

Was wird aus der stationären Pflege? Konzepte für eine pflegerische Versorgung im Quartier

Welche Konsequenzen hat die Pflegereform für stationäre Pflegeeinrichtungen? In diesem Beitrag werden Konzepte für eine quartiersbezogene Pflegeinfrastruktur unter Beteiligung der stationären Pflege vorgestellt. Pflegeheime sollen sich zu Quartiers- und Gesundheitszentren entwickeln, die Netzwerkpartner einer Pflegeallianz im Wohnquartier sind.

Die Pflegereform und stationäre Pflege: ein Auslaufmodell?

Die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) wurden mit dem Ziel eingeführt, die pflegerische Versorgung weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten. Schwerpunkte dieser Pflegereformen sind:

- der Ausbau von Leistungen für häuslich versorgte Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen (PSG I),
- die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie eines neuen Begutachtungsmodells (NBA), das Pflegebedürftigen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen soll, unabhängig davon, ob sie von körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen betroffen sind (PSG II),
- die Stärkung von Pflegeberatung sowie die Zusammenarbeit der Verantwortlichen in den Kommunen (PSG III).

All diese Bemühungen zielen aus Nutzerperspektive darauf ab, möglichst lange und möglichst individuell in der eigenen Häuslichkeit bleiben zu können, und folgen damit dem parteiunabhängigen sozialpolitischen Postulat „ambulant vor stationär“.

Für Unternehmen der Sozialwirtschaft bekommen damit u.a. folgende Fragen eine zentrale strategische Bedeutung:

- Wie viel stationäre Pflege wird in Zukunft noch benötigt?
- Werden Pflegeheime zu Hospizen?

- Wie können Pflegeheime „belebt“ werden?
- Welche bisher ungenutzten Potenziale haben stationäre Einrichtungen?
- Welche zusätzlichen pflegerischen Dienstleistungen könnten und sollten in das Angebotsportfolio eines Trägers aufgenommen werden?

Diese Fragestellungen beruhen der Tatsache, dass örtliche und quartiersbezogene Formen der Pflegeinfrastruktur sich aus überörtlichen und gesamtgesellschaftlichen Vorgaben ableiten und verstehen lassen. Der Wandel der Zielgruppen stationärer Einrichtungen kann als Beleg für diese Veränderungen und der damit entstehenden Transformation der stationären Altenpflege herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund könnte sich die belegbare Reduktion der Verweildauer in stationären Einrichtungen in Regionen mit einer differenzierten Ausprägung der örtlichen Altenhilfe und Wahlmöglichkeiten an Angeboten erklären lassen. Umgekehrt führt ein reduziertes Angebot zu höheren Verweildauern in der stationären Altenhilfe, zum sog. „Heimsog“ und zu einer Abkoppelung von Entwicklungen, die die örtliche Pflegeinfrastruktur auch fachlich, wirtschaftlich und ethisch hinterfragen.

Aus der Perspektive der Nutzenden entsteht damit die Zielvorgabe, aus dem örtlichen Angebot einer Versorgungskette der Altenhilfe ergänzende Wahlmöglichkeiten abzuleiten, die einerseits den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, andererseits die Lebensqualität absichert und diese idealerweise erhöht.

Das Netzwerk Soziales neu gestalten (SONG)

Das „Netzwerk: Soziales neu gestalten“ (SONG) ist ein Zusammenschluss mehrerer Akteure der Sozialwirtschaft. Zuerst als Bündnis mit einer Projektstruktur wurde 2015 ein Verein gegründet, um die Arbeit langfristig voranzutreiben. Vor dem Hintergrund, dass soziale Leistungen sich in Zukunft verstärkt wieder an den Prinzipien Subsidiarität und Solidarität sowie am Sozialraum orientieren müssen, eint die Netzwerkpartner eine Vision: die Realisierung eines neuen lokal-kooperativen Sozialmodells, das die Grenzen der Sektoren Staat, Markt, gesellschaftliche Assoziationen und informelle soziale Netze überwindet und deren spezifischen Leistungen jeweils vor Ort verknüpft. Gemeinsame Basis der Netzwerk-



Dr. Bodo de Vries
ist Stellvertretender
Vorstandsvorsitzender des
Ev. Johanneswerks und
Geschäftsführer des Alters-
Instituts. E-Mail: holger.
sieg@johanneswerk.de.



Dr. Frauke Schönberg
leitet das Alters-Institut und
das Projekt „Pflege stationär
– Weiterdenken!“ E-Mail:
frauke.schoenberg@
alters-institut.de

partner sind das Engagement für das Gemeinwohl und der Wille, die Herausforderungen und Chancen des demografischen und sozialen Wandels aktiv zu gestalten.

Das Netzwerk SONG arbeitet mit folgenden zentralen strategischen Zielen (SONG 2010, 5):

- gemeinsame Verständigung auf die Konzeption des künftigen Sozialmodells,
- Entwicklung neuer Angebots-, Organisations- und Qualifikationsstrukturen,
- sozialpolitische Einflussnahme auf die Weiterentwicklung des Sozialsystems.

Das Evangelische Johanneswerk zählte von Beginn an zu den Partnern im Netzwerk. Die im Folgenden dargestellten Aktivitäten des Evangelischen Johanneswerks können somit einerseits als ein Beitrag zur Zielerreichung des Netzwerks SONGs verstanden werden. Andererseits werden die Zielvorgaben von SONG damit durch Vorgaben ergänzt, die entstehen, wenn man die stationäre Altenpflege weiterdenkt und gleichzeitig durch die prägenden Zielvorgaben von SONG berücksichtigt.

Das Projekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“

Das Alters-Institut, eine Tochtergesellschaft des Evangelischen Johanneswerks, bearbeitet in dem Projekt „Pflege stationär – Weiterdenken!“ die Frage nach der Weiterentwicklung stationärer Pflegeeinrichtungen (Laufzeit 2016 bis 2019). Ziel des von der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts ist es, stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege so weiterzuentwickeln, dass sie im Stadtteil die Funktion sektorenübergreifender, multiprofessioneller Pflegezentren einnehmen können. Als solche dienen sie als Anlaufstelle für alte, chronische kranke und/oder hilfe- und pflegebedürftige Menschen, um Unterstützungsleistungen (z.B. Beratung, ambulante Pflege, medizinische Versorgung) zu erhalten. Dafür kooperieren die Pflegezentren mit den bereits vor Ort ansässigen Anbietern und helfen als „Koordinator“, Schnittstellenprobleme und Versorgungsbrüche zu vermeiden. Sie sollen aber auch selbst – unter Berücksichtigung bereits vorhandener Anbieter – gesundheitliche, soziale und pflegerische Angebote ergänzend erbringen. Auf diese Weise ermöglichen sie dezentral im Stadtteil eine umfassende bedarfs- und bedürfnisgerechte, abgestimmte und koordinierte Versorgung.

Folgende Kooperationspartner stehen dem Alters-Institut zur Seite: Operative Partner sind vier stationäre Pflegeeinrichtungen (Frieda-Nadig-Haus, Pflegezentrum Lohmannshof, Seniorenzentrum Baumheide – alle Bielefeld –, Johannes-Haus Herford) und deren Träger (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Ostwestfalen-Lippe, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Evangelisches Johanneswerk). Strategische Partner sind die Städte Bielefeld und Herford; Kooperationspartner für die Evaluation ist die Arbeitsgruppe 6 Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

Quartierszentrum und Pflegeallianz

Wir wählen im weiteren Vorgehen den Begriff Quartierszentrum anstelle von Pflegezentrum, da davon auszugehen ist, dass damit die Zielgruppen leichter zu erreichen sind, und in der Tat mehr als Pflege stattfinden soll.

Konzeptionelle Überlegungen

Die Entwicklung der stationären Altenhilfe kann in fünf Generationen unterschieden werden, die unterschiedlichen Leitbildern folgen (siehe Abb. 1). Die Rolle der Pflegebedürftigen („Insasse“, „Patient“, „Bewohner“) und demensprechend auch die wesentlichen Handlungsmerkmale der Versorgung („Verwahrung“, „Leben in Privatheit“) haben sich dabei immer wieder verändert. Eins eint die sehr unterschiedlichen Generationen der Pflegeheime: Das Pflegeheim ist ausschließlich auf Bewohner/innen fokussiert. Einrichtungen, die nicht „auf der grünen Wiese“, sondern in einem Wohnquartier gelegen sind, kooperieren zwar (häufig eher unsystematisch) zur „Belebung der Einrichtung“ mit Nachbarschaft und Akteuren im Quartier, sie sind jedoch nicht Teil einer gesamten wohnortnahen pflegerischen Infrastruktur.

Erst die Anforderungen an die Teilhabe alter Menschen im Wohnquartier und in stationären Einrichtungen sowie die Anforderung eines neuen Wohlfahrts-Mix machen die Entwicklung sogenannter Gemeinschaften notwendig, die im Wohnquartier wirken. Diese sorgenden Gemeinschaften sollen auch die stationären Einrichtungen einbinden oder können sogar von ihnen ausgehen.

Die Einbindung der stationären Versorgung empfiehlt sich dabei nicht zuletzt auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive, um die Ressourcen und Potenziale dieses Versorgungssektors zu nutzen. Hierzu muss die stationäre Einrichtung eine sektorenübergreifende Ausrichtung erhalten und stationäre Einrichtungen müssen zu Quartierszentren entwickelt werden, die neue, übergreifende Versorgungsangebote hervorbringen.

	1. Generation	2. Generation	3. Generation	4. Generation	5. Generation	Entwicklung- aufgabe:
Entstehung	Ca. 1940 bis 1970	Ende 60er bis 70er Jahre	80er Jahre	Ca. 2000	2012	ab 2016
Leitbilder	Verwahranstalt	Krankenhaus	Wohnheim	Familie	Appartement	Quartiers- & Gesundheitszentrum
Pflegebedürftige	Insasse	Patient	Bewohner	Bewohner	Klient	Nutzer
Wesentliches Handlungsanleitendes Merkmal der Versorgung	Insassen werden verwahrt	Patienten werden behandelt	Bewohner werden aktiviert	Erleben von Geborgenheit u. Normalität in Hausgemeinschaften	Leben in Privatheit	Die sorgende Gemeinschaft

Abb. 1: Entwicklung stationärer Pflege (vgl. Michel-Auli/Sowinski 2012)

Vom Pflegeheim zum Quartierszentrum

Der Anspruch, alle Pflege- und Hilfebedürftigen in einem Wohnquartier unabhängig vom Versorgungssetting und unter Berücksichtigung der Potenziale von (vielen) Pflegeheimen zu versorgen, kann über die Entwicklungsgrade Quartiers- und Gesundheitszentrum erfolgen. Diese beiden Entwicklungsgrade haben keine feste Reihenfolge. So werden viele Pflegeheime schon einzelne Merkmale eines Quartierszentrums oder eines Gesundheitszentrum aufweisen. Die Darstellung soll idealtypisch verstanden werden und einen ersten Hinweis geben, wie der er erhobene hohe Anspruch in operative Schritte zerlegt werden kann.

Ein Quartierszentrum bietet nicht ausschließlich stationäre Pflege, sondern weitere Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) an: (integrierte) Tagespflege, (eingestreute) Kurzzeitpflege, aber auch niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Merkmale eines Zentrums für Pflege im Quartier. Die Einrichtung bietet diese Angebote in eigener Trägerschaft an und/oder holt andere Anbieter (vom eigenen oder anderer Träger) in die Einrichtung. Mit diesen Merkmalen wandelt sich das (ehemalige) Pflegeheim zu einem Quartierszentrum und spricht ergänzende Potenziale der Zivilgesellschaft an. Quartiersbewohner/innen nutzen die Angebote und Pflegeinfrastruktur zusätzlich zu den Bewohner/innen der stationären Einrichtung.

Darüber hinaus bietet ein Quartierszentrum auch Dienstleistungen wie Angebote der offenen Seniorenarbeit (z.B. Cafés, Neigungsgruppen), aber auch vorpflegerische oder pflegergänzende Angebote wie einen Mittagstisch an. Idealtypisch sollen unterschiedliche Beratungsangebote wie Einzelfallhilfe zum Leistungsbezug und allgemeine Pflegeberatung – häufig durch andere Träger, z.B. die Kommune, erbracht – Teil des Quartierszentrums sein. Abhängig von der Größe des Wohnquartiers und den bereits vorhandenen Quartiersstandorten der anderen Akteure sollten diese ihre Aktivitäten im Quartierzentrum entfalten.

Vom Quartierszentrum zum Gesundheitszentrum

Das Quartierszentrum wird durch die strukturelle Vernetzung mit der medizinischen und rehabilitativen Versorgung zum Gesundheitszentrum. Das SGB V sieht Formen der vertraglichen Zusammenarbeit mit Ärzt/innen vor auf der Grundlage von:

- niedergelassenen Ärzt/innen (normale Versorgungsverhältnisse),
- Kooperationsverträgen oder angestellten Heilmärzt/innen (vgl. § 119b SGB V),
- integrierten Versorgungskonzepten (vgl. §§ 140a ff. SGB V),
- Vereinbarungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

Der Entwicklungsgrad „Gesundheitszentrum“ ist jedoch nicht vollständig ohne die geriatrische Rehabilitation. Diese ist als eigenes Handlungsfeld mit spezifischen Akteuren und Maßnahmen zu verstehen, u.a.:

- stationäre geriatrische Rehabilitation durch Spezialkliniken oder –abteilungen,
- ambulante geriatrische Rehabilitation durch ein therapeutisches Team,
- einzelne Reha-Maßnahmen („Reha-Sport“), erbracht durch entsprechende Therapeut/innen.

Die geriatrische rehabilitative Versorgung ist – ebenso wie die pflegerische – regional sehr unterschiedlich strukturell ausgestaltet. Entsprechend differenziert sind die Aktivitäten des Pflegeheims und des Trägers, um die Einrichtung zum Gesundheitszentrum zu entwickeln. Die dargestellten Zielvorgaben benötigen dringend eine ergänzende rechtliche Ausformulierung durch den Gesetzgeber. Auch die Nutzung der bestehenden rechtlichen Potenziale muss mit den Kostenträgern durch Erfahrungswerte hinterlegt und weiterentwickelt werden, damit pflegerische und medizinische Inhalte einerseits und hauswirtschaftliche, psychosoziale und inklusive Zielvorgaben andererseits realisiert werden können.

Aufbau einer quartiersbezogenen Pflegeallianz

Es ist davon auszugehen, dass Pflegeheime nicht die einzigen Anbieter pflegerischer Leistungen in Wohnquartieren sind. Vielmehr werden unterschiedlich gut ausgebaut „Versorgungslandschaften“ zu finden sein, in denen unterschiedliche Akteure und Träger agieren. Diese verfolgen entsprechend ihrer Angebote „solitäre Interessen“. Einzelne Akteure arbeiten punktuell und formlos zusammen. Wird pflegerische Versorgung quartiersbezogen gedacht, wird der gemeinsame Nenner aller Akteure sichtbar: die Nutzer/innen im Quartier. Hierbei wird die Nutzerorientierung der Altenhilfe zur Zielvorgabe, die ältere Menschen nicht auf die Rolle der Heimbewohner/innen oder ambulanten Hilfs- und Pflegebedürftigen reduziert, sondern Angebote (sektoren-)übergreifend direkt an die Nutzer/innen adressiert, weil deren Bedarfe und Bedürfnisse dem Angebot entsprechen. Die Radikalität und Herausforderung dieser Perspektive entsteht im konkreten Nutzungsansatz, der fachlich, wirtschaftlich und ethisch zu reflektieren ist.

Diese Nutzer-Perspektive macht ergänzend zum Quartiers- und Gesundheitszentrum die Entwicklung einer quartiersbezogenen Plattform notwendig: die quartiersbezogenen Pflegeallianz. Diese ist ein Netzwerk, in dem sich Pflege-Akteure des Wohnquartiers zusammenschließen und damit die lokalen Stakeholder in die Steuerung der öffentlichen Belange zur Bündelung des professionellen Sozialkapitals der Pflege einbinden. Dieses örtliche Pflegebündnis basiert auf einer Lenkungslogik der pflegerischen Versorgung, die die Managementslogik des „homo oeconomicus“ durch eine Governan-

celegik ergänzt und den Willen zu ergänzenden Steuerungseffekten und Zielvorgaben integriert.

Die Pflegeallianz kann wie jedes Netzwerk folgende Funktionen übernehmen (Schubert 2007; 2016):

- Interessensallianz, d.h. ein gemeinsames Interesse an einer passgenauen Pflege für alle Klient/innen, die zu einer effizienten, fachlich, wirtschaftlich und ethisch optimierten Versorgung führt;
- Information, d.h. die Optimierung des Informationsflusses und der Abstimmung der Versorgungsplanung;
- Einbindung notwendiger Akteure (z.B. die Kommune), der notwendigen ergänzenden Akteure und der verwendeten Versorgungskonzepte;
- Installierung infrastruktureller Brücken durch Koordination oder Vermittlung an andere Akteure der pflegerischen Versorgung.

Idealtypisch sollten Pflegeallianzen alle genannten Funktionen erfüllen. Jede quartiersbezogene Pflegeallianz kann und wird jedoch u.a. hinsichtlich der Anzahl der Funktionen genauso wie nach Anzahl der Netzwerker unterschiedlich sein. Aus der Perspektive der Pflegeheime, die sich zu Quartiers- und Gesundheitszentren entwickeln, gibt es nahe (etwa durch Zusammenarbeit im eigenen Haus) und entferntere Netzwerkpartner.

Die Funktionen der Pflegeallianz beziehen sich sowohl auf die Optimierung des Pflegeeinzelalls als auch auf die strukturelle Versorgung für die Nutzer/innen und Nutzergruppen im Quartier durch die Pflegeakteure. Folgender Mehrwert für Nutzer/innen und Netzwerker ist durch eine Pflegeallianz intendiert:

- Aufbau von Vertrauen unter den Netzwerkpartnern,
- Förderung des dialogischen Austauschs,
- interorganisatorische Abstimmung der Netzwerkpartner,
- Entwicklung neuer Ideen und Energien im Sozialraum,
- Partizipation und damit verbunden ein erhöhtes Engagement der Netzwerkpartner,
- Verlagerung der Verantwortung für pflegerische Versorgung ins Wohnquartier,
- Steuerung der pflegerischen Versorgung im pluralistischen Modus.

Pflegeallianzen lassen sich nicht verordnen, sie können nur initiiert und gepflegt werden. Nach Howald und Ellerkmann (2007) lassen sich folgende Phasen der Netzwerkbildung unterscheiden: 1. Idee/Anstoß, 2. Aufbau, 3. Konstituierung, 4. Arbeitsphase, 5. Controlling, Evaluation, 6. Metamorphosen, 7. Abschluss. Unserer Auffassung nach sollten Pflegeallianzen formalisierte Netzwerke sein, die auf der Grundlage gemein-

samer Ziele und Qualitätsvereinbarungen arbeiten. Eine Geschäftsordnung sollte u.a. gemeinsame Settings (Gremien, Arbeitsgruppen etc.) und weitere „Kulturmerkmale“ der Pflegeallianz beschreiben und festlegen.

Auch wenn die Frage bis heute nicht beantwortet scheint, ob sich Netzwerke steuern lassen (Bauer 2005) könnte eine Möglichkeit sein, ein das Netzwerk geschäftsführendes Gremium zu gründen, das aus jeweils einem/einer Vertreter/in der Wohlfahrtspflege, der Kommune und des bürgerschaftlichem Engagements besteht und das von allen Netzwerkpartnern gewählt wird.

Fazit

Mit den Pflegereformen wird die Entwicklung der stationären Altenpflege zunehmend auf palliative Tätigkeitsmerkmale fokussiert und tendenziell die Entstehung von „Altenkrankenhäusern“ in der stationären Altenhilfe gefördert. Vor diesem Hintergrund ist zu fragen, welche ergänzenden Beiträge und Versorgungswirkungen (einige) Altenpflegeeinrichtungen für das Wohnquartier entfalten können.

Der vorliegende Ansatz versucht Merkmale des konzeptionellen Ansatzes des amerikanischen Community Healthcare Centers auf zu entwickelnde Quartiers- und Gesundheitszentren zu übertragen und mit der stationären Arbeit zu verknüpfen, so wie von den Pflege- und Gesundheitswissenschaften gefordert (Schaeffer/Hämel/Ewers 2015; Sachverständigenrat 2014). Pflegeheime sollen sich zu Quartiers- und Gesundheitszentren entwickeln, die Netzwerkpartner einer Pflegeallianz im Wohnquartier sind. Eine solche Verknüpfung berücksichtigt auch Zielvorgaben der in Deutschland entstandenen Quartiersversorgung, die ursprünglich im ambulanten Sektor verortet war und ergänzende zivilgesellschaftliche Potenziale aktivieren will (Evangelisches Johanneswerk 2011).

Eine solche Pflegeallianz mit einem starken Quartierzentrum zielt darauf ab, die örtliche Altenhilfe zu optimieren, indem alle Akteure der Altenhilfe strategisch und fallbezogen förderliche Potenziale für die pflegebedürftigen Nutzer/innen des Wohnquartiers entwickeln.

Jede Pflegeallianz benötigt eine eigene Orientierung für die Moderation, die Kultur, die Netzwerkrollen der Akteure, die eine eigene Geschichte und Zielformulierung entwickeln, um Wirkung und Nachhaltigkeit zu entfalten. Im letztgenannten Gedanken liegen jedoch auch die eigentlichen Fragestellungen der hier vorgestellten Idee: Wer vergibt den erweiterten Auftrag (und die notwendigen Ressourcen) an die Pflegeheime, sich weiterzuentwickeln? Wer vergibt und wer erhält den Auftrag (und die Ressourcen), Pflegeallianzen aufzubauen? Und nicht zuletzt: Wie muss ein lokaler Prozess gestaltet werden, an dem viele Akteure beteiligt werden sollen, der aber keine zeitliche Befris-

tung haben soll, der einerseits „ergebnisoffen“ sein soll (weil keine Standardisierung möglich) ist und andererseits Pflegeallianzen und Gesundheitszentren zum Ergebnis haben soll?

Die Autor/innen gehen davon aus, Erfahrungen und Erkenntnisse in dem bis 2019 laufenden Projekt zu gewinnen, die für eine konkrete Weiterentwicklung dieser Ideen dienlich sind und damit der stationären Altenpflege eine quartiersorientierte Funktion geben, die jenseits von Altenkrankenhäusern und Sterbeort liegt.

Literatur

- Bauer, P. (2005): Institutionelle Netzwerke steuern und managen. Einführende Überlegungen, in: Bauer, P./Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Bd. 2, Tübingen.
- Evangelisches Johanneswerk (Hrsg.) (2011): Quartiersnah. Die Zukunft der Altenhilfe, Hannover.
- Howaldt, J./Ellerkmann, F. (2007): Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen, in: Becker, T. u.a. (Hrsg.): Netzwerkmanagement, Heidelberg, S. 35–48.
- Michell-Auli, P./Sowinski, C. (2012): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Ansätze zur Neuausrichtung von Alten- und Pflegeheimen, Köln.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, München.
- Schaeffer, D./Hämel, K./Ewers, M. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim.
- Schubert, H. (Hrsg.) (2007): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen im Sozialraum – Grundlagen und Praxisbeispiele, Wiesbaden.
- Schubert, H. (2016): Sozialräumliche Netzwerke in der Praxis, in: SW Sozialwirtschaft, Jg. 26, Heft 3, S. 10–13.
- Soziales Neu gestalten (SONG) (2010): Leitlinien des Netzwerks: SONG II – Neue Wege im demografischen und sozialen Wandel, Unterankenreute, http://www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/SONG_II_NB_Druck.pdf (29. Mai 2017).