annual Review of Political Science*, 2, 369-404.
- Thompson, G., Frances, J., Levacic, R. & Mitchell, J. (1991). *Markets, hierarchies and networks. The coordination of social life*. London etc.: Sage.
- Train, G.H., Livingston, G. & Manela, M. (2001). Addressing the needs of carers of older people: the Islington study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 85-86.
- Turnock, S. (2002). *York and Selby health and social care economy. Older people's services: A functional level review*. York: SDC consulting.
- van Raak, A.J.A., Jongerius-de Gier, G., Massop, J. & Mur-Veeman, I.M. (1993). *Brug tussen gisteren en morgen. Evaluatie 'Programma Zorgvernieuwingenprojecten Thuiszorg van WVC'. Eindrapportage (A bridge between yesterday and tomorrow. Evaluation of the Programme 'Care innovation in home care'. Final report)*. Maastricht: Vakgroep Beleidswetenschap, Rijksuniversiteit Limburg.
- van Raak, A.J.A. & Mur-Veeman, I. (1996). Home care policy in the Netherlands. Reforming legislation to facilitate the provision of multi-disciplinary home care. *Health Policy*, 36, 37-51.
- van Raak, A.J.A. (1998). *Zorgvernieuwing: een kwestie van routine. Een studie naar de vorming van interorganisatiele netwerken en naar systeemveranderingen in de thuiszorg vanuit interactionistisch perspectief (Health care innovation: A matter of routine. A study about the building of interorganisational networks, and about system changes in home care from an interactionistic approach)*. Maastricht: Universiteit Maastricht
- van Raak, A.J.A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus, A. (2003). *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen, The Netherlands: Elsevier.
- Verhey, F.R.J., Nods, M., Ponds, R.W.H.M. & Scheltens, P. (1999). *Geheugenpoliklinieken in Nederland (Memory clinics in the Netherlands)*. *Nederlands Tijdschrift voor Neurologie*, 3, 169-174.
- Verhey, F.R.J. (2002). *Oud en vergeten, de lessen van Alzheimer. Inaugurale rede (Old and forgotten - lessons from Alzheimer. Inaugural speech)*. Maastricht, The Netherlands: Universitaire Pers Maastricht
- Villevoije, A.H.M. (2002). *Een ontluikende samenwerking? Een onderzoek naar samenwerking tussen zorgkantoor en andere actoren bij de uitvoering van overheidsbeleid met betrekking tot de AWBZ (A prospering cooperation? A study about the cooperation between the Health Care Office and other actors on implementation of policies regarding the AWBZ)*, *Thesis, Department of Health Organisation, Policy and Economics*. Maastricht: University of Maastricht.
- Vries, B.J.d. & Breedveld, E.J. (2000). *Concernvorming in de Nederlandse gezondheidszorg (The building of trusts in Dutch health care)*. *ZM Magazine*, 6(Juni), 2-13.
- VWS (1999). *Zicht op Zorg - plan van aanpak modernisering AWBZ (Prospects of care - programme for the modernisation of the AWBZ)*. 's-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (Ministry of Health Welfare and Sports)
- Waarden, F.v. (1992). The historical institutionalization of typical national patterns in policy networks between the state and industry. A comparison of the USA and the Netherlands. *European Journal of Political Research*, 21, 131-162.
- Wieffering, C.H. & Dukkens van Emden, D.M. (1996). *Institutionalisering van zorgvernieuwingenprojecten (The Institutionalisation of care innovation projects)*. *Medisch Contact*, 51, 644-646.
- Williamson, O.E. (1985). *The economic institutions of capitalism: firms, markets, relational contracting*. New York: The Free Press
- Willke, H. (1998). *Steuerungstheorie: Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme (Theory of steering: Basic theoretical lines for the steering of complex social systems)*. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Wistow, G. & Hardy, B. (1996). Competition, collaboration and markets. *Journal of Interprofessional Care*, 10(1), 5-10.
- WZV-regio 27 (1998). *Regiovisies zorg Zuid Limburg 1999 - 2000 (Regional Visions South Limburg 1999 - 2000)*. The Netherlands
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks: Sage
- Zahn, E. (1989). *Rebellen, regenten en reformatoren: een visie op Nederland en de Nederlanders (Rebels, governors, and Reformators: a perspective on The Netherlands and the Netherlands)*. Amsterdam, The Netherlands: Contact

10 Appendix 1: Gesundheitssysteme in England und den Niederlanden. Aktueller Kontext für integrierte Demenzversorgung

England

Niederlande

1. Gesundheitssystem

Beveridge-System. Steuer-finanziertes zentral organisiertes Gesundheitssystem (NHS), kostenloser Zugang zur Versorgung. Private Finanzierung, hauptsächlich basiert auf freiwilligen Zusatzversicherungen, ergänzt das öffentliche System in geringem Umfang.

Bismarck-System. Finanzierung über 2-geteiltes Versicherungssystem: Soziale Krankenversicherung für Akutversorgung (ZFW) inklusive einem kleinen Anteil privat Versicherter; Allgemeine obligatorische Pflegeversicherung (AWBZ). Versorger sind im wesentlichen gemeinnützige Stiftungen für beide Versicherungsbereiche; wenig private Anbieter (Hausärzte).

2. Akteure und Versorger

Primärversorgung: Allgemeinärzte (GPs), Pflegespezialisten, (health visitors) arbeiten in (teils privat-rechtlichen) Allgemeinpraxen und Gesundheitszentren; GPs haben gatekeeper-Funktion. Primärversorgung ist administrativ in lokalen Primary Care Trusts, die verantwortlich für Versorgungsentwicklung und -durchführung sind, und für die vertragliche Regelung der Sekundärversorgung.

Primärversorgung: Allgemeinärzte, Pflegespezialisten und andere Gesundheitsberufe arbeiten in privatrechtlichen Allgemeinpraxen (meist Gemeinschaftspraxen) und Gesundheitszentren. GPs haben Gate-Keeper-Funktion.

Psychiatrische Versorgung durch gerontopsychiatrische Spezialteams: bieten Gedächtnissprechstunden, gemeindepsychiatrische Dienste, Tageskliniken, stationäre Versorgung, pflegerische und ärztliche Liaisondienste im Krankenhaus und in der stationären Pflege. Gedächtnissprechstunden sind zunehmend wichtig für Diagnose und Behandlung im Frühstadium.

Psychiatrische Versorgung: Gemeindepsychiatrische Dienste (RIAGGs), teilweise fusioniert mit psychiatrischen Krankenhäusern. Gerontopsychiatrische Spezialteams arbeiten ambulant und bieten Liaisondienste in der Pflege. Nicht alle RIAGGs definieren Demenz nach einer Diagnose als ihr Versorgungsfeld. Gedächtnissprechstunden, meist in regionalen Krankenhäusern, sind zunehmend wichtig für Diagnose und Behandlung im Frühstadium. Psychiatrische Stationen und Tageskliniken spielen nur eine geringe Rolle in der Demenzversorgung; beide Funktionen sind in spezialisierten Pflegeheimen angesiedelt.

Akutversorgung: Stationäre und fachärztliche Versorgung sind in separaten NHS Trusts organisiert.

Akutversorgung: Stationäre und fachärztliche Versorgung (Polikliniken) in Krankenhäusern.

Pflegerische Dienste (social care) in der Verantwortung der lokalen Sozialverwaltungen (Local Authorities). Umfassen häusliche Pflege und Versorgung, Tagespflege, Wohn- und Pflegeheime. Sie werden als eigene Dienste angeboten oder von privaten Diensten eingekauft. Zugang nach Begutachtung. Teilweise beträchtliche Zuzahlungen sind einkommens- und vermögensabhängig.

Pflegerische Dienste (AWBZ). Umfassen häusliche Pflege und Versorgung, Tagespflege, Wohn- und Pflegeheime. Regionale AWBZ-Agenturen („Zorgkantoren“) regeln die Kontraktierung und Zuweisung der pflegerischen Leistungen, nach Begutachtung durch regionale unabhängige Begutachtungsstellen (Regionale Indicatie Organen, RIOs), die 1997 eingeführt wurden, um umfassende Gutachten zu ermöglichen und die Begutachtungsfunktion von den Anbietern zu trennen. Einkommensabhängige Zuzahlungen.

Ein Schlüsselbegriff für den britischen Kontext ist ‚Community care‘

Unabhängige Anbieter von Pflegerischen Diensten: meist privatwirtschaftliche Gesellschaften (von Kleinstunternehmen bis zu großen Ketten) bieten alle Arten von pflegerischen Diensten. Unabhängige Dienste wurden durch die Politik der Konservativen in den 1980er und 1990er Jahren gefördert und ersetzen langsam die Sozialverwaltungen als dominante Anbieter.

Anbieterorganisationen von AWBZ-Leistungen (meist Stiftungen) gehen zunehmend über ihre ursprünglich eingegrenzten Arbeitsfelder hinaus, bieten stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote aus einer Hand, nach Fusionswellen zwischen früher spartenmäßig organisierten Anbietern; durch die Politik in den 1990er Jahren gefördert.

Wohn- und Pflegeheime: haben eine eher am sozialen Modell orientierte Tradition; die Mehrzahl der Einrichtungen haben immer noch weniger als 50 Plätze. Als problematisch werden die geringe Personaldichte und das niedrige Qualifikationsniveau angesehen. In Pflegeheimen sind examinierte Pflegekräfte die höchst ausgebildeten Kräfte; medizinische und psychiatrische Versorgung wird von außen herangezogen.

Ehrenamtliche/gemeinnützige Organisationen: organisieren/bieten ehrenamtliche und professionelle Dienste (oft bezahlt von den Sozialverwaltungen) wie ‚Advocacy‘, Unterstützung pflegender Angehöriger, ‚respite-Angebote, unterschiedliche Gruppenangebote, Tagesversorgung, Nachbarschaftshilfe etc. (z.B. Alzheimer's Society, Age Concern und Nachbarschaftsvereine)

‚Advocacy‘-Dienste: ‚Advocacy‘ bietet Menschen mit Versorgungsbedürfnissen Unterstützung bei ihrer Interessenvertretung durch unabhängige Dritte gegenüber den Diensten oder auch ihren Angehörigen.

3. Nationale politische Maßnahmen

Integrierte Versorgung ist eines der gesundheitspolitischen Kernziele der Labour-Regierung: Es gibt gesetzliche Verpflichtungen (statutory duties), Instrumente und Anreize, die auf die Integration der Gesundheits- und Pflegedienste abzielen.

Nationales Programm für die Versorgung älterer Menschen (National Service Framework (NSF) for Older People, (Department of Health, 2001b): Standards für die Gesundheitsversorgung und für Prävention; z.B. ganzheitliche Begutachtung, ‚intermediate care (s.u.)‘, psychiatrische Versorgung bei Depression und Demenz. Alle lokal relevanten Akteure wurden für die Implementierung zur Zusammenarbeit verpflichtet/aufgefordert.

‚Intermediate care‘ (Department of Health, 2001a): Initiative zur Verhinderung unnötiger Krankenhauseinweisungen und langer Liegezeiten (multidisziplinäre Pflege- und Therapeutenteams für Übergangs- und häusliche Pflege). Aufgrund des Fokusses auf somatische Versorgung wurden Demenzerkrankte häufig ausgeschlossen; eine folgende Direktive versucht diese Praxis zu korrigieren (Department of Health, 2002)

4. Weitere relevante Initiativen im Hinblick auf Demenzversorgung

Alzheimer's Society (gegründet 1976): Die englische Alzheimer-Organisation ist eine aktive, einflussreiche und professionelle Organisation, die ein Netzwerk lokaler Zweigstellen unterhält. Sie organisiert Kampagnen und bietet Informationsdienste für Betroffene, Angehörige und die Öffentlichkeit, Ausbildung für Fachkräfte, Unterstützung für Forschung, innovative Dienstleistungen in der Versorgung und nimmt

Wohn- und Pflegeheime: sind in zunehmend größeren Anbieterorganisationen (meist Stiftungen) zusammengefaßt (kontinuierliche Fusionen seit 1990). Heime sind vergleichsweise groß, mit zwischen 50 und 200 Plätzen. Pflegeheime haben eine medizinische Tradition, mit eigenen Ärzten⁶⁵, Psychologen, Ergotherapeuten etc dem Leitungsteam angehören. Pflegeheime haben somatische und psychogeriatrische Abteilungen; die letzteren bieten Kurzzeit- und Langzeitpflege für Demenzerkrankte.

Ehrenamtliche Organisationen: Bieten Unterstützung für pflegende Angehörige und ‚respite‘ in begrenztem Umfang. Alzheimer Nederland führt landesweit regionale ‚Alzheimer Cafés‘ ein, als regelmäßige offene Diskussionsforen, die auch Patienten mit einbeziehen.

‚Advocacy‘ (belangenbehartigend = Interessenvertretung) wird als Bestandteil des Case-Managements angesehen, nicht als unabhängige Funktion.

Finanzielle Anreize für Innovation in der Versorgung (zorgvernieuwing) und patienten-orientierte Versorgung (vraaggerichte zorg) seit ca 1990. Eine nationale Projektdatenbank enthält ca. 130 innovative Kooperationsprojekte speziell für Demenzversorgung.

Stimulierung der Entwicklung regionaler Versorgungspfade: Gefördert wurden z.B. die Entwicklung idealtypischer Versorgungspfade für psychiatrische Erkrankungen im Alter (Salari, 2000) und die Entwicklung regionaler geriatrischer Netzwerke (Nies et al., 2003).

Der niederländische ‚Gezondheidsraad‘ (vergleichbar mit deutschen Expertenkommissionen) gab ein Gutachten zu heutigen und zukünftigen Versorgungsbedarfen im Bereich der Demenzversorgung heraus (Gezondheidsraad, 2002).

Alzheimer Nederland (gegründet in 1984): Die niederländische Alzheimer-Organisation übernimmt ähnliche Funktionen wie die englische mit Ausnahme des professionellen Versorgungsangebots. Eventuell ist sie dadurch weniger stark sichtbar auf dem Feld der Demenzversorgung. Ausserdem nehmen Patientenorganisationen in den Niederlanden im wesentlichen Einfluß durch eine gemeinsame Plattform, die Niederländische Klienten- und Patientenföderation

65 ‚Verpeeghuisartsen‘ – Pflegeheimärzte – sind eine eigene Spezialisierung innerhalb der Allgemeinmedizin.

66 ‚Dementia Care Mapping‘ ist ein qualitatives Verfahren zur Evaluation stationärer Versorgung, das die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten, sowie das emotionale Befinden und das Aktivitätsniveau der Patienten in den Blick nimmt.

politischen Einfluß. Der Fokus verlagert sich von der reinen Orientierung auf Angehörige hin zur Orientierung auf die Betroffenen selbst.

Dementia Services Development Centres (DSDC) Network: Ein Netzwerk von 10 regionalen professionellen und wissenschaftlichen Entwicklungszentren für Demenzversorgung, die meisten von ihnen an Universitäten angesiedelt, bieten Unterstützung für Fortschritte in der professionellen Demenzversorgung. Sie publizieren zu Themen der Demenzversorgung, bieten Bibliotheksdienste, verbreiten Forschungsergebnisse, und bieten Beratung, Training und Ausbildung zur Weiterentwicklung der Demenzversorgung.

Bradford Dementia Group, Tom Kitwood (Universität Bradford): Von hier kamen wichtige Beiträge zur veränderten Wahrnehmung (der Persönlichkeit) von Menschen mit Demenz (Kitwood, 1997); die Entwicklung von dementia care mapping⁶⁶ gilt als wegweisend für die Wahrnehmung struktureller Defizite in der stationären Demenzversorgung (Fossey et al., 2002)

(NCPF), wodurch eventuell der Einfluß der Einzelorganisationen geringer ist. Ihr Hauptfokus liegt auf der Unterstützung der Angehörigen, der Einbezug der Patientenperspektive ist noch im Anfangsstadium.

Universitäre Alzheimerzentren (bis dato in Maastricht und Amsterdam) unterstützen regionale Versorgungsinnovationen.

Literatur

- Department of Health. 1997. *The new NHS. Modern. Dependable*. HMSO: London, UK.
- Department of Health. 1998. *Partnership in action. New opportunities for joint working between health and social care*. NHS Executive: London, UK.
- Department of Health. 2001. *National Service Framework for Older People*. Department of Health: London, UK.
- Gerritsen H, Linschoten Pv, Nies H & Romijn C. 2001. *Netwerken in de gespecialiseerde gezondheidszorg voor ouderen*. ITS, Stichting Katholieke Universiteit te Nijmegen: Nijmegen, The Netherlands.
- Gezondheidsraad. 2002. *Dementie. Advies van een commissie van de gezondheidsraad (Dementia. Advice by a committee of the Health Council)*. Gezondheidsraad (Health Council of the Netherlands). Publication no. 2002/04: Den Haag, The Netherlands.
- Kitwood T. 1997. Personhood, dementia and dementia care. In *Dementia: challenges and new directions*, Hunter S (ed); Jessica Kingsley Publishers, London, UK; 9-23.
- Kitwood T & Bredin K. 1992. A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care* 1: 41-60.
- NIVEL N, Trimbos-instituut. 2001. Databank zorgvernieuwing (database care innovation) 2000/2001 (cd-rom). In *Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 2000/2001 (Innovation in the care sector. Yearbook 2000/2001)*, Kip G (ed); Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen, The Netherlands.
- Salari MA. 2000. *Zorgprogramma's voor de ouderenzorg (Care pathways for older people)*. GGZ Nederland (Dutch Association for Mental Health): Utrecht, The Netherlands.
- Secretary of State for Health. 2000. *The NHS plan. A plan for investment. A plan for reform*. HMSO: Norwich, UK.

11 Appendix 2: Demenzversorgung in England. Bestandsaufnahme empfohlener Standards und berichteter allgemeiner Praxis

Tabelle 2.1: Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Tabelle 2.2: Versorgungspfadmanagement und -koordination

Tabelle 2.3: Aktivitäten zur Kompetenzverbesserung

Verwendete Abkürzungen:

A = pflegende Angehörige

AKH = Allgemein-Krankenhaus

GP = Hausarzt

GePs = Gerontopsychiatrie (umfasst ambulantes psychiatrisches Team, Tagesklinik, stationäre Krankenhausversorgung, Liaison-Dienste)

HPD = Hauspflegedienste (vom SSD zugeteilt, privatwirtschaftlich und/oder vom SSD angeboten)

MK = Memory Klinik

NGOs = Gemeinnützige Organisationen (ehrenamtliche u./o. professionelle Mitarbeiter)

P = Patienten

SP = Stationäre Pflegeeinrichtungen (privatwirtschaftlich oder vom SSD)

PVT = Primärversorgungsteam (GP, Gemeindepflegerinnen – *practice & district nurses, health visitors*)

Tabelle 2.1: Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Empfohlene Standards (in Klammern: verantwortliche/ durchführende Organisationen)	Berichtete Praxis
<p>1. Ambulante Versorgung (<i>Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause</i>)</p> <p>1.1 Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung</p> <p>Auf frühe Symptome reagieren (PVT). <u>Diagnose</u>: frühzeitig, Gebrauch von Screening-Tests; auf behandelbare Ursachen untersuchen (GP, u/o MK, GePs). <u>Differentialdiagnose</u> stellen; pharmakologische <u>Behandlung</u> beginnen. P und A informieren (GP, u/o MK, GePs). P und A unterstützen: zu Coping-Strategien beraten, über Angebote informieren (GP, u/o MK, GePs). <u>Psychosoziale Unterstützung</u> für P und A (MK, GePs, NGOs)</p> <p>1.2 Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)</p> <p><u>Integriertes Assessment</u> für P und A hinsichtlich verbliebener Kapazitäten, Versorgungs- und Unterstützungsbedarf (PVT u. SSD)</p>	<p><u>Diagnose</u>: Etliche GPs diagnostizieren nicht korrekt, informieren P und A ungenügend oder gar nicht. MK od GePs (nicht überall vorhanden) bieten <u>Differentialdiagnose, Behandlung, Informationen</u>. <u>Psychosoziale Unterstützung</u> für P und A: in geringem Umfang an vielen Orten; große Unterschiede in der Form, der Intensität und im Zugang (MK, GePs, NGOs)</p> <p><u>Integriertes Assessment</u>: vielerorts in der Entwicklung (weil im NSF Older People verpflichtend), zögerlich auf Grund der trad. Spaltung zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten.</p>

Häusliche Versorgung und Pflege (Haushaltsunterstützung und Grundpflege): rechtzeitig, flexibel, ausreichend; aktivierend; mit kontinuierlichem und für Demenz fortgebildetem Personal. Demenzspezifische Teams empfohlen. (HPD)

Tagesbetreuung: demenzspezifisch, flexible Zeiten, für Tagesstrukturierung, soziale Stimulation, Entlastung pflegender Angehöriger (SSD, NGOs)

Tagesklinik: für Assessment und Behandlung (GPs)

Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung: aufsuchend, Unterstützung für P und A, sozialtherapeutische, pharmakologische Behandlung (GePs)

Respite Care (Entlastungsdienste): nächtliche Versorgung, stationäre Kurzzeitpflege in Heimen (HPD, SP), häusliche Betreuungsdienste (NGOs)

Angemessene medizinische Versorgung für P und A (PVT)

Häusliche Versorgung und Pflege: vielfältige Probleme quantitative und qualitativer Art, große Unterschiede zwischen Gebieten. Spezialteams eher Ausnahme als Regel.

Tagesbetreuung, Tagesklinik: sehr unterschiedliche Versorgungslage (1990: 8,5 Plätze / 1000 Einw. über 65 UKweit), oft in ihren Funktionen überlappend.

Ambulante gerontopsychiatrische Versorgung: Oft qualitativ für gut befunden; nicht überall vorhanden (Bedarfsdeckung sehr unterschiedlich).

Respite Care: in sehr unterschiedlichen Variationen und Quantitäten angeboten; von NGOs oft sehr kreative Angebote.

Medizinische Versorgung: Oft, aber nicht immer Zugang und Qualität ausreichend gesichert.

1.3 Kriseninterventionen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)

Schnelle, flexible Interventionen („rapid response“) in Versorgungskrisen

Intermediäre Versorgung („intermediate care“) unterhalb der KH-Versorgung, auch für Menschen mit Demenz (beinhaltet intensive häusliche Unterstützung und Behandlung, oder Kurzzeitpflege in Gemeindestationen); war kürzlich offiziell auch für Demenzpatienten zugänglich gemacht worden. (PVT, SSD oder GePs)

Stationäre Versorgung: Extrabetten für Menschen mit physischen und psychiatrischen Problemen sollten vorgehalten werden, die Versorgung auf somatischen Stationen an die Bedürfnisse von Demenzpatienten angepasst werden.

Stationäre psychiatrische Versorgung: sollte Extrastationen für Demenzpatienten mit angemessener baulicher Umgebung vorhalten.

Rapid Response-Teams gab es nur in einigen Kommunen oder Bezirken.

Intermediäre Versorgung war tendenziell noch somatisch fokussiert und schloss Demenzpatienten immer wieder aus.

Stationäre Versorgung: wenige Betten für Demenzpatienten mit gleichzeitig somatischen Problemen; viele Patienten wurden in für sie ungeeigneten somatischen Stationen (häufig qualitativ schlecht) versorgt.

Stationäre psychiatrische Versorgung: Angemessene Demenzstationen gab es nicht überall.

2. Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)

Wohn- und Pflegeheime: es muss genug Plätze geben (ohne quantitative Festlegungen); angemessenes Design; personenzentrierte Versorgung; spezifisch fortgebildetes Personal; unnötige Verlegungen sind zu vermeiden. (SP)

Demenzspezifische Heimpflege: wurde als wichtig erachtet (ohne quantitative Festlegungen).

Medizinische Versorgung (PVT), und psychiatrische Versorgung (GPs) für Heimbewohner sind sicher zu stellen.

Wohn- und Pflegeheime: Es bestanden ca. 49 Heimplätze / 1000 Einw. über 65 UKweit. Schließungswelle, sinkende Bettenzahl, lange Wartezeiten, verspätete KH-Entlassungen. Grosse Qualitätsunterschiede hinsichtlich der konkreten Versorgung, der Ausbildung des Personals, ungeeigneter Platzzuweisungen. Ungleicher Zugang (Privatanbieter konnten Privatzahler bevorzugen.)

Demenzspezifische Heimpflege: 18% der Pflegeheimplätze waren für Demenz ausgewiesen (Anzahl für Wohnheime unbekannt). Hoher %-Satz von Menschen mit Demenz in nicht spezialisierten Wohn- und Pflegeheimen.

Insbesondere psychiatrische Versorgung in Heimen (auch Liaison-Dienste) variierten sehr stark (hinsichtlich des quantitativen und qualitativen Angebots, aber auch der Akzeptanz durch die Heime).

Tabelle 2.2: Versorgungspfadmanagement und -koordination (Integrationsorientierte Aktivitäten)

Empfohlene Standards	Berichtete Praxis
(in Klammern: verantwortliche/ durchführende Organisationen)	
1. Ambulante Versorgung	
<i>(Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause)</i>	
1.1 Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung	
<p><u>Überweisung</u> an MK und GePs-Dienste (GPs); durch Experten dringend empfohlen, durch Leitlinien nur unklar gedeckt. Akzeptanz nicht-medizinischer Überweisungen durch MK und GePs empfohlen. <u>Rückmeldung</u> an GPs durch MK und GePs wichtig.</p>	<p><u>Überweisung</u>: nicht wenige GPs überweisen zu spät (z.B. bei Krise). <u>Akzeptanz für Überweisungen</u> variiert stark zwischen MKs und GePs-Diensten. <u>Rückmeldung</u> an GPs: findet in der Regel statt.</p>
1.2 Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)	
<p><u>Assessment</u>: soll umfassend sein, als integrierter Prozess durch PVT und SSD, in der häuslichen Umgebung stattfinden. Getrennte Assessments für P und A. Regelmäßige Überprüfung. Ein persönlicher <u>Versorgungskordinator</u> bzw. ein <u>Case Management System</u> sollte ab dem ersten Assessment eingesetzt werden (PVT, GePs, oder SSD) <u>Kooperation mit Case Manager</u> (alle beteiligten Versorger) <u>Advocacy</u> (persönliche Interessenvertretung) empfohlen für P und A (NGOs)</p>	<p><u>Assessments</u> finden oft in der häuslichen Umgebung statt, nur z.T. als integrierter Prozess. Eintritt ins System bestimmt / beschränkt häufig Zugang zu Versorgungsangeboten. <u>Versorgungskoordination</u> oder <u>Case Management</u>: inkonsistent vorgehalten, ungleicher Zugang; häufiger und intensiver von GePs angeboten als von SSDs. <u>Advocacy</u>: vielerorts, aber nicht überall angeboten.</p>
1.3 Krisenintervention und Kurzeitaufnahmen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)	
<p><u>Versorgungskordinator</u> oder <u>Case Management</u> sollte eingesetzt sein (PVT, GePs, oder SSD) Alle beteiligten Versorger sollten mit dem <u>Case Manager kooperieren</u>. <u>Advocacy</u> (persönliche Interessenvertretung) für P und A zur Verfügung (NGOs).</p>	<p><u>Case Management</u> oft unzureichend. <u>Advocacy</u>: nicht überall angeboten.</p>
2. Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)	
<p>Vor einer <u>Heimaufnahme</u>: Umfassendes Assessment notwendig. Informationen über Heime an P und A (SSD, ggfls GePs) <u>Überprüfung</u> (review) nach einer Heimaufnahme (SP, SSD od. GePs) <u>Advocacy</u> (persönliche Interessenvertretung) empfohlen für P und A (NGOs) Koordiniertes Management von Wartelisten, offenen Heimplätzen und Platzzuweisungen (SSD, SP) Gemeinsame <u>strategische Versorgungsplanung</u> aller relevanten lokalen/ regionalen Akteure (SP, SSD, GePs)</p>	<p><u>Assessment, Information und Überprüfung</u> meist gesichert, allerdings in unterschiedlicher Qualität. <u>Advocacy</u>: nicht überall angeboten. <u>Koordiniertes Management</u> der Heimplätze und Platzzuweisungen: eher Ausnahme. <u>Strategische Versorgungsplanung</u>: lückenhaft, vielerorts unzureichend oder kaum vorhanden</p>

Tabelle 2.3: Kompetenzorientierte Aktivitäten

Empfohlene Standards

(in Klammern: verantwortliche/ durchführende Organisationen)

Berichtete Praxis**1. Ambulante Versorgung**

(Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause)

1.1 Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung

Demenzkompetenz (DK)⁶⁷ zu verbessern im PVT. Beratung und Training für P-Personal durch MK- & GePs-Mitarbeiter (Liaison).

Nicht wenige GPs sind inaktiv hinsichtlich DK.

Vielerorts Initiativen für Beratung & Training durch MK, GePs, NGOs (Alzheimer Society), Akzeptanz & Erfolge unterschiedlich.

1.2 Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)

DK in ambulanten Pflege- und Versorgungsteams durch die Anbieter (HPD) zu verbessern.

Wenig Qualifikationsinitiativen von HPDs.

Beratung & Training durch GePs-Mitarbeiter (Liaison)

Beratung & Training durch GePs: große Variation, kein bis gutes Angebot.

1.3 Krisenintervention und Kurzeitaufnahmen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)

DK in Teams für intermediäre Versorgung (siehe T.1) und in Allgemeinkrankenhäusern zu verbessern.

Intermediäre Versorgung häufig nicht demenzgerecht.

AKHs: häufig geringe Bemühungen, demenzfreundliche Versorgung zu erbringen.

Beratung & Training durch GePs-Dienste (Liaison)

Wenig Liaison-Angebote durch GePs (lokale gute Praxis).

Einige Aufklärungsaktivitäten durch Alzheimer-NGOs in AKHs

2. Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)

DK in SP deutlich zu verbessern; Beratung & Training durch GePs (Liaison).

Qualifikationsaktivitäten in Kooperation zwischen GePs und SP sehr unterschiedlich hins. lokaler Qualität & Quantität

67 Demenzkompetenz steht hier nicht nur für medizinisches Wissen, sondern auch und besonders für die im Zusammenhang mit dem sozialen Modell der Demenzversorgung erforderliche (spezifische kommunikative, beraterische, sozialtherapeutische etc.) professionelle Kompetenz

12 Appendix 3: Demenzversorgung in den Niederlanden. Bestandsaufnahme empfohlener Standards und berichteter allgemeiner Praxis

Tabelle 3.1: Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Tabelle 3.2: Versorgungspfadmanagement und -koordination

Tabelle 3.3: Aktivitäten zur Kompetenzverbesserung

Verwendete Abkürzungen:

A = pflegende Angehörige

AKH = Allgemein-Krankenhaus

DW (Dienst Welzijn) = lokale Wohlfahrtsdienste

GP = Hausarzt

GePs = Gerontopsychiatrie (umfasst ambulantes psychiatrisches Team, Tagesklinik, stationäre Krankenhausversorgung, Liaison-Dienste)

HPD (thuiszorg) = Hauspflegedienste (meist gemeinnützige großflächige Anbieter)

MK (geheugenpoli) = Memory Klinik

NGOs = Gemeinnützige Organisationen (ehrenamtliche u./o. professionelle Mitarbeiter)

P = Patienten

RIAGG = ambulantes sozialpsychiatrisches Team

RIO = Assessment-Agentur für AWBZ-Dienste

SP = Stationäre Pflegeeinrichtungen (meist im Rahmen von Stiftungen, die sich vielerorts zu großen regionalen Anbietern entwickelt haben)

SPA (verpleeghuisarts) = Pflegeheimarzt

SW = Wohnheime (siehe SP)

PVT = Primärversorgungsteam (GPs & Pflegende, manchmal Therapeuten, oft in Gemeinschaftspraxen)

ZK (zorgkantoren) = regionale AWBZ-Agenturen

Tabelle 3.1: Versorgung von Demenzpatienten und ihren Angehörigen

Empfohlene Standards (in Klammern: verantwortliche/ durchführende Organisationen)	Berichtete Praxis
1. Ambulante Versorgung (Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause)	
1.1 Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung	
Auf frühe Symptome reagieren (PVT)	
<u>Diagnose und Behandlung:</u> früh diagnostizieren, auf behandelbare Ursachen untersuchen, A informieren und beraten (GP, MK, RIAGG). Differentialdiagnose, ggfls Behandlung mit ChEI; Information an P und C (MK, RIAGG)	<u>Diagnose und Behandlung:</u> nicht alle GPs reagieren, diagnostizieren sorgfältig, informieren A bzw P (große Unterschiede, häufig werden P nicht informiert); psychosoziale Diagnose der familiären Situation vielerorts (RIAGG).

Psychosoziale Diagnose der familiären Situation (RIAGG)

Psychosoziale Unterstützung für A (unklar hins. P) (MK, RIAGG, NGOs).

Psychosoziale Unterstützung für A: oft durch MK, RIAGG, NGOs, nicht immer und überall. Für P eher selten, einige MKs bieten Psychoedukation. Alzheimer Nederland organisiert in vielen Regionen offene Austauschabende, primär für A.

1.2 Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)

Häusliche Versorgung und Pflege: rechtzeitig, flexibel, ausreichend; kontinuierliches Personal, ausreichend ausgebildet (HPD)

Gemeindepsychiatrische Versorgung: A unterstützen, P behandeln (RIAGG).

Tagesbetreuung & Tagesklinik: Angebot sollte flexibel und ausreichend sein (SP); durch Planungsvorgaben geregelt.

Respite Care (Entlastungspflege): Kurzeitaufnahmen und Nachtaufnahmen (SP). Häusliche Betreuungsdienste und Ferienangebote (NGOs).

Medizinische Versorgung für P und A (PVT)

Häusliche Versorgung und Pflege: Probleme in vielerlei qualitativer und quantitativer Hinsicht, große Variation zwischen Gebieten.

Gemeindepsychiatrische Versorgung: nicht alle RIAGGs bieten Demenzversorgung nach der Diagnose; Kapazität nicht ausreichend um alle P und A zu betreuen.

Tagesbetreuung & Tagesklinik: Angebot quantitativ unterschiedlich (1990: 2,5 Plätze/ 1000 über 65) (SP); wird unterschiedlich angenommen, häufig zur Überbrückung von Heimaufnahmen.

Respite Care in SP: wenig Plätze, unterschiedlich. Betreuungsdienste und Ferienangebote in geringer Quantität.

1.3 Krisenintervention und Kurzeitaufnahmen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)

Krisenkurzeitaufnahmen sind zu ermöglichen (SP).

Behandlung und Rehabilitation in Pflegeheimen sollte angeboten werden (SP).

AKHs: Versorgung sollte an Demenzbedarfe angepasst sein.

Kurzeitaufnahmen in Heimen: Quantität variiert stark.

Versorgung in AKHs: häufig unangemessen für Demenzpatienten. Verweigerung von Aufnahmen sollen vorkommen.

2. Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)

Wohn- & Pflegeheimversorgung: Plätze sollten ausreichend zur Verfügung stehen (entspr. der Planungsvorgaben); physische Umgebung sollte den Bedarfen von Menschen mit Demenz entsprechen; Kleingruppenkonzepte; angemessene Qualität und Kontinuität personenbezogener Versorgung; entsprechend ausgebildetes Personal

Demenzspezifische („psychogeriatrische“) Angebote: sollen entsprechend den Planungsvorgaben vorgehalten werden.

Medizinische Versorgung in Wohnheimen durch GPs.

Psychiatrische Versorgung in Wohnheimen durch RIAGG.

Wohn- & Pflegeheimplätze: national ca. 80 Plätze für 1000 Menschen über 65, mit großen Unterschieden in vielen qualitativen und quantitativen Aspekten; zögerliche Einführung innovativer Konzepte; Besorgnis über die Kompetenz des Personals. Traditionell große Einheiten; derzeit Trend hin zu kleineren Einheiten.

Anteil demenzspezifischer Plätze bei ca. 55 %; noch stets relativ viele Menschen mit Demenz in allgemeinen Wohnheimen und somatischen Pflegeheimen.

Medizinische Versorgung in Wohnheimen durch GPs, manchmal durch Pflegeheimärzte; in Pflegeheimen durch Pflegeheimärzte.

Psychiatrische Versorgung in Wohnheimen durch RIAGG, abhängig von Überweisung durch GPs.

Tabelle 3.2: Versorgungsmanagement und -koordination (Integrationsgerichtete Aktivitäten)

1. *Ambulante Versorgung*

(Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause)

1.1 *Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung*

Überweisung an psychiatrische Dienste in unklaren Fällen (GP). MKs sollten auch andere Überweisungen akzeptieren.

Rückmeldung an GPs (MK, RIAGG).

Kooperation zwischen MK und RIAGG.

Regionale Demenzversorgungsprogramme sollen GPs einbeziehen.

Überweisung: Etliche GPs überweisen spät, wenn überhaupt.

Rückmeldung von MKs und RIAGG an GPs nicht immer ausreichend.

MKs akzeptieren meist auch Überweisungen von Nicht-GPs.

RIAGGs benötigen Überweisungen von GPs (seit 2002).

Kooperation zwischen MKs und RIAGG lokal unterschiedlich, manchmal unzureichend.

Regionale Demenzversorgungsprogramme im Anfangsstadium.

1.2 *Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)*

Assessment: sollte umfassend, rechtzeitig und demenzspezifisch sein (RIO).

Bezugspfleger(in), Case Management und/oder Monitoring sollte zur Verfügung stehen (HPD o. RIAGG)

Regionale Demenzversorgungsprogramme sollten eingerichtet sein.

Assessments: große Variationen hins. Rechtzeitigkeit und Qualität (RIO).

Bezugspfleger(in), Case Management und/oder Monitoring: für viele A & P nicht verfügbar oder zugänglich (HPD o. RIAGG).

Regionale Demenzversorgungsprogramme im Anfangsstadium.

1.3 *Krisenintervention und Kurzeitaufnahmen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)*

Intensives Case Management erforderlich (HPD, RIAGG, SP)

Zugang zum AKH sollte gesichert sein.

Intensives Case Management: lokal unterschiedlich verfügbar, z.T. nur für P, die auf Heimaufnahme warten (HPD, RIAGG, SP)

Zugang zum AKH wurde in Einzelfällen indirekt verweigert.

2. *Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)*

(Re-)Assessment vor Heimaufnahme erforderlich; mit umfassender Information für P (so möglich) und A (RIO).

Administratives Management von Wartezeiten, Wartelisten und Heimaufnahmen (ZK).

Individueller Pflegeplan bei der „Aufnahme, zeitnahe Überprüfung (SP).

Assessments: große Variationen hins. Rechtzeitigkeit und Qualität (RIO).

Administratives Management rund um Heimaufnahmen: häufig regional umfassend organisiert (ZK).

Individueller Pflegeplan: meist verfügbar, Qualität variabel (SP).

Tabelle 3.3: Kompetenzorientierte Aktivitäten

Empfohlene Standards (in Klammern: verantwortliche/ durchführende Organisationen)	Berichtete Praxis-
1. Ambulante Versorgung (Übergeordnetes Ziel: Versorgung der Patienten so lange wie möglich zuhause)	
<i>1.1 Erste Symptome: Diagnose und frühe Unterstützung</i>	
<u>Demenzkompetenz</u> (DK) muss verbessert werden (GP). Psychiatrische Dienste (MK, RIAGG) sollten Konsultationen für GPs anbieten.	<u>DK</u> : Einige GPs sind desinteressiert. Konsultationen werden angeboten, aber mit großen qualitativen und quantitativen Unterschieden.
<i>1.2 Ambulante Versorgung (Anfängliche bis mittlere oder späte Demenzphase)</i>	
DK in der häuslichen Versorgung und Pflege sollte verbessert werden (HPD).	<u>DK</u> : große Variationen im Engagement der HPD. Unterschiede in der Kapazität und der Bereitschaft bei den RIAGGs.
<u>Beratung und Training</u> für HPD-Personal sollte angeboten werden (unklare Norm) (RIAGG).	
<i>1.3 Krisenintervention und Kurzeitaufnahmen (mittlere bis späte Demenzphase bei häuslicher Versorgung)</i>	
<u>Dementia competence</u> should be improved (GH). Consultation & training to general ward staff (geriatric services).	<u>Dementia competence</u> on general wards: great variation in provision and acceptance regarding efforts of geriatric services.
<u>DK in AKHs</u> muss verbessert werden. Konsultation, Beratung & Training für Stationspersonal durch geriatrische bzw gerontopsych. Dienste erforderlich.	<u>DK</u> auf Stationen in AKHs: große Unterschiede in der Verfügbarkeit, aber auch in der Akzeptanz von Trainingsaktivitäten.
2. Stationäre Langzeitpflege: Wohnheim- und Pflegeheimversorgung (mittlere bis späte Krankheitsphasen)	
<u>Beratung und Training</u> für Personal in Heimen erforderlich (SP, RIAGG, SPA).	<u>DK</u> : Große Unterschiede in Engagement, Bereitschaft und Erfolg seitens der Heimbetreiber (SP). Wohnheime benötigen Input aus Pflegeheimen oder vom RIAGG (unterschiedliches Angebot); Pflegeheime greifen auf eigenes Personal zurück.
<u>Fallbezogene Konsultationen</u> für komplexe psychiatrische Fälle in Heimen (RIAGG, SPA).	

13 Verwendete Abkürzungen

England

CMHT	Community Mental Health Team, ambulante psychiatrische Teams
DoH	Department of Health, Gesundheitsministerium
DSDC	Dementia Services Development Centre; zumeist universitäre Unterstützungszentren für innovative Demenzversorgung
GP	General Practitioner, Allgemeinarzt
HA	Health Authorities, Ebene in der NHS-Verwaltung unterhalb der ROs
JCMT	Joint Care Management Team, aus Gesundheits- und Sozialdienstprofessionellen zusammengesetztes Team für umfassendes Assessment und Case Management älterer Menschen
LA	Local Authorities, Kommunalverwaltungen
MHT	Mental Health Trust
NHS	National Health Service, Nationaler Gesundheitsdienst
NSF	National Service Framework, nationale Versorgungsrahmenprogramme
PCG	Primary Care Group
PCT	Primary Care Trust
RO	Regional Office, Regionale Verwaltungen des NHS
SSD	Social Service Department, Soziale Dienste

Niederlande

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, in etwa: Pflegeversicherungsgesetz
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg, Nationale Gesundheitstarifbehörde
NMA	Nederlandse Mededinging Autoriteit; niederländische Kartellbehörde
RIAGGs	Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIOs	Regionale Indicatie Organen; in etwa vergleichbar mit den Medizinischen Diensten in Deutschland
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport
ZFW	Ziektefondswet, Krankenversicherungsgesetz

Allgemein

ChEI	Cholinesterase-Inhibitoren; Antidementiva
------	---