

Koordination und Vernetzung durch Pflegestützpunkte

am Beispiel des Landkreises Marburg-Biedenkopf

Justus-Liebig-Universität Gießen

FB 09: Institut für Wirtschaftslehre des Haushalts und Verbraucherforschung

Professur für Vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik

Masterthesis im Modul MK 35 „Soziale Dienste“

Betreuerin: Dr. Diana Auth

Verfasserin: Kerstin Gärtner

Gießen, den 12.12.2014

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch in keinem anderen Studiengang als Prüfungsleistung verwendet.

Gießen, den 12.12.2014

Hinweis auf geschlechtsneutrale Formulierung

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit, wird in dieser Masterthesis auf die geschlechtsspezifische Differenzierung (z.B. Klient/in) verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten jedoch im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	5
2 Pflegestützpunkte und ihre Arbeit.....	5
2.1 Gesetzliche Grundlage und Definition	5
2.2 Die Aufgaben der Pflegestützpunkte	8
3 Netzwerkarbeit im Bereich der Pflege.....	12
3.1 Definition von Netzwerken.....	12
3.2 Merkmale funktionsfähiger Netzwerke.....	13
3.3 Netzwerkmanagement	17
3.4 Vernetzung durch Pflegestützpunkte.....	21
4 Der Landkreis Marburg-Biedenkopf	28
4.1 Situation im Landkreis	28
4.2 Der Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf	30
4.3 Die Netzwerkarbeit des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf.....	32
5 Methode	36
5.1 Art der Erhebung.....	36
5.2 Aufbau des Fragebogens	38
5.3 Vorgehen bei der Datenerhebung	39
5.4 Statistische Datenanalyse	41
6 Ergebnisse	43
7 Diskussion.....	56
8 Schlussbetrachtung.....	67
Literaturverzeichnis	70

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

PSP	Pflegestützpunkt(e)
SGB	Sozialgesetzbuch
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Pflegebedürftige 2011 nach Versorgungsart	2
Abb. 2: Koordination durch Pflegestützpunkte	11
Abb. 3: Die ambivalente Funktion der Netzwerkteilnehmer.....	16
Abb. 4: Die Städte und Gemeinden des Landkreises Marburg-Biedenkopf.....	28
Abb. 5: Die fünf Netzwerkregionen	34
Abb. 6: Verteilung der Arbeitsbereiche	43
Abb. 7: Regelmäßigkeit der Teilnahme.....	44
Abb. 8: Wichtige Aspekte bei Kooperationen.....	45
Abb. 9: Wichtigste Kooperationen.....	47

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Interpretation der Zusammenhangskoeffizienten Phi und Cramers V	43
Tab. 2: Bewertung der Ergebnisse	48
Tab. 3: Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der regelmäßigen Teilnahme, der Erkenntniseinbringung und der Bewertung der Netzwerktreffen	49
Tab. 4: Zusammenhang zwischen der Bewertung und der Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Netzwerktreffen	54
Tab. 5: Zusammenhang zwischen Arbeitsbereich und Beziehungsveränderung	55
Tab. 6: Zusammenhang zwischen der Ebene des Netzteilnehmers und der Erkenntniseinbringung.....	56

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Als Folge des demografischen Wandels ist eine zunehmende Alterung der Gesellschaft in Deutschland erkennbar. Dafür verantwortlich sind zwei Trends, nämlich die steigende Lebenserwartung und die niedrige Geburtenrate. Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird zwischen 2008 und 2060 die Zahl der über 65-Jährigen und Älteren um rund 5 Millionen ansteigen, nämlich von 16,8 Millionen auf rund 22 Millionen. 2008 machte der Anteil der 65-Jährigen und Älteren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung 20 Prozent aus. Aufgrund der steigenden Zahl älterer und sinkenden Zahl jüngerer Menschen wird dieser bis 2060 auf 34 Prozent ansteigen (vgl. Hillewaere/Moons/Steemann et al. 2000, S. 195; Schröder 2009, S. 16; Statistisches Bundesamt 2009, online).

Diese Bevölkerungsentwicklung ist vor allem insofern problematisch, als dass ältere Menschen häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Ursache dafür sind zum Beispiel die steigende Morbiditätsrate, das erhöhte Risiko von Multimorbidität, dementiellen und chronisch-degenerativen Erkrankungen und auch psychische Erkrankungen treten bei älteren Personen vergleichsweise häufig auf. Durch die stärkere Nutzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen hat dies wiederum Auswirkungen auf die Finanzierung im Gesundheits- und Pflegesystem (vgl. Hillewaere/Moons/Steemann et al. 2000, S. 195; Naegele 1999, S. 25; Reindl/Kreuz 2007, S. 9; SONG 2006, online).

Die Zahl Pflegebedürftiger lässt sich anhand der Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ablesen. Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren 1999 rund 2,02 Millionen Menschen pflegebedürftig, 2011 schon rund 2,5 Millionen. Die Tendenz ist also steigend. Zu dieser Zahl der Pflegebedürftigen nach der Pflegeversicherung kommen jedoch noch die Personen, die keine Leistungen beantragt haben, obwohl sie eigentlich einen Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen haben (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 11; Statistisches Bundesamt, 2013).

Die sogenannten Hochaltrigen, also die über 80-Jährigen, sind besonders häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen, da mit zunehmendem Alter auch das Risiko für Pflegebedürftigkeit ansteigt. Während im Jahr 2011 in der Altersgruppe der 70-75-Jährigen der Anteil der Pflegebedürftigen nur 4,8 % betrug, waren es bei den 80-85-Jährigen bereits 20,5 % und bei den 90-Jährigen und Älteren waren sogar 65,2 % pflegebedürftig. Da im Zuge der demografischen Veränderungen gerade die Zahl der Hochaltrigen zunehmen wird, ist davon auszugehen, dass allein aufgrund dessen die Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen wird (vgl. Schröder 2009, S. 16; Statistisches Bundesamt, 2013).

Abb. 1: Pflegebedürftige 2011 nach Versorgungsart



Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2013

In Abbildung 1 ist zu erkennen, dass nach wie vor die meisten Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung versorgt werden, nämlich 1,76 Mio. von insgesamt 2,5 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2011. Das entspricht einem Anteil von 70 %. Lediglich 743.000 Personen sind in Pflegeheimen untergebracht. In rund 67 % der Fälle wurden die Personen in häuslicher Pflege ausschließlich von Angehörigen und Nachbarn versorgt. In rund 33 % der Fälle wurden diese zumindest von ambulanten Pflegediensten unterstützt (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, online).

Die häusliche Versorgung im Alter ist also nach wie vor die am häufigsten vorkommende und auch von den meisten bevorzugte Variante der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Das Verbleiben in den eigenen vier Wänden ist auch im Alter und bei Hilfe- und Pflegebedarf möglich, allerdings bedarf es dafür in aller Regel Unterstützung. Diese wurde bisher meist von Familienangehörigen übernommen. Im Zuge des demografischen Wandels findet jedoch sozusagen eine Scherenentwicklung zwischen der steigenden Anzahl älterer und der sinkenden Anzahl jüngerer Menschen statt. Diese Entwicklung verstärkt das Versorgungsproblem, da neben der ansteigenden Zahl Pflegebedürftiger, die Zahl potenzieller Helfer abnimmt. Dazu kommen verschiedene soziale Veränderungen, welche zusätzlich dazu beitragen, dass das Pflegepotenzial (durch Angehörige) tendenziell abnimmt. Dazu zählt die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen. In der Vergangenheit haben häufig die (Schwieger-)Töchter die häusliche Pflege von Angehörigen übernommen. Die ausschließliche Pflege durch weibliche Familienangehörige wird in Zukunft tendenziell abnehmen. Immer mehr ältere Personen leben zudem in Ein-Generationen-Haushalten. In vielen Fällen besteht sogar eine große räumliche Distanz zwischen den Wohnorten der Generationen, welche die Pflege durch Familienangehörige unmöglich macht. Die steigende Mobilität der jüngeren Generation, zum Beispiel aus beruflichen Gründen, ist also ein weiterer Grund für das Versorgungsproblem. Zudem steigt im Zuge des sozialen Wandels die Anzahl an Alleinstehenden älteren Personen, die von vornherein nicht mit familiärer Unterstützung im Pflegefall rechnen kön-

nen, da sie unverheiratet und kinderlos sind. Jedoch selbst wenn die Möglichkeit der Pflege durch Angehörige besteht, werden immer häufiger (zusätzlich) professionelle Leistungen in Anspruch genommen, da auch die Bereitschaft zur Pflege von Angehörigen tendenziell sinkt (vgl. Klie 2009, S. 53; Reindl/Kreuz 2007, S. 9 ff.; Schröder 2009, S. 16; SONG 2006, online; Zeman 2005, S. 315).

Es ist also festzustellen, dass der demografische und soziale Wandel mit einem erheblichen Wandel der Lebensformen und der Familienstrukturen einhergeht. Dies wiederum beeinflusst die familiären Leistungen für die Gesellschaft erheblich. Das ist insofern problematisch, als dass Familien unentgeltlich wichtige soziale Dienste (z.B. Pflege, Betreuung, Fürsorge) erbringen, ohne die die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen weder möglich, noch finanzierbar wäre. Auch wenn nicht damit zu rechnen ist, dass die private Pflege komplett wegfallen wird, so ist doch davon auszugehen, dass sie zukünftig nicht mehr in dem Maße von Familienangehörigen übernommen werden kann, wie das bisher der Fall war (vgl. SONG 2006, online; Strohmeier/Neu 2011, S. 155).

Um die Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Personen auch weiterhin zu sichern bedarf es also einiger Systemanpassungen. Dabei steht vor allem die Frage im Vordergrund, wie die Versorgung gestaltet werden muss, damit sie weiterhin im Sinne der Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen gedeckt werden kann, aber auch finanzierbar bleibt. Die meisten Menschen wollen auch im Alter so lange wie möglich im eigenen Zuhause bleiben. Aufgrund des Personalnotstandes im Bereich der Pflege und wegen der finanziellen Probleme im Sozial- und Gesundheitssystem (die Versicherungsleistungen für die stationäre Versorgung sind nämlich wesentlich höher veranschlagt als für die ambulante Pflege) wäre es auch nicht möglich, alle alten Menschen in entsprechenden Pflegeeinrichtungen unterzubringen. Daher wurde gesetzlich der Grundsatz „ambulant vor stationär“ festgeschrieben. Es soll ein Leistungssystem aufgebaut werden, das ein möglichst langes Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht (vgl. Blüher/Stosberg 2005, S. 336; Hillewaere/Moons/Steemann et al. 2000, S. 196; Schröder 2009, S. 15 f.; Stiftung Warentest 2006, S. 30; Zeman 2005, S. 315).

Aufgrund der beschriebenen demografischen und sozialen Entwicklung ist es jedoch nicht mehr möglich den Hilfe- und Pflegebedarf alleine durch private Unterstützungsleistungen zu sichern. Auch die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ausschließlich mit professionellen Angeboten ist weder möglich noch erstrebenswert. Der erhebliche Hilfe- und Pflegebedarf soll daher zukünftig durch eine geteilte Verantwortung in Form eines Hilfemix bewältigt werden, der sich aus Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern und professionellen Dienstleistungen zusammensetzt. In der Regel bildet auch dabei nach wie vor das soziale Netzwerk aus Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden die Basis für die ambulante Versorgung (vgl. Heusinger/Klünder 2005, S. 374 ff.; SONG 2006, online).

Trotzdem ist in vielen Fällen Unterstützung notwendig, um die Versorgung der Betroffenen optimal zu regeln. Der Grund dafür ist vor allem, dass im Zuge des gestiegenen Bedarfs eine starke Angebotszunahme sozialer Dienste, die Ausdifferenzierung des Angebots und Pluralisierung der Anbieter stattgefunden hat. Diese Vielzahl an Leistungen des Sozial-, Gesundheits- und Pflegesystems sind jedoch meist unverbunden, das heißt sie ergänzen sich nicht gegenseitig, sondern agieren nebeneinander oder beeinträchtigen sich sogar gegenseitig. Gerade für die Zielgruppe der Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen stellt es ein großes Problem dar, sich in diesem System zurechtzufinden und die passenden Hilfeleistungen auszuwählen. Die Tatsache, dass die Hilfeleistungen in Deutschland in verschiedenen Sozialgesetzbüchern (SGB) geregelt sind, verstärkt das Problem zusätzlich. Aus diesem Grund sind nämlich die Zuständigkeiten für die einzelnen Leistungen verteilt. Dies erschwert die bedarfsgerechte Inanspruchnahme zum richtigen Zeitpunkt zusätzlich, beispielsweise weil somit auch die Beratungsangebote und -verpflichtungen stark gestreut sind (Kassen, Sozialhilfeträger, Leistungsanbieter usw.). Durch die Beteiligung von vielen Akteuren bei der Versorgung von Hilfe- und Pflegebedürftigen mit komplexen Fällen können also Probleme an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Systemen, Leistungen und Akteuren auftreten. Ein Beispiel dafür ist der sogenannte Drehtüreffekt bei der Entlassung aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung. Bei älteren Menschen treten dabei häufig Probleme auf, wenn sie danach keine, für ihren Fall passende Unterstützung, erhalten (z.B. durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen, den Hausarzt oder einen Pflegedienst). Dies führt zum Teil dazu, dass ein weiterer Krankenhausaufenthalt oder sogar der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig wird (vgl. Hedtke-Becker/Hoevels 2005, S. 430; Lang 2009, S. 185; van Santen/Seckinger 2005, S. 203).

Um die Betroffenen und deren Angehörige dabei zu unterstützen sich in diesem unübersichtlichen System zurechtzufinden ist es zum einen wichtig, dass sie bei der Auswahl der Leistungen unterstützt werden (z.B. durch Beratung). Es ist zum anderen aber auch von großer Bedeutung, die Zusammenarbeit aller Akteure zu fördern und die einzelnen Leistungen miteinander zu verbinden und somit Schnittstellenprobleme abzubauen. Im System der Altenhilfe mangelt es nämlich meist an Kooperation der Akteure sowie an Abstimmung und Vernetzung der Angebote und Leistungen (vgl. Weber 2005, S.130).

Die Pflegestützpunkte (PSP) versuchen diese Schnittstellenprobleme auf der Systemebene durch Vernetzungsarbeit in Form des sogenannten Care Managements entgegenzuwirken. Ziel ist „(...) die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und –übergreifenden Netzwerken, auf die dann im Einzelfall zurückgegriffen werden kann“ (vgl. Klie 2011, S. 500). Damit soll letztlich die systemübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit im Bereich der Pflege gefördert werden, als Voraussetzung für die optimale

Versorgung der Pflegebedürftigen (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 52; Klie 2011, S. 500; Trilling 2009, S. 28).

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Vor diesem Hintergrund soll nun im Rahmen der vorliegenden Masterthesis die Koordinations- und Vernetzungsarbeit der PSP genauer betrachtet werden. Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, warum die Vernetzung durch PSP so relevant ist und wie sie dazu beitragen kann die Versorgung der Betroffenen zu verbessern. Dafür werden die problematischen Schnittstellen bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen näher betrachtet und geschaut, wie man diese im Zuge der Netzwerkarbeit überwinden kann. Zudem soll zusammengetragen werden, welche Hindernisse dem Aufbau von Netzwerken entgegenstehen und welche Aspekte wiederum zum Gelingen von verbindlichen Netzwerken beitragen können. Letztlich sollen anhand dieser Betrachtungen, unter Einbeziehung von Erkenntnissen aus dem PSP des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Aussagen darüber generiert werden, wie die Koordinations- und Vernetzungsarbeit der PSP aussehen sollte, um die Versorgung der Betroffenen zu verbessern.

Dafür werden im Folgenden zunächst die theoretischen Grundlagen zu der Arbeit der PSP dargestellt. Es soll verdeutlicht werden, worum es sich bei den PSP handelt, auf welcher gesetzlichen Grundlage sie eingeführt wurden und arbeiten und worin die konkreten Aufgaben der PSP bestehen. Danach wird die Thematik Netzwerke und Netzwerkarbeit näher betrachtet, wobei der Schwerpunkt auf dem Bereich Altenhilfe und der Vernetzung durch die PSP liegt. Im darauffolgenden Kapitel werden der Landkreis Marburg-Biedenkopf und sein PSP vorgestellt. Anhand dieses Beispiels soll gezeigt werden, wie die Koordination und Vernetzung durch PSP gestaltet werden kann. Zur Untersuchung der Netzwerkarbeit des PSP Marburg-Biedenkopf und deren Wirkung wurde eine quantitative Befragung durchgeführt. Diese wird zunächst im Methodenteil näher beschrieben. Danach folgen die Darstellung der Ergebnisse des empirischen Teils und deren Diskussion. Zuletzt sollen die gewonnenen Erkenntnisse noch einmal reflektiert und abschließend betrachtet werden.

2 Pflegestützpunkte und ihre Arbeit

2.1 Gesetzliche Grundlage und Definition

Wie bereits beschrieben wurde, besteht in Deutschland das Problem, dass es eine Vielzahl von Leistungen im Bereich der Pflege gibt, die weitgehend unverbunden koexistieren. Wenn Hilfeleistungen benötigt werden, werden betroffene Personen und ihre Angehörigen mit einer

Vielzahl von Ansprechpartnern und Leistungsanbietern konfrontiert, was letztlich oft die weitgehend wahrlose und unkoordinierte Leistungsanspruchnahme zur Folge hat. Dies führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung (z.B. frühzeitiger Umzug ins Pflegeheim bei Unterversorgung) und damit zu hohen Kosten für die Pflege- und Krankenkassen sowie zu einer nicht optimalen Versorgung der Betroffenen (vgl. KDA 2010, S. 29).

Um den Problemen die aus den demografischen und sozialen Veränderungen resultieren entgegenzutreten, trat am 1.7.2008 das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) in Kraft. Es soll letztlich durch die Förderung der häuslichen Pflege dazu beitragen, dass auch zukünftig die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Personen sichergestellt wird. Die häusliche Versorgung kann nämlich in Zukunft nur durch die ineinandergreifende Zusammenarbeit verschiedener privater, staatlicher, bürgerschaftlicher und professioneller Akteure gewährleistet werden. Das PfWG soll dabei helfen die Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sicherzustellen. Zudem soll es der Weiterentwicklung der Hilfeleistungen dienen und die systematische Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsangebote auf regionaler Ebene fördern. Die Pflege- und Betreuungsangebote sollen also möglichst gut aufeinander abgestimmt werden, sodass eine entsprechende Infrastruktur entsteht, die sich an den Bedarfen vor Ort orientiert. Das PfWG bildet also die gesetzliche Grundlage für die Neuerungen im Versorgungssystem von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Dabei spielen vor allem zwei Punkte eine besondere Rolle. Zum einen haben Pflegebedürftige nach dem SGB XI nun einen Rechtsanspruch auf individuelle Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI. Zum anderen wurde der Auf- und Ausbau der sogenannten Pflegestützpunkte gemäß § 92c SGB XI bestimmt, in denen unter anderem die Pflegeberatung stattfinden soll (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 14; Klie 2009, S. 52; Schröder 2009, S. 17 f.; Simon 2010, S. 337).

Gemäß § 92c SGB XI sind Pflegestützpunkte Institutionen zur „wohnnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten“. Sie haben den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung folgender Leistungen:

1. Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten sowie zur Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und Hilfsangeboten
2. Koordination aller pflegerischen, medizinischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote, die für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommen einschließlich der Hilfestellung bei der Leistungsanspruchnahme
3. „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“ (§ 92c SGB XI)

Das Pfwg stellte also die Weichen für den Aufbau von Pflegestützpunkten, welche wohnortnahe Anlaufstellen für Betroffene und ihre Angehörigen darstellen, die eine neutrale und bedarfsgerechte Beratung anbieten sowie für die Entwicklung von wichtigen Strukturen und praktischer Vernetzung sorgen. Das Ziel der PSP ist, die verschiedenen Beratungs- und Koordinationsleistungen, die vorher von verschiedenen unabhängigen Stellen übernommen wurden, nun unter einem Dach zu bündeln. Dadurch soll erreicht werden, dass alle Beteiligten zusammenarbeiten und die einzelnen Leistungen aufeinander abgestimmt werden, so dass die Klienten nur eine (möglichst wohnortnahe) Stelle aufsuchen müssen. Dies erleichtert gerade Hilfe- und Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen oft den Zugang zu den notwendigen Unterstützungsleistungen. Zu diesem Zweck regelt das Pfwg außerdem, dass die PSP wohnortsnah und allgemein gut erreichbar sein müssen (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 116; Schröder 2009, S. 22; Trilling 2009, S. 28).

Die Entscheidungsgewalt darüber, ob und in welchem Umfang Pflegestützpunkte eingerichtet werden, liegt nach § 92c SGB XI bei der jeweilig zuständigen obersten Landesbehörde (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 11 ff.; Simon 2010, S. 337).

Die Trägerschaft für die PSP sowie deren Finanzierung bekamen, als wichtigste Kostenträger von öffentlichen Hilfe- und Pflegeleistungen, die Kranken- und Pflegekassen und die Kommunen (für die Sozial- und Altenhilfe zuständige Landesstellen) überwiesen (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 117 f.; Müller/Hämel 2011, S. 24).

Für den Aufbau der PSP sind per Gesetz die Kranken- und Pflegekassen zuständig. Die Bundesländer konnten also die Pflegekassen verpflichten PSP einzurichten. In den meisten Fällen wurde es aber auch hierbei so gehandhabt, dass die Kassen und die kommunalen Träger diese Aufgabe im Rahmen von Vereinbarungen gemeinsam übernahmen. Insgesamt bestand das Ziel jedoch darin, so viele verschiedene Leistungs- und Kostenträger wie möglich einzubeziehen, um die Leistungen möglichst umfassend zu gestalten. Dafür können die PSP umfassende Verträge der integrierten Versorgung mit den beteiligten Kostenträgern und Leistungserbringern wie Ärzten, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe und des Behindertenwesens schließen (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 15; KDA 2010, S. 25; Schröder 2009, S. 22; Simon 2010, S. 337).

Der mit dem Pfwg eingeführte Rechtsanspruch auf umfassende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI gilt für alle Versicherten der Pflegeversicherung, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Für die Bereitstellung der Pflegeberatung sind die Pflegekassen verantwortlich, entweder durch eigenes, dafür qualifiziertes Personal oder durch externe Leistungsanbieter. Die Pflegeberatung ist (wenn vorhanden) in den PSP angesiedelt. Eine besonders wichtige Vorgabe im Gesetz ist die Neutralität und Trägerunabhängigkeit des Beratungsangebotes in PSP. Dies ist nicht immer einfach, da die möglichen Träger der PSP, also Pflegekassen,

Pflegeeinrichtungen und Kommunen, als Erbringer von Leistungen der Pflege immer spezifische Eigeninteressen haben. Deshalb ist es notwendig, in den Verträgen zur Einrichtung der PSP die Kooperationsverhältnisse so festzusetzen, dass nicht die Interessen eines einzelnen Akteurs die Arbeit dominieren. Vielmehr sollten die Interessen der Klienten im Vordergrund stehen (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 11; Gerlinger/Röber 2009, S. 114 ff.; Schröder 2009, S. 22; Simon 2010, S. 337).

Durch das PFWG wird außerdem gesetzlich geregelt, dass sich die PSP bei ihrer Arbeit mit bereits vorhandenen Beratungsangeboten vernetzen, zum Beispiel durch die Einbeziehung der kommunalen Altenhilfe, von Pflegeeinrichtungen oder privaten Kranken- und Pflegekassen. Dies ist von Bedeutung, damit alle hilfe- und pflegebedürftigen Personen Zugang zu den Beratungsstellen erhalten. Aufgrund der Freiwilligkeit bei der Einführung ist nämlich kein flächendeckender Zugang zu den PSP vorhanden. Durch die Vernetzung mit anderen Beratungsangeboten kann dieser jedoch weitgehend gesichert werden (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 118; Trilling 2009, S. 27).

Laut dem PFWG haben die PSP neben der individuellen Beratung auch die Aufgabe, die in Betracht kommenden regionalen Betreuungs- und Versorgungsangebote zu koordinieren. Zudem sind sie für die „(...) Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote (...)“ (Lang 2009, S. 188) zuständig. Die Vernetzungsarbeit der PSP soll jedoch keine zusätzliche Funktion im bereits bestehenden System darstellen. Vielmehr soll durch die Integration bereits bestehender Angebote und Netzwerkstrukturen eine gemeinsame lokale Arbeitsweise geschaffen werden. Angestrebt wird eine gewisse Selbstverpflichtung dieser bereits vorhandenen lokalen Akteure als Teil des vernetzten, regionalen Versorgungssystems (vgl. Kap. 2.2 und Kap. 3.4) (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 21; Lang 2009, S. 188).

2.2 Die Aufgaben der Pflegestützpunkte

Gemäß § 92c SGB XI haben Pflegestützpunkte zweierlei Aufgaben. Sie stellen zum einen einzelfallbezogene Leistungen in Form individueller Information und Beratung bereit. Wenn nötig führen sie auch ein sogenanntes Case Management durch, das heißt Hilfe bei der Koordination und Inanspruchnahme aller Versorgungs- und Betreuungsleistungen im Einzelfall. Zum anderen übernehmen sie aber auch das sogenannten Care Managements, das der Vernetzung der pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsleistungen dient und somit die über die Einzelfallebene hinausgeht. Es unterstützt die Steuerung und Gestaltung der lokalen und regionalen Versorgungsstruktur. Auf diese einzelfallbezogenen und einzelfallübergreifenden Aufgaben der PSP soll im Folgenden näher eingegangen werden (vgl. Simon 2010, S. 337; Trilling 2009, S. 26 f.).

Die *einzelfallbezogenen Aufgaben* der PSP sind von großer Bedeutung, da die Suche von passenden Hilfemöglichkeiten und die Koordination der Versorgungsleistungen oft ein großes Problem für die Betroffenen und ihre Angehörigen darstellen. Gründe dafür sind die hohe Anbieterdichte und –vielfalt im Gesundheits- und Sozialwesen sowie die Tatsache, dass viele Personen bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit zum ersten Mal mit der Thematik konfrontiert werden. In Deutschland sind zwar für alle Fragen und Probleme älterer Menschen Anbieter vorhanden, die ihnen die erforderliche Lösung bieten. Allerdings treten die Probleme meist nicht isoliert auf, sondern in komplexen Konstellationen, wodurch ein Unterstützungsbedarf in vielen verschiedenen Bereichen entsteht (z.B. Betreuung, Hilfsmittel, Information und Beratung, soziale Netzwerke, Wohnraumanpassung, Rehabilitation, Demenz). Daher ist die Suche nach den passenden Anbietern und deren Kombination oft mit einem hohen Aufwand und Zuständigkeitsproblemen verbunden. Das führt häufig dazu, dass die erst besten Angebote ausgewählt werden, auch wenn bessere Hilfemöglichkeiten zur Verfügung stehen (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 111 f.; Trilling 2009, S. 22; Zeman 2007, S. 3).

Wenn eine Person pflegebedürftig wird, entsteht bei ihr und ihren Angehörigen ein großer Informations- und Orientierungsbedarf, zum Beispiel zu Art und Umfang von Leistungsansprüchen, zur Organisation der Hilfeleistungen, zur Verfügbarkeit von Pflegeeinrichtungen und Überprüfung der Eignung für die eigene Situation, zur Antragsstellung für Pflege- und Unterstützungsleistungen bei verschiedenen Institutionen (z.B. bei Kranken- und Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger) oder zu Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit auf den Lebensalltag. Für die meisten Betroffenen und ihre Angehörigen ist daher eine persönliche Beratung sehr wichtig, um mit der neuen Situation gut klarzukommen, da ihnen schriftliche Informationen beispielsweise über Wahlmöglichkeiten zwischen Geld-, Sach- oder Kombinationsleistungen nicht ausreichen. Diese sind für Laien oft nicht gut verständlich. Aus diesem Grund stellt die Einführung der PSP als Anlaufstellen, die eine Gesamtsicht auf die Problemkonstellationen haben und auch die gesamte Verantwortung für die Problembewältigung übernehmen (Unterstützung bei der Ermittlung des Bedarfs, der Gestaltung des Versorgungsarrangements und der Inanspruchnahme), eine große Erleichterung für viele Betroffene dar (vgl. Gerlinger/Röber 2009, S. 111 f.; Schröder 2009, S. 18; Trilling 2009, S. 22).

Wenn Rat- und Hilfesuchende Kontakt mit dem PSP aufnehmen, erfolgt zunächst ein Sondierungsgespräch, bei dem festgestellt werden soll, welcher Leistungskomplex (Einzelinformation, Beratung oder Fallklärung und –steuerung) im vorliegenden Einzelfall notwendig ist beziehungsweise ob Leistungskomplexe kombiniert werden. Im Anschluss folgt die notwendige Leistung (vgl. KDA 2010, S. 43).

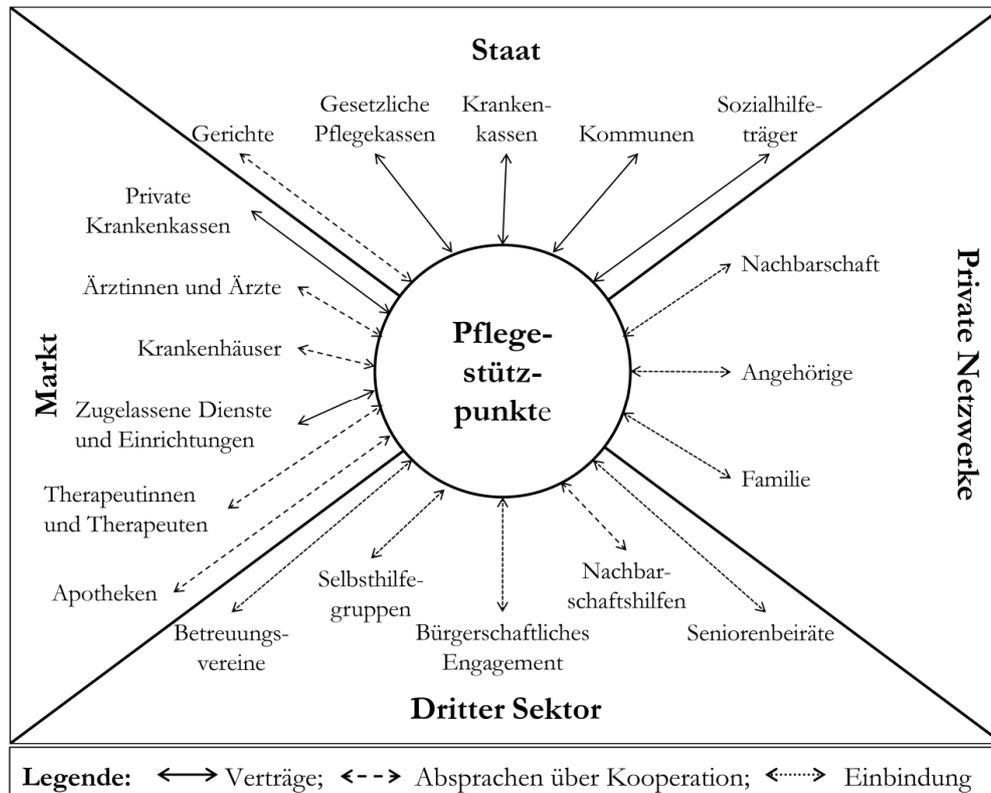
Im einfachsten Fall kann den Rat- und Hilfesuchenden schon durch die einzelnen Informationen geholfen werden (z.B. Weitergabe von Adressen). Wenn der Unterstützungsbedarf

jedoch über die reine Information hinausgeht, muss der Hilfebedarf zunächst einmal systematisch erfasst und analysiert werden. Dabei wird das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK-Gutachten) berücksichtigt, das Auskunft über den konkreten Hilfe- und Pflegebedarf gibt. So wird der erforderliche Beratungsbedarf ermittelt. In vielen Fällen ist die einzelfallbezogene Beratung ausreichend, da die regionalen Dienstleistungen nicht gesteuert werden müssen. Es handelt sich meist um wenig komplexe Fälle, in denen nicht mehrere Dienstleistungen koordiniert werden müssen. Es müssen in der Regel lediglich einfache Unterstützungsleistungen erbracht werden, wie die Beantwortung sozialrechtlicher und pflegfachlicher Fragen, die Vermittlung von jeglichen Hilfsangeboten oder Hilfe beim Stellen von Anträgen. Wird in der ausführlichen Fallklärung jedoch festgestellt, dass eine komplexe Hilfesituation vorliegt, viele Dienstleistungen am Einzelfall beteiligt sind oder dass die Hilfesuchenden und deren soziales Umfeld nicht in der Lage sind, die entsprechenden Leistungen eigenständig ausfindig zu machen, zu initiieren und zu koordinieren, wird Pflegeberatung im Sinne des Case Managements notwendig. Dieses ist ebenfalls in § 7a SGB XI umschrieben und zwar als Leistung, bei der neben der Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs auch die Koordination der Dienste stattfindet. Dafür wird gemeinsam mit den Klienten ein individueller Versorgungsplan erstellen, welcher alle erforderlichen Maßnahmen und zu erreichenden Ziele enthält. Dabei soll der Klient so stark wie möglich einbezogen werden. Er bekommt die Möglichkeit, unterstützt aber selbstbestimmt, aus mehreren Handlungsalternativen die für ihn richtigen Schritte zu wählen. Dieses Vorgehen dient der Förderung des Klienten, wodurch seine Handlungs- und Entscheidungskompetenzen gestärkt werden (Empowermentansatz). Desweiteren soll durch das Case Management auf die Durchführung des Versorgungsplans hingewirkt, dieselbe überwacht und wenn nötig angepasst werden. Außerdem muss dieser Hilfeprozess abschließend dokumentiert und ausgewertet werden. Diese Evaluation ist notwendig, um die Wirkung der Arbeit zu kontrollieren. Evaluation gehört zum einen zum professionellen Selbstverständnis der Akteure, zum anderen sollen jedoch auch Wirkungen auf die Systemebene ermittelt werden, die für Planungsansätze genutzt werden können (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 14 ff. ; Klie 2011, S. 502; Lang 2009, S. 186; Simon 2010, S. 337).

Case Management hilft also bei komplexen Problemlagen durch eine individuelle Unterstützung die komplizierten Angebotsstrukturen zu bewältigen. Der PSP gewährleistet den Klienten dabei sozusagen „Hilfe aus einer Hand“ durch die Suche und Steuerung der in der individuellen Lebenslage notwendigen regionalen Versorgungsangebote. Dies stellt zum Teil eine große Herausforderung dar, weil der PSP bei dieser sektorenübergreifenden Arbeit viele Schnittstellen zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Leistungssystemen überwinden soll. Der PSP muss mit allen Beteiligten vor Ort Kontakt aufnehmen, ihre Leistungen verknüpfen und diese wiederum mit den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld abstimmen.

Nur so ist ein reibungsloser Ablauf der Unterstützung bei komplexen Problemlagen möglich (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 17; Gerlinger/Röber 2009, S. 114; Ziller 1999, S. 86 f.).

Abb. 2: Koordination durch Pflegestützpunkte



Quelle: Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 17

Case Management in der Pflege hat also zum Ziel die Selbstständigkeit der älteren Menschen zu erhalten, indem es individuell passende ambulante Angebote vermittelt, um damit die Selbstversorgung zu fördern und eine stationäre Unterbringung so lange wie möglich zu vermeiden. Angestrebt wird eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung durch das Zusammenstellen von Leistungen aus Staat, Markt, dem Dritten Sektor und privaten Netzwerken zu individuellen Hilfeleistungen (siehe Abb.2). Damit solch ein Hilfemix funktioniert, muss er im Einvernehmen zwischen allen beteiligten Akteuren (Pflegerberater, Pflegebedürftige und allen anderen an der Pflege Beteiligten) zusammengestellt werden (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 12; Gerlinger/Röber 2009, S. 113 ff.).

Letztlich kann so das Case Management zu einer Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen sowie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit von gesundheitlichen, pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten beitragen (vgl. Ewers/Schaeffer 2000, S. 7; Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 14).

Um eine Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des Case Management sicherstellen zu können, müssen durch das sogenannte Care Management entsprechende wohnortnahe (Versorgungs-)Strukturen gesteuert und ausgebaut werden, auf die dabei zurückgegriffen werden kann. Es handelt sich dabei also um *einzelfallübergreifende* Aufgaben auf der Systemebene. Das Care Management zielt „(...) auf die reibungslose, integrierte Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und –übergreifenden Netzwerken (...)“ (vgl. Klie 2011, S. 500) zwischen Leistungserbringern aus verschiedenen Einrichtungen, Berufsgruppen oder Sektoren (vgl. Kap. 3.3). Aber auch umgekehrt besteht ein Zusammenhang zwischen dem Case- und Care Management. Die in der Pflegeberatung und im Case Management aufgedeckten Versorgungslücken sowie Schnittstellen- und Kooperationsprobleme zwischen den Akteuren und Arbeitsfeldern liefern Erkenntnisse über notwendige Vernetzungsarbeit und fehlende Versorgungsangebote. Der PSP verfügt also über umfassende Kenntnisse bezüglich vorhandener und benötigter Leistungen. Dieses Wissen dient den PSP als Grundlage zum Aufbau organisatorischer und regionaler Netzwerke. Aufgrund dieser engen Zusammenarbeit von Case- und Care Management ist es sinnvoll beide im PSP anzusiedeln (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 14 ff.; KDA 2010, S. 33; Klie 2011, S. 500).

3 Netzwerkarbeit im Bereich der Pflege

3.1 Definition von Netzwerken

Sinnbildlich lassen sich Netzwerke als eine gewisse Anzahl von Knoten (=Akteure) und den zwischen ihnen verlaufenden Netzlinien (=Beziehungen) beschreiben, welche durch Vernetzung, das heißt die „(...) aktive Verbindung der Knoten eines Netzwerkes über Beziehungen (...)“ (vgl. Schubert 2005, S. 77) entstehen (vgl. Schubert 2005, S. 76 f.).

Netzwerke sind also freiwillige Kooperationen zwischen mehreren Akteuren, die über Beziehungen miteinander verbunden sind. Sie werden geschlossen, um Handlungsabläufe zu optimieren oder die Handlungsfähigkeit beziehungsweise Problemlösungskompetenz zu erhöhen, mit der Intension ein gemeinsames Ziel zu erreichen (vgl. Narten 2011, S. 44; van Santen/Seckinger 2005, S. 208).

Unter Vernetzung versteht man hingegen „(...) die Herausbildung, Aufrechterhaltung und Unterstützung einer Struktur, die der Förderung von kooperativen Arrangements unterschiedlicher Personen oder Institutionen dienlich ist“ (vgl. van Santen/Seckinger 2005, S. 208).

Im Bereich der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen lassen sich verschiedene Arten von Netzwerken unterscheiden. Zum einen gibt es die *persönlichen (Unterstützungs-) Netzwerke der Betroffenen*. Dazu gehören einerseits soziale Netzwerke aus Familienangehörigen, Nachbarn, Freunden und Bekannten, welche ausschließlich auf persönlichen Beziehungen beruhen. Andererseits zählen zu den persönlichen (Unterstützungs-)Netzwerken auch professionelle Netzwerke. Diese werden durch Organisationen beziehungsweise die Organisation vertretende Personen gebildet. Akteure sind also alle bürgerschaftlichen und professionellen Leistungserbringer, die einen Beitrag bei der Versorgung leisten. Zum anderen gibt es aber auch *institutionelle Netzwerke*, welche zwischen verschiedenen Leistungserbringern aus bürgerschaftlichen (d.h. nicht professionellen) Organisationen und Vereinen sowie professionellen Einrichtungen geschlossen werden (vgl. Bauer 2005, S. 14 f.; Schubert 2005, S. 76 f.).

Die vorliegende Arbeit befasst sich vor allem mit der zweiten Art von Netzwerken, weshalb sich die folgenden Ausführungen in diesem Kapitel auf diese beziehen.

Die institutionellen Netzwerke lassen sich ebenfalls wieder auch nach diversen Arten unterscheiden. Im Bezug auf die folgenden Ausführungen soll an dieser Stelle jedoch lediglich die Differenzierung nach den Netzwerktypen Informations- und Produktionsnetzwerk erläutert werden. *Informationsnetzwerke* dienen als Plattform zum Austausch von Informationen, womit letztlich die Zusammenarbeit aller Akteure vor Ort verbessert werden soll. Aufgaben dabei sind die Beschreibung von politischen Problemen, die Situationsdeutung, das Aufspüren von Problemlösungen und von Handlungsoptionen. Es sollen Kompromisse gefunden und kollektive Entscheidungen getroffen werden. Die Arbeitsweise von Informationsnetzwerken ist richtungsoffen. Damit das Netzwerk trotzdem auf Dauer bestehen kann ist jedoch wichtig, dass es eine genaue thematische Zielbestimmung gibt und dass gemeinsame Handlungsoptionen entwickelt werden. *Produktionsnetzwerke* dienen hingegen der Erbringung von konkreten Leistungen in Kooperation der verschiedenen Netzwerkteilnehmer. Ein Beispiel dafür ist die Verbesserung der Überleitung vom Krankenhaus in die eigene Häuslichkeit. Verschiedene autonome Anbieter (z.B. Pflegedienste, Krankenhäuser, Pflegestützpunkte) erbringen dabei aufeinander abgestimmte Dienstleistungen. Das Ziel solcher Netzwerke ist also die Herstellung gemeinsamer Dienstleistungsketten durch die Abstimmung der Angebote, das heißt die Arbeitsweise ist zielgerichtet (vgl. Röber/Hämel 2011, S. 150).

3.2 Merkmale funktionsfähiger Netzwerke

Da die Beteiligung an Netzwerken für die Akteure mit zeitlichem Aufwand, Anstrengungen und teilweise sogar mit finanziellen Aufwendungen verbunden ist, ist es wichtig, dass für alle Akteure der Nutzen des Netzwerkes erkennbar ist. Wenn dies nicht der Fall ist, werden die

Akteure früher oder später „abspringen“. Insgesamt muss der persönliche Vorteil, der durch das Netzwerk für sie entsteht, also größer sein als der notwendige Aufwand. Der Nutzen für die eigene Praxis der Akteure kann jedoch sehr unterschiedlich sein. Beispielsweise kann die Netzwerkarbeit die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags voranbringen oder die Arbeit im Alltag erleichtern, indem die fallbezogenen Abläufe verbessert werden. Möglich ist aber auch der Nutzen, dass die Situation der Klienten durch die Netzwerkarbeit verbessert wird oder dass eine Weiterentwicklung organisationsinterner Leistungsprozesse bewirkt wird (vgl. Nawroth 2011, S. 94; Reis 2014, S. 7; Schubert 2005, S. 79).

In jedem Fall steigt jedoch durch den komplexen Informationsfluss in Netzwerken das Informations- und Erfahrungspotenzial aller Akteure in einem Maße, dass im Zuge zufälliger Marktkontakte nicht möglich wäre. Zudem werden in Netzwerken Ressourcen gebündelt. Alle Akteure bringen gewisse Ressourcen in das Netzwerk ein, wie zum Beispiel Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kontakte, Sach- und Finanzmittel, Dienstleistungen und Infrastruktur. Dadurch entsteht sozusagen ein Ressourcenpool, der für alle Beteiligten von Nutzen ist. Durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure entwickeln sich in Netzwerken also Synergieeffekte, die für alle Beteiligten Vorteile bringen können (vgl. Bauer 2005, S. 12; Miller 2005, S. 109 ff.; Schubert 2005, S. 78)

Die Ressourcen, die die Akteure in das Netzwerk einbringen, stellen jedoch auch Machtquellen dar. „Auch wenn Netzwerke den Anspruch haben, eine gleichwertige Kooperation der Beteiligten zu ermöglichen, spielt der Faktor Macht eine Rolle“ (vgl. Miller 2005, S. 119), da die Ressourcen meist nicht gleichmäßig unter den Netzwerkakteuren verteilt sind. Wenn ein Akteur besonders viele Ressourcen in das Netzwerk einbringt, kann es unter Umständen notwendig sein dies auszugleichen, was unterschiedlich gestaltet werden kann. Beispielsweise können die Akteure mit mehr materiellen Mitteln diese einfließen lassen, während die anderen dafür mehr immaterielle Beiträge leisten. Es ist aber auch denkbar, dass der mächtigeren Person mehr Entscheidungskompetenzen in gewissen Teilbereichen zugesprochen werden. Letztlich sollten jedoch alle Akteure darauf hinarbeiten das Netzwerkziel durch den konstruktiven Einsatz von Macht zu erreichen (vgl. Miller 2005, S. 119; Narten 2011, S. 46).

An Netzwerken sind viele verschiedene Akteure beteiligt, von denen jeder eine andere Sichtweise auf Sachverhalte hat. Wenn es gelingt, dass sich alle Akteure in die Perspektive der jeweils anderen hineinversetzen, entsteht ein umfassender Blick, der dabei helfen kann Probleme effektiver im Sinne der Betroffenen zu lösen (vgl. Müller/Hämel 2011, S. 27; Reis 2014, S. 8).

Netzwerke arbeiten sehr problemlösungsorientiert und zielgerichtet. Dafür ist es wichtig, dass kontinuierlich gemeinsame Ziele ausgehandelt werden, die als Orientierungsmarke für eine langfristige Perspektive dienen. Danach richten sich dann auch die Aufgabenstellungen. In Netzwerken besteht zudem eine klare Aufgabenstruktur, da die Zusammenarbeit (dauer-

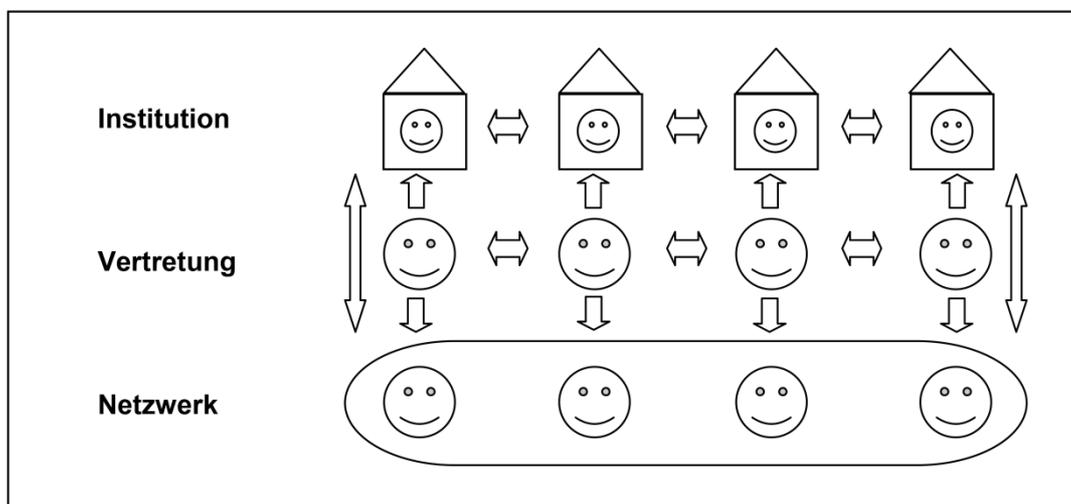
haft) nur funktionieren kann, wenn sie gut organisiert ist. Die Aufgabenverteilung muss also so gestaltet werden, dass die jeweiligen Kompetenzen der verschiedenen Akteure optimal genutzt werden. Generell verfügen Netzwerke über eine innere Ordnung, die sich auf die Ziele bezieht. Dazu gehört auch die Aufstellung und Akzeptanz von Netzwerkregeln für die gemeinsame Arbeit. Den besonderen Charakter von Netzwerken macht unter anderem aus, dass sich die Akteure die Regeln gemeinsam geben. Diese sollten nicht von einzelnen Akteuren dominiert werden. Dies entspricht dem Netzwerkmerkmalen der Selbstorganisation, gemeinsame Verantwortung und Enthierarchisierung. Eine wichtige Basis solch einer Zusammenarbeit im Netzwerk ist zudem ein gemeinsames, strategisch ausgerichtetes Leitbild inklusive gemeinsamer Leitwerte für das Handeln (vgl. Miller 2005, S. 108 f.; Narten 2011, S. 45; Reis 2014, S. 7 f.).

In Netzwerken sollte auch versucht werden, Bürokratie durch einfache und kurze (Kommunikations-)Wege gering zu halten. Generell spielt die direkte und gleichberechtigte Kommunikation in Netzwerken eine wichtige Rolle. Der Face-to-Face-Kontakt zwischen den Akteuren ist gerade bei komplexen Prozessen und Problemlagen von besonderer Bedeutung und steigert die Wirksamkeit der Zusammenarbeit. Damit dies gelingt, sollte in Netzwerken ein besonderes Augenmerk auf die Gruppengröße gelegt werden. Bei zu großen Netzwerken kommt es oft zur Anonymisierung und zum Motivationsverlust. Dadurch nehmen Probleme bei der Bündelung der verschiedenen Interessen, Kompromissbildung und Entscheidungsfindung zu. Bei zu kleinen Netzwerken steigt hingegen das Risiko, dass dringend benötigte Ideenträger fehlen. Für eine gute Zusammenarbeit, bei der noch eine Face-to-face-Kommunikation möglich ist, sich jeder einbringen kann und gemeinsame Entscheidungen getroffen werden können, ist eine Netzwerkgröße von 7-12 Personen optimal. Bei größeren Netzwerken kann die Bildung von Untergruppen sinnvoll sein. Zwischen diesen sollte jedoch Transparenz und ein guter Informationsfluss gesichert werden. Alle Akteure sollten nämlich über die Aufgaben, Ziele und Vorgehensweisen, sowie über Entwicklungen und Entscheidungen Bescheid wissen. In einem solchen „untergliederten Netzwerk“ stehen daher Kommunikation, Aushandlungen und die funktionierende Arbeitsteilung besonders im Fokus (vgl. Bauer 2005, S. 12; Miller 2005, S. 105 ff).

„Netzwerke sind auch immer soziale Gebilde (...)“ (vgl. Weber 2005, S.143). Auch in institutionellen Netzwerken werden soziale Akteure tätig, das heißt Personen, die eine Institution vertreten. Daraus ergibt sich die ambivalente Funktion der Akteure bei der Arbeit im Netzwerk. Wie in Abbildung 3 zu erkennen ist, agieren sie nämlich als Netzwerkpartner und als Vertreter der eigenen Institution im Netzwerk. Sie vertreten somit zweierlei Interessen. Zum einen wollen sie die Interessen ihrer Institution in das Netzwerk einbringen. Dafür benötigen sie einen klaren organisationsbezogenen Auftrag. Zum anderen müssen sie sich aber auch den gemeinsamen Netzwerkzielen unterordnen. Es ist daher sehr wichtig, dass Zielsetzung

und Regeln des Netzwerkes für die Akteure mit dem Selbstverständnis ihrer Organisation vereinbar sind und dass ihre Autonomie, neben der Arbeit im Netzwerk, erhalten bleibt. Im Gegenzug benötigen sie von Seiten der eigenen Institution einen gewissen Spielraum sich von dieser zu distanzieren und im Sinne der Netzwerkziele zu handeln (auch wenn dazu ein teilweise organisationskritisches Verhalten notwendig ist). Insgesamt muss jedoch gewährleistet werden, dass die vom Netzwerk entwickelten neuen Ideen in die Organisationen der Akteure „zurückgespielt“ werden, denn nur so kann dauerhaft die Gestaltung und Umsetzung neuer Strukturen und Abläufe gesichert werden. Die Erkenntnisse aus der Netzwerkarbeit müssen also in die regulären organisatorischen Abläufe integriert werden (vgl. Narten 2011, S. 45; Reis 2014, S. 7 f.; Weber 2005, S.143 f.).

Abb. 3: Die ambivalente Funktion der Netzwerkteilnehmer



Quelle: modifiziert nach Van Santen/Seckinger 2005, S. 212

Aufgrund der ambivalenten Funktion der Netzwerkteilnehmer spielt die Gestaltung der Beziehungsebene eine sehr wichtige Rolle. Sie ist maßgeblich für den Erfolg von interinstitutionellen Kooperationen, um zu gewährleisten, dass die Durchsetzung der eigenen Interessen, Konkurrenzdruck und Rivalitäten zwischen den Institutionen nicht in den Vordergrund rücken und trotzdem die Autonomie der Teilnehmer erhalten bleibt. Daher muss eine vertrauensvolle Beziehung zwischen allen Beteiligten gefördert werden, welche durch gegenseitige Wertschätzung und durch personelle Kontinuität gekennzeichnet ist. Negativ für die Beziehung sind hingegen Passivität einzelner Akteure sowie das übermäßige Einbringen eigener Ideale. In Netzwerken geht es nämlich nicht um Regulation, sondern um Koproduktion (vgl. Bühler 2006, S. 21; Schubert 2005, S. 77; van Santen/Seckinger 2005, S. 210 ff.)

Es sollte eine Netzwerkkultur entstehen, die sich durch Engagement, Fairness, Vertrauen und Transparenz, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit, Reziprozität und gute Kommunikation auszeichnet. Vertrauen ist die Basis für die Arbeit im Netzwerk, da die Akteure sich nur ganz darauf einlassen, wenn sie sicher sind, dass die anderen Akteure die Informationen nicht

ausnutzen, um für sich alleine einen Vorteil zu schaffen. Zudem müssen sich alle Akteure darauf verlassen können, dass die Anderen Vereinbarungen über Ziele und entsprechende Aufgaben einhalten. Die Zusammenarbeit basiert deshalb darauf, dass alle Akteure sich aus einer gemeinsamen Selbstverpflichtung an Vereinbarungen halten. Es ist also sehr wichtig, dass grundsätzliche Entscheidungen von allen Akteuren des Netzwerks getroffen werden, sozusagen als Arbeitsgrundlage. Nur so kommt ein funktionierendes Netzwerk zustande, das von allen gemeinsam getragen wird. Dies setzt auch voraus, dass der Informationsfluss zwischen den Akteuren durch gute Kommunikationsstrukturen abgesichert ist (vgl. Miller 2005, S. 117; Narten 2011, S. 46; Reis 2014, S. 8).

Grundvoraussetzung dafür ist eine gewisse Kooperationsfähigkeit der einzelnen Netzwerkmitglieder, das heißt sie müssen gewissen Ansprüchen im Bezug auf Verbindlichkeit, Selbstverpflichtung, Toleranz, Selbstbeschränkung, Selbstreflexion, Respekt, Empathie, Geduld, Fairness und Kommunikation mitbringen. Wichtig ist zudem die Fähigkeit, die eigenen Interessen hinter die Netzwerkziele zu stellen, sich in gegenseitige Belange einzufühlen und langandauernde Aushandlungsprozesse auszuhalten (vgl. Narten 2011, S. 46).

Zur Funktionsfähigkeit (institutioneller) Netzwerke tragen also diverse aufgaben- und beziehungsorientierte Aspekte bei. Daher gestalten sich der Aufbau und die Fortführung von Netzwerken häufig schwierig. Damit sie nicht bereits nach einiger Zeit wieder verworfen werden, ist eine planvolle und zielorientierte Gestaltung von Netzwerken notwendig. Diese Aufgabe übernimmt das Netzwerkmanagement (vgl. Kap. 3.3) (vgl. Bauer 2005, S. 13).

3.3 Netzwerkmanagement

Die Zusammenarbeit in institutionellen Netzwerken kann eine sehr wirkungsvolle Problemlösungsstrategie sein, die jedoch oft mit diversen Problemen bei der Umsetzung einhergeht. Diese resultieren meist aus den Spannungsverhältnissen, in denen sich die Netzwerkakteure befinden, beispielsweise zwischen Vertrauen und Kontrolle, Kooperation und Wettbewerb sowie Autonomie und Abhängigkeit aufgrund der ambivalenten Funktion der Akteure. Dazu kommt, dass sie jeweils unterschiedliche Erfahrungen, Erwartungen, organisationspezifische Aufträge und Persönlichkeiten in das Netzwerk mitbringen, wodurch Reibungspunkte entstehen können. Kooperationen sind für formelle Akteure also immer auch mit Unsicherheiten verbunden. Ob trotz dieser Spannungsverhältnisse letztlich ein dauerhaft stabiles Netzwerk entsteht, hängt zum einen stark von der Motivation, dem Engagement und Durchhaltevermögen der Mitglieder ab. Diese orientieren sich wiederum stark daran, ob sich die Bemühungen der Zusammenarbeit rechnen, also ob der individuell angestrebte Nutzen erfüllt wird und ob die Ergebnisse in die Arbeit der eigenen Institution einfließen können. Zum anderen ist für das langfristige Bestehen eines Netzwerkes eine gute Beziehungsebene Vo-

raussetzung. Dies erfordert eine aktive Beziehungspflege (vgl. Bauer 2005, S. 38 f.; Bühler 2006, S. 13; Narten 2011, S. 48; Nawroth 2011, S. 92; van Santen/Seckinger 2005, S. 201; Weber 2005, S.134; Witt 1992, S. 25).

Um den Aufbau und Bestand stabiler Netzwerke zu unterstützen, bedarf es eines Netzwerkmanagements, das die zielgerichtete Organisation und Steuerung von Kooperationsverbänden übernimmt und durch den Aufbau entsprechender innerorganisatorischen Strukturen Konflikten entgegenwirkt. Das Netzwerkmanagement übernimmt also wichtige Steuerungsaufgaben, um die Funktionsfähigkeit des Netzwerkes herzustellen und zu erhalten. Dazu zählt die Abstimmung der Ziele, Ressourcen, Umweltbedingungen, strukturellen Bedingungen, Akteurhandlungen und Gruppendynamiken. Zudem übernimmt es das Beziehungs- und Konfliktmanagement. Dementsprechend benötigen Personen, die diese Aufgabe übernehmen, ein umfassendes Netzwerk-, System-, Methoden- und sozialpsychologisches Gruppenwissen. Sie sollten sogenannte „Brückenpersonen“ sein, das heißt „(...) Personen, die Beziehungen zu Menschen bzw. Institutionen in unterschiedlichen Professionen und Gesellschaftsfeldern haben und daher zur gegenseitigen Verständigung beitragen können“ (vgl. Narten 2011, S. 45; Miller 2005, S. 111 ff.; Schneider 2006, S. 55).

Konkret übernimmt das Netzwerkmanagement folgende Aufgaben, die von der Planung, über den Aufbau bis hin zur eigentlichen Arbeit im Netzwerk reichen, nämlich

- die Wahl der Netzwerkpartner,
- die Aufstellen von Regel und Leitlinien für die Zusammenarbeit,
- die Steuerung der Beziehungsebene und den Aufbau einer Netzwerkkultur,
- die Formulierung konkreter Ziele,
- die Verhandlung von Kooperations-, Ziel- und Ergebnisvereinbarungen,
- die Abstimmung von Arbeitsschritten,
- die Aufgaben-, Ressourcen-, Zuständigkeits- und Verantwortungsverteilung entsprechend der Kompetenzen,
- die Dokumentation von Vernetzungsergebnissen und
- die Wirkungsevaluation

(vgl. Narten 2011, S. 46 f.; Schubert 2005, S. 99; Weber 2005, S.144 f.).

Bereits im Vorfeld der eigentlichen Arbeit sind mehrere Kriterien von großer Relevanz. Die Grundaufgabe des Netzwerkmanagements ist die Sammlung und Aufbereitung von Informationen darüber, wer die lokalen Schlüsselpersonen sind und worin ihre Interessen bestehen. Zudem sollte geschaut werden welche Versorgungsnetze bereits vorhanden sind und wie der Einfluss der regionalen Akteure zu bewerten ist. Diese bestehenden Strukturen sollten bei der eigenen Arbeit einbezogen werden, zum einen um Doppelstrukturen zu vermeiden. Zum anderen ist es aber auch wichtig, dass das Netzwerk nicht als Konkurrenz zur beste-

henden Struktur gesehen wird. Die Anerkennung des Netzwerkes in der lokalen Landschaft ist also wichtig für seine Stabilität. Als erster Schritt bezüglich des Netzwerkaufbaus spielt die Auswahl der Netzwerkmitglieder eine wichtige Rolle, da sie maßgeblich zum Gelingen des Netzwerkes beitragen kann. Die Akteure sollten sich in jedem Fall mit dem/den Netzwerkziel/en identifizieren und es ist wichtig, dass sie eine gewisse Kooperations- und Konfliktfähigkeit mitbringen. Zudem sollten sie über eine gewisse Entscheidungsbefugnis verfügen, damit bei verbindlichen Absprachen nicht immer Rücksprache mit den Entscheidungsträgern gehalten werden muss. Es ist jedoch auch nicht sinnvoll ein Netzwerk ausschließlich aus den Mitgliedern der höchsten Ebene zusammenzustellen, da auch die operative Ebene der Institutionen (die letztlich für die Umsetzung in den Institutionen verantwortlich ist) einbezogen werden soll. Bei der Auswahl der Akteure sollte also darauf geachtet werden, dass alle erforderlichen Hierarchieebenen abgedeckt werden (vgl. Narten 2011, S. 46; Reis 2014, S. 8; Schubert 2005, S. 98).

Aufgrund der hohen Relevanz der Beziehungsebene sollte ein großes Augenmerk darauf gelegt werden, dass von Beginn an bewusst feste Regeln und Leitlinien für die Zusammenarbeit im Netzwerk festgelegt werden, die den Aufbau einer fördernden Netzwerkkultur unterstützen. Die Funktionsfähigkeit von Netzwerken hängt nämlich stark von den Beziehungen der Akteure ab. Um diese zu fördern können gleich zu Beginn der Kooperation verbindliche Vereinbarungen getroffen werden, die die wichtigsten Regeln und Grundsätze für die Arbeit beinhalten (vgl. Miller 2005, S. 117 ff.; Narten 2011, S. 45).

Die Netzwerkkultur sollte sich durch Gleichberechtigung, gemeinsame Werte, Verbindlichkeit, Fairness, Selbstverpflichtung und –beschränkung sowie gegenseitige Unterstützung und Anerkennung auszeichnen. Dies trägt zum Aufbau von Vertrauen zwischen den Akteuren bei und hilft Konkurrenz und Rivalitäten abzubauen. Vom Netzwerkmanagement sollte also aktiv die Qualität der Beziehungen und ein „Wir“-Gefühl der Akteure gefördert werden, zum Beispiel durch die Begünstigung der Kommunikationsfähigkeit und der Transparenz im Netzwerk (vgl. Bühler 2006, S. 17; Miller 2005, S. 118 ff.; Schubert 2005, S. 77 ff.).

Um immer wieder die interne Funktionsfähigkeit und die Wirkung nach außen überprüfen zu können, sind die regelmäßige Evaluation der Netzwerkwirkungen und Selbstreflexion notwendig. Daher müssen Netzwerke auch relativ strukturoffen sein, damit sie bei Bedarf ihre innere Organisation an die veränderten Herausforderungen anpassen können (vgl. Narten 2011, S. 47 f.).

Um eine gute Arbeitsweise sicherzustellen, sollte das Netzwerkmanagement von Anfang an verlässliche Strukturen aufbauen. Feste Strukturen bei der Netzwerkarbeit können jedoch Vor- und Nachteile haben. Durch feste Strukturen nimmt die Verlässlichkeit der Zusammenarbeit zu, es steigt jedoch auch das Risiko einer starken Bürokratisierung. Nicht so stark regulierte Zusammenschlüsse können in der Regel flexibler auf verschiedene Situationen und

Umweltveränderungen reagieren. Es sollte generell versucht werden, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Freiheit bei der Leistungserbringung und Leistungs- und Verfahrensweisungen für die Zusammenarbeit herzustellen. Eine funktionsfähige Netzwerkarbeit kann nämlich weder ausschließlich allein auf Vertrauen und persönlichen Beziehungen, noch auf Managementstrukturen basieren (vgl. Bauer 2005, S. 20 ff.; Bühler 2006, S. 13).

Das Netzwerkmanagement hat außerdem die Aufgabe der Organisation von Netzwerksitzungen einschließlich Vor- und Nachbereitung. Während der Sitzungen kommt, zur Unterstützung des Netzwerkes bei der kontinuierlichen Problembearbeitung, zudem häufig das Hilfsmittel der Moderation zur Anwendung. Die Moderation kann entweder vom Netzwerkmanagement selbst übernommen oder an einen externen Moderator abgegeben werden. „Die Funktion der Moderation besteht darin, unterschiedliche Interessen nach dem Win-win-Prinzip auszugleichen, Machtasymmetrien konstruktiv zu bearbeiten, den Kooperationsprozess der Akteure zu strukturieren und die fachlichen Inputs zu sichern“ (vgl. Schubert 2005, S. 90). Dafür muss der Moderator die gruppendynamischen Prozesse beobachten. Er sollte die Kontrolle darüber haben, dass die Interessen aller Akteure beachtet werden, Loyalitätskonflikte der Mitglieder und Konkurrenzprobleme erkennen und zwischen Inhalts- und Beziehungsebene vermitteln können. Die Unterstützung des Netzwerkes kommt durch die Kombination der inhaltlichen Arbeit und der Kommunikation der Akteure zustande. Kommunikative Methoden spielen also bei der Netzwerksteuerung eine wichtige Rolle (vgl. Narten 2011, S. 47 f.; Schubert 2005, S. 90).

Das Netzwerkmanagement kann von unterschiedlichen Stellen übernommen werden, je nachdem, ob es sich um eine mittelbare oder unmittelbare Vernetzung beziehungsweise Koordination handelt. Bei der mittelbaren Vernetzung übernimmt ein spezieller Koordinator die Hauptaufgaben des Netzwerkmanagements. Bei der unmittelbaren Vernetzung sind hingegen die beteiligten Akteure selbst für die Abstimmung ihrer Leistungserstellungstätigkeiten verantwortlich. Es gibt also keine zentrale Koordinationsstelle, die diese Aufgabe übernimmt (vgl. Bauer 2005, S. 27 f.; Nawroth 2011, S. 160 ff.).

Das Gelingen der Zusammenarbeit hängt bei der unmittelbaren Vernetzung maßgeblich von zwei Voraussetzungen ab. Zum einen müssen die einzelnen Akteure motiviert werden, die für die Netzwerkarbeit erforderlichen Ressourcen zusätzlich aufzubringen. Zum anderen muss es gelingen, trotz strukturell unterschiedlicher Ausgangslagen und unterschiedlich verteiltem Kräfteverhältnis, eine gleichberechtigte Kooperation zwischen den Akteuren herzustellen. Dabei spielen die Selbststeuerungsfähigkeiten des Netzwerkes eine ganz maßgebliche Rolle (vgl. Bauer 2005, S. 28 f.).

Aber auch die Anbindung des Netzwerkes an einen externen, trägerunabhängigen Koordinator hat Vor- und Nachteile. Zwar sorgt dieser für eine gewisse Kontinuität und übernimmt die

Hauptverantwortung. Dies kann jedoch auch dazu führen, dass die beteiligten Institutionen jegliche Verantwortung an die externe Stelle abgeben. Zudem stellen personelle Veränderungen beim externen Koordinator oft ein gravierendes Problem dar, das zur Destabilisierung des Netzwerkes führen kann (vgl. Bauer 2005, S. 28).

Bei den PSP handelt es sich um solche externen, trägerübergreifenden Koordinatoren.

3.4 Vernetzung durch Pflegestützpunkte

Die PSP unterstützen die Betroffenen und ihre Angehörigen im Rahmen des Case Managements durch die Koordinierung aller, an der wohnortnahen und sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung beteiligten, Akteure und Leistungen aus den Bereichen Pflege, Medizin, soziale Unterstützungsangebote, Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation. Um Case Management betreiben zu können, bedarf es einer vernetzten Versorgungsstruktur, auf die bei der Arbeit zurückgegriffen werden kann. Daher ist die Voraussetzung für ein funktionierendes Case Management ein professionelles Care Management, das heißt eine sachgerechte Vernetzung der regionalen Hilfeangebote (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 15; Lang 2009, S. 188; Reis 2014, S. 4).

So sollen die Träger des PSP nach § 92c Abs. 2 SGB XI auch das Mitwirken anderer Akteure, wie Pflegeeinrichtungen und Pflegeeinzelpersonen, Selbsthilfegruppen und bürgerschaftlich Engagierte sowie kirchliche und gesellschaftspolitisch engagierte Träger und Organisationen, bei der Arbeit des PSP ermöglichen. Dafür können sie mit den beteiligten Kosten- und Leistungsträgern im Einzugsgebiet auch Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung abschließen (vgl. Lang 2009, S. 189).

Das Ziel der Vernetzung durch PSP ist demnach, zwischen den verschiedenen Akteuren eine verbindliche Zusammenarbeit und Abstimmungen zu erreichen. Dies ist vor allem auf die Entwicklung eines integrierten, träger- und gebietsübergreifendes Hilfesystems auf regionaler Ebene bezogen. Dabei gibt es mehrere Ebenen der Vernetzung, nämlich die Vernetzung von Politikbereichen (z.B. Alten-, Pflege-, Gesundheitspolitik), die Vernetzung von verschiedenen Angebotstypen („Schnittstellengestaltung“ z.B. zwischen ambulanten und stationären Hilfesystemen, zwischen Pflege und gesundheitlicher Versorgung) und die Vernetzung zwischen verschiedenen Anbietergruppen (z.B. zwischen professionellen Leistungsträgern und Akteure aus dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements) (vgl. Naegele 1999, S. 35).

Ob die mit dem PfWG gesetzlich vorgeschriebene Pflegeberatung und das Case Management der PSP sein Ziel erreicht, das heißt den Pflegebedürftigen einen besseren Zugang zum Hilfesystem zu ermöglichen und die Pflegearrangements zu verbessern, hängt also letztlich davon ab, wie gut die beteiligten Akteure (Kosten- und Leistungsträger, Organisatio-

nen, Abteilungen und Professionen) miteinander kooperieren. Zwar entstehen auch schon während der alltäglichen Arbeit in der Altenhilfe diverse Kontakte und Kooperationen, welche jedoch oft sehr selektiv sind. Aufgrund der starken Fragmentierung in Bereich der Altenhilfe bleiben gerade wichtige Schnittstellen unverbunden. Daher ist es wichtig, dass die PSP durch ein gezieltes Netzwerkmanagement Vernetzungen fördern und damit zum Aufbau funktionsfähiger Kooperationsstrukturen beitragen. Sie müssen also in der Lage zur Entwicklung und Organisation von Netzwerken sein (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 37; KDA 2010, S. 99 f.; Müller/Hämel 2011, S. 23; Naegele 1999, S. 35).

Im Zuge des Care Managements übernehmen die PSP zwei verschiedene Arten der Vernetzung. Zum einen *vernetzen sie sich selbst mit anderen Institutionen*, zum anderen *vernetzen sie die verschiedenen Leistungserbringer und bürgerschaftlichen Hilfen untereinander*. Um die direkte Arbeit des PSP umsetzen zu können, müssen alle Angebote und Leistungen eingebunden werden, die der Versorgung der Rat- und Hilfesuchenden dienen. Daher spielen die Vernetzung des PSP mit den Leistungserbringern, dem Bürgerschaftlichen Engagement, der Selbsthilfe, anderen Beratungsinstitutionen und den Stellen für die Leistungsgenehmigung eine wichtige Rolle sowie der Aufbau von funktionsfähigen Kooperationsstrukturen. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn sich der PSP selbst mit den anderen Institutionen vor Ort vernetzt, also wenn die Einbindung des PSP in die bestehende Infrastruktur vor Ort funktioniert. So kann unter anderem auch das Risiko unnötiger Doppelstrukturen reduziert werden. Dazu gehört auch, dass der PSP versucht, bereits bestehende regionale Netzwerke wie zielgruppenspezifische Arbeitskreise (beispielsweise aus ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen) einzubeziehen und als Netzwerkpartner zu gewinnen. Angestrebt ist nämlich die Vernetzung aller an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftigen Personen beteiligten Akteure über die Institution PSP. Der Aufbau funktionierender Kooperationsbeziehungen zwischen dem PSP und den Kosten- und Leistungsträgern ist besonders im Einzugsgebiet des PSP wichtig, da laut Gesetz vor allem die Versorgung vor Ort im Fokus der Arbeit steht (vgl. KDA 2010, S. 99 ff.).

Von großer Relevanz ist beispielsweise die *Vernetzung der PSP mit anderen Beratungsinstitutionen*, da ein einzelner PSP nicht zu jedem, bezüglich der Pflege relevantem Thema Beratung sicherstellen kann. Daher soll die gesetzlich geforderte umfassende Beratungskompetenz durch Vernetzung verschiedener Beratungsstellen gewährleistet werden. Vor allem zu Institutionen aus dem Bereich der Spezialberatung sollten Kontakte aufgebaut werden, damit auch spezielle Themen wie Palliativpflege/-medizin oder Demenz abgedeckt werden. Wichtig ist, dass letztlich Beratung zu allen relevanten beziehungsweise nachgefragten Themen sichergestellt ist. Die Vernetzung der Beratungsleistungen dient außerdem der bes-

seren Auslastung bestehender Angebote und senkt das Risiko eines Überangebots (vgl. KDA 2010, S. 106).

Auch die *Vernetzung der PSP mit und zwischen den (professionellen) Leistungserbringern* spielt eine besonders wichtige Rolle.

Ambulante Pflegedienste sehen die PSP zum Teil eher als Konkurrenz und haben daher wenig Interesse an einer Zusammenarbeit. Ein Grund dafür kann zum Beispiel sein, dass viele Pflegedienste auch Pflegeberatung anbieten und daher die Beratung der PSP als Konkurrenz wahrnehmen. Auch die Leistungen des bürgerschaftlichen Engagements werden von vielen ambulanten Pflegediensten als Konkurrenz empfunden. Da die PSP gerade dieses Fördern, lehnen sie teilweise Kooperationen mit dem PSP ab. Es hat sich jedoch gezeigt, dass, wenn erst einmal der Kontakt zwischen PSP und den Pflegediensten zustande gekommen ist, viele Missverständnisse ausgeräumt werden können und unter Umständen eine Basis für eine Zusammenarbeit gefunden werden kann. Diese kann für beide Seiten von Vorteil sein. So können die PSP hilfe- und pflegebedürftige Personen im Rahmen der einzel-fallbezogenen Leistungen an die ambulanten Pflegedienste vermitteln. Umgekehrt können diese die Betroffenen aber auch an die PSP weiterleiten, wenn sie Leistungen benötigen, die der Pflegedienst selbst nicht bereitstellen kann. Ambulante Pflegeeinrichtungen sind aber auch auf die Vermittlung von anderen Einrichtungen und Akteuren angewiesen. So werden pflegebedürftige Patienten zum Teil von Hausärzten an ambulante Pflegedienste vermittelt, um deren häusliche Versorgung sicherzustellen. Zudem werden bei der Entlassung aus dem Krankenhaus den entsprechenden Patienten vom Krankenhaussozialdienst passende ambulante Leistungsanbieter vermittelt. Ambulante Pflegeeinrichtungen unterstützen im Rahmen der Behandlungspflege aber auch die Diagnostik und Therapie von Ärzten, zum Beispiel durch die Verabreichung und Dosierung von Medikamenten, durch die Beobachtung und Dokumentation von Nebenwirkungen und auffälligen Symptomen sowie die Weitergabe dieser Informationen an den behandelnden Arzt. Dies stellt eine Unterstützung der Ärzte dar, beispielsweise bei der Früherkennung von Erkrankungen wie Demenz. Teilweise können sie Veränderungen des Gesundheitszustandes und gewisse Krankheiten sogar besser feststellen als Ärzte, da sie die Alltagssituation der Betroffenen kennen und ihnen Verhaltensänderungen dadurch schneller auffallen. Die Behandlungspflege wird wiederum von den Ärzten verschrieben, wodurch diese auch einen direkten Einfluss auf die Beschäftigungszahl ambulanter Pflegeeinrichtungen haben. Die ambulanten Pflegeeinrichtungen bekommen im Rahmen ihrer Arbeit zudem einen Einblick in den Alltag, die Versorgung sowie die sozialen Kontakte der hilfe- und pflegebedürftigen Personen und nehmen so auch Defizite bei der Versorgung wahr. Oft haben sie durch die Kenntnisse über Mängel in der Versorgung ein gesteigertes Interesse an der interdisziplinären Zusammenarbeit, um mehr Einfluss auf die Sicherstellung der Versorgung zu bekommen. Ambulante Pflegeeinrichtungen sollten also einerseits

ein Interesse an Vernetzung haben, um die kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. Andererseits kann diese aber auch ihre Einkommenssituation stabilisieren (vgl. KDA 2010, S. 112 ff.; Nawroth 2011, S. 194; Smolka 2006, S. 120 ff.; Tews 2005, S. 53 ff.).

Für niedergelassene Ärzte besteht hingegen nur selten die Notwendigkeit mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten. Sie fungieren selbst als Gatekeeper (=Torwächter, Schleusenwärter; gezielte Leistungssteuerung durch den Arzt; vgl. hausarztzentrierte Versorgung) und sind daher nur selten von anderen Akteuren im Versorgungssystem abhängig. Andererseits haben sie aber hohe Einflussmöglichkeiten auf die Patienten-/Klientenversorgung, indem sie Aufgaben zuweisen. Oft befürchten die niedergelassenen Ärzte durch das Eingehen von Kooperationen eher Nachteile (z.B. durch den Verlust von Autonomie und Gestaltungsfreiräumen) als Vorteile. Daher werden sie nur für die Arbeit im Netzwerk zu begeistern sein, wenn diese Nachteile ausgeschlossen werden und sich durch die gemeinsame Arbeit (Einkommens-)Vorteile ergeben. Auch die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit den PSP ist eher problematisch. Da meist nicht einmal die Erstkontaktaufnahme der PSP mit den niedergelassenen Ärzten gelingt, besteht auch keine Möglichkeit sie von einer möglichen Zusammenarbeit zu überzeugen, die auch den Ärzten von Nutzen sein könnte. Wenn die niedergelassenen Ärzte bei Bedarf ihre pflegebedürftigen Patienten an den PSP vermitteln, können sie ein Feedback des PSP über den Verlauf des Case Managements erhalten. Häufig stellen diese Informationen auch für den Arzt eine wichtige Hilfe dar, beispielsweise bei der Diagnostik und Therapie (vgl. KDA 2010, S. 113 f.; Nawroth 2011, S. 190 f.; Smolka 2006, S. 139 ff.; Springer Gabler Verlag 2014, online).

Für stationäre Pflegeeinrichtungen ist die direkte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren nur bei speziellen Bedarfslagen notwendig. Solch einen Fall stellt die Zusammenarbeit mit den Hausärzten der Bewohner dar, die oft notwendig und sinnvoll ist. Die gute Zusammenarbeit mit Hausärzten ist für die stationären Pflegeeinrichtungen auch insofern wichtig, als dass diese ihnen potenzielle Bewohner vermitteln können. Auch auf Seiten der Ärzte dürfte ein Interesse an einer guten Zusammenarbeit bestehen, da die Einrichtungen unter anderem eine wichtige Rolle bei der Versorgung mit Medikamenten, bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen und bei der Früherkennung von Erkrankungen spielen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sollten zudem mit Krankenhäusern beziehungsweise Kliniksozialdiensten zusammenarbeiten, um die Schnittstelle zwischen ihnen zu überwinden, da dieser Übergang eine wichtige Rolle bei der Versorgung pflegebedürftiger Personen spielt. Diese Zusammenarbeit kann den Pflegeeinrichtungen auch dabei helfen neue Bewohner vom Krankenhaus vermittelt zu bekommen. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben also, vor allem aufgrund (finanzieller) Abhängigkeit von anderen Akteuren, ein Interesse an (verbindlicher) Zusammenarbeit (vgl. Nawroth 2011, S. 196; Smolka 2006, S. 105 ff.)

Die Überleitung der Patienten vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung ist eine weitere wesentliche Schnittstelle im Versorgungssystem. Durch den zunehmenden Kostendruck der Krankenhäuser sind sie nämlich bestrebt, die Verweildauer der Patienten so weit wie möglich zu verkürzen. Durch die frühere Entlassung steigt die Relevanz der Versorgung nach Krankenhausaufenthalt durch andere Versorgungsakteure. Besonders bei pflegebedürftigen Personen ist dies wichtig. Gerade nach gesundheitlichen Einbrüchen, die bei älteren Menschen plötzlich und radikal auftreten können (z.B. nach einem Oberschenkelhalsbruch), ist die Unterstützung bei der Wiedergewinnung einer selbstständigen Lebensführung besonders wichtig. Dies ist das Ziel der geriatrischen Rehabilitation. Sie ist also ein sehr wichtiges Instrumentarium, um die Wiedergewinnung der selbstständigen Lebensführung in der häuslichen Umgebung zu erreichen. Ohne die entsprechende Unterstützung bei der Überleitung vom stationären in das ambulante System droht diese nämlich zu scheitern, was häufig zu einer enormen Verstärkung des Pflege- und Hilfebedarfs der Betroffenen führt. Es gibt verschiedene Ansätze zur guten Überwindung dieser Schnittstelle, wie zum Beispiel der Ausbau des Überleitungsmanagements. Wichtig ist die Abstimmung und Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Haus- und Fachärzten, Pflegediensten, Psychologen, Beratungsstellen und Sozialarbeitern. Deren Arbeit muss wiederum mit den persönlichen Netzwerken der Betroffenen abgestimmt werden. Zudem können Krankenhäuser bei Bedarf die PSP zur Weitervermittlung von Patienten kontaktieren. Diese können auch dabei helfen ein langfristiges aufeinander abgestimmtes Hilfenetz aus professionellen Diensten, Angehörigen, Nachbarn, Ärzten unter anderem herzustellen. Dies kann verhindern, dass die Rückkehr in eine stationäre Einrichtung notwendig wird, beispielsweise durch Überforderung der Angehörigen. Die Krankenhäuser haben jedoch nur ein beschränktes Interesse an Kooperationen mit nachgeschalteten Versorgungsakteuren. Die Institutionen der pflegerischen Versorgung sind hingegen stärker bestrebt Kooperationen mit Krankenhäusern einzugehen, da diese bei Bedarf die Weiterversorgung im Pflegefall übernehmen. Die Krankenhäuser haben hingegen meist ein Interesse an Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, da diese Patienten durch Einweisungen in das Krankenhaus weiterleiten. Vor allem dadurch haben sie nämlich einen finanziellen Vorteil (vgl. Hedtke-Becker/Hoevels 2005, S. 430 f.; KDA 2010, S. 115; Nawroth 2011, 191 f.; Schneider 2006, S. 53; Smolka 2006, 162 f.; Ziller 1999, S. 88 f.)

Von den PSP ist auch die *Vernetzung mit dem bürgerschaftlichem Engagement* deutlich gewünscht. Gerade bei der Betreuung und im vorpflegerischen Bereich ist es von Bedeutung, da es das soziale Netz der Betroffenen erweitert. Dadurch werden pflegende Angehörige unterstützt und das Risiko der Vereinsamung von Betroffenen reduziert. Zudem leisten bürgerschaftliche Akteure wichtige Leistungen, die beispielsweise durch professionelle Dienstleister nicht abgedeckt werden können. Dazu zählen soziale Leistungen wie gemeinsames

Kaffeetrinken und Freizeitangebote, aber auch kleine hauswirtschaftliche Hilfsdienste. Auch die Akteure des bürgerschaftlichen Engagements können also einen wichtigen Beitrag zur Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger leisten. Dies ist auch im Sinne des angestrebten Hilfemix in der Pflege, bei der sich professionelle, bürgerschaftliche und private Akteure gegenseitig ergänzen (vgl. KDA 2010, S. 33; Schröder 2009, S. 27).

Die PSP gehen gezielt Kooperationen mit den Akteuren des bürgerschaftlichen Engagements ein und unterstützen sie beispielsweise durch die Vermittlung der Angebote an Betroffene. Und auch die Akteure der Selbsthilfe und des bürgerschaftlichen Engagements sind in der Regel offen für die Zusammenarbeit mit den PSP und anderen Akteuren. Durch die Kooperation können sie mehr Betroffene erreichen. Somit ist ein gegenseitiger Nutzen deutlich erkennbar. Von Seiten der professionellen Leistungsanbieter, gerade im stationären Bereich ist jedoch zu erkennen, dass diese sich oft nicht ausreichend gegenüber dem Gemeinwesen und dessen Potenzialen öffnen, vermutlich weil sie diese eher als Bedrohung wahrnehmen und weniger die positiven Effekte der Zusammenarbeit sehen (z.B. gegenseitige Ergänzung) (vgl. KDA 2010, S. 118 ff.; Schröder 2009, S. 28).

Auch an der *Vernetzung mit Stellen der Leistungsgenehmigung* (z.B. Kommunen, Kranken- und Pflegekassen) haben die PSP ein Interesse, unter anderem deshalb, weil die Unterstützung bei der Antragsstellung häufig von Rat- und Hilfesuchenden nachgefragt wird. Teilweise ist es notwendig, dass die PSP die Leistungsbeantragung übernehmen, weil die Betroffenen und ihre Angehörigen selbst dazu nicht in der Lage sind. Die Unterstützung bei der Leistungsbeantragung stellt somit oft eine wichtige Hilfe für die Betroffenen dar, sozusagen als „Türöffner für das System“. Die Kooperationen zwischen PSP und den Stellen der Leistungsgenehmigung können helfen, wenn die PSP Beratung, Hintergrundinformationen und Hinweise zum Ausfüllen der Formulare bekommen. Auch für die Stellen der Leistungsgenehmigung hat dies Vorteile, da die Mitarbeiter des PSP erforderliche Informationen selbst an die Rat- und Hilfesuchenden weitergeben können. Somit müssen diese sich nicht einzeln an die Stellen wenden. Die PSP nehmen den Stellen der Leistungsgenehmigung also Arbeit ab, wodurch diese Ressourcen sparen können (vgl. KDA 2010, S. 102 ff.).

Es ist zu erkennen, dass die einzelfallübergreifende Vernetzung der PSP mit und zwischen verschiedenen Disziplinen (Ärzte, ambulante Pflegedienste, Rehabilitationseinrichtungen usw.) und Systemen (z.B. ambulantes und stationäres Versorgungssystem, Gesundheits- und Pflegesystem, professionelles und bürgerschaftliches Leistungserbringungssystem) von großer Bedeutung bei der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist. Dies stellt jedoch oft eine große Herausforderung dar, weil verschiedene Faktoren die interdisziplinäre Zusammenarbeit erschweren. Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen (aufgrund der starken Aufgliederung der Zuständigkeiten in den SGB) wirkt der Bildung von Netzwerken

häufig der Wettbewerb um Aufträge und öffentliche Mittel zwischen den Akteuren entgegen. Außerdem kommt es bei Kooperationen häufig zu Problemen und Konflikten. Dies rührt daher, dass jede Berufsgruppe ihre eigenen Deutungsmuster und Handlungslogiken bei verschiedenen Problemlagen aufweist und demnach auch verschiedene Prioritäten setzt und anders vorgeht. Dazu kommt, dass etwaige Hierarchien zwischen den verschiedenen Akteuren (z.B. zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen) die Konflikte verschärfen (vgl. Bauer 2005, S. 24 f.; Evers 2005, S. 63; Nawroth 2011, S. 91)

Daher besteht die Aufgabe der PSP bei der Vernetzung unter anderem darin, die Interessen aller Akteure einzubeziehen, Spannungsverhältnisse aufgrund von Konkurrenz entgegenzuwirken, die Machtverhältnisse auszubalancieren und die Vernetzung zielführend zu managen. So können regionale Netzwerke aufgebaut werden, die dem Ziel der Verbesserung der örtlichen Versorgungsstrukturen gerecht werden, indem sich die Versorgungsakteure vor Ort austauschen und voneinander lernen. Diese regionalen Netzwerke bestehend aus allen relevanten örtlichen Akteuren einschließlich des PSP, dienen also letztlich der umfassenden Problembearbeitung durch die Bündelung von Potenzialen. Voraussetzung dafür ist, dass offene Informationsstrukturen zwischen allen Akteuren vorherrschen. Dazu zählt auch, dass die beteiligten Akteure dem PSP regelmäßig die neusten relevanten Informationen bezüglich der Leistungen (z.B. Preis, konkrete Angebote, Ansprechpartner) weitergeben und wenn nötig, Hilfesuchende an den PSP weiterleiten. Dadurch können die Mitarbeiter des PSP ihr Basiswissen aktualisieren, um die direkten Leistungen optimal auszuführen. Im Gegenzug vermitteln die PSP die Betroffenen an die entsprechenden Leistungserbringer (vgl. Bauer 2005, S. 17; KDA 2010, S. 99 ff.).

Die durch das Netzwerk aufgebauten Beziehungen sollen jedoch auch dazu beitragen, dass die verschiedenen Akteure in bestimmten komplexen Situationen untereinander zusammenarbeiten, wenn dies erforderlich ist. Ziel ist es die meist unverbundenen Hilfen zu überwinden und die Versorgung durch systematische Kommunikation zu verbessern (vgl. Schmidt/Eggers 2014, S. 7).

Möglichkeiten, wie der Vernetzungsprozess durch die PSP angestoßen und gefördert werden kann sind beispielsweise institutionalisierte themenbezogene Arbeitskreise bestehend aus regionalen Vertretern von öffentlichen und freien Trägern, Verwaltung und Politik sowie stadtteilbezogene berufsgruppenspezifische Arbeitsgruppen. Aber auch allgemeine „Netzwerktreffen“, „Pflegekonferenzen“, „Qualitätszirkel“ oder Ähnliches bieten den regionalen Akteuren Austauschmöglichkeiten und dienen damit der Verbesserung der Versorgung (vgl. Bauer 2005, S. 18 f.; Röber/Hämel 2011, S. 149).

Insgesamt kann man sagen, dass die PSP durch ihre Vernetzungsaufgabe auf der Systemebene selbst eine wichtige Schnittstelle zwischen allen Akteuren darstellen und dadurch versuchen, alle regionalen und örtlichen Verantwortungs- und Hilfestrukturen zielgerichtet zu-

sammenführen. Dies dient letztlich der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zugunsten der hilfe- und pflegebedürftigen Personen. PSP können im Rahmen der Einzelfallarbeit Leistungsbedarfe und –angebote abgleichen und somit fehlende Angebote finden. Zudem haben sie einen guten Überblick über die gesamte Versorgungslandschaft und können dadurch fehlerhafte Versorgungsoptionen identifizieren. Die gewonnenen Erkenntnisse können vom PSP genutzt werden, um funktionierende Versorgungsnetze auf- und auszubauen und dadurch die Versorgungsqualität zu erhöhen. Vor allem im ambulanten Bereich haben sie viele Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Versorgung und können so dazu beitragen, dass pflege- und hilfebedürftige Personen so lange wie möglich zuhause versorgt werden können (vgl. KDA 2010, S. 127; Lang 2009, S. 199).

4 Der Landkreis Marburg-Biedenkopf

4.1 Situation im Landkreis

Der Landkreis Marburg-Biedenkopf umfasst eine Gesamtfläche von 1.262,56 qkm und ist in 22 Städte und Gemeinden aufgeteilt (siehe Abb. 4). Im Landkreis leben 250.153 Einwohner. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von rund 200 Einwohnern je qkm. Marburg-Biedenkopf zählt daher eher zu den ländlich geprägten Flächenlandkreisen (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online; Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Abb. 4: Die Städte und Gemeinden des Landkreises Marburg-Biedenkopf



Quelle: Glörfeld/Schlichting 2013, online

Die Folgen des demografischen Wandels und der damit verbundenen Alterung der Gesellschaft sind auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf deutlich bemerkbar. Im Jahr 2013 betrug

der Anteil der 65-Jährigen und Älteren bereits rund 18 %. Bis zum Jahr 2030 wird er vermutlich auf über 28 % ansteigen (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

Die Pflegestatistik hat gezeigt, dass im Landkreis circa 9.200 pflegebedürftige Personen leben, dies entspricht 3,7 % der gesamten Bevölkerung. Bis 2030 werden bereits 11.622 Pflegebedürftige prognostiziert (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

Auch der Anteil an Menschen, die auf niedrighschwelligen Hilfen zur Bewältigung des Alltags angewiesen sind, wird steigen. Vor allem die Anzahl an Personen mit demenziellen Erkrankungen wird stark zunehmen. Dies ist insofern besonders relevant, da diese häufig die Inanspruchnahme von Hilfe- und Pflegeleistungen verursachen (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

Wie im gesamten Bundesgebiet wird auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf der Großteil der pflegebedürftigen Personen nach wie vor ambulant versorgt, das heißt entweder ausschließlich von den Angehörigen oder unter Einbezug von ambulanten Diensten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft immer häufiger ambulante Dienste zur Unterstützung der häusliche Pflege in Anspruch genommen werden (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Momentan ist die Versorgungslage im Landkreis mit rund 50 ambulanten Pflegediensten und 36 stationären Pflegeeinrichtungen noch als sehr gut zu bewerten. Zudem gibt es diverse Spezialdienste wie niedrighschwellige Hilfsdienste, den Hospizdienst, die mobile ambulante geriatrische Rehabilitation und die Alzheimer Gesellschaft. Auch die, für ältere Menschen besonders wichtige, stationäre medizinischen Versorgung ist im Landkreis gut gesichert (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

Es ist jedoch davon auszugehen, dass auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf zukünftig die Bevölkerungszahl abnehmen und die Infrastruktur im Dienstleistungs- und Mobilitätssektor weiter geschwächt werden wird. Gerade für ältere Menschen stellen der Rückgang der Infrastruktur, weite Entfernungen und eingeschränkte Mobilität große Hindernisse dar, wenn es um die Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheits- und Pflegesystems geht. Dies ist ein massives Problem, da sie keinen Zugang mehr zu verlässlichen Unterstützungsangeboten haben, die stark zur Erhaltung der Autonomie beitragen. Auch der voranschreitende Ärztemangel stellt vor allem bei der medizinischen Versorgung älterer Menschen ein erhebliches Problem dar. Diese Entwicklung ist vor allem vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs an medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfeleistungen problematisch (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

Um die Versorgung der Bevölkerung vor allem in den ländlichen Regionen des Landkreises weiterhin sicherstellen zu können, bedarf es der Bündelung vorhandener Ressourcen und der Entwicklung innovativer Lösungsansätze. Diese Aufgabe übernimmt neben den zahlrei-

chen engagierten Institutionen, Vereinen und Initiativen im Landkreis seit 1989 die sogenannte „Stabsstelle Altenhilfe“. Diese Fachstelle für Altenhilfeplanung nimmt Einfluss auf die Gestaltung der Pflegelandschaft, indem sie zum Beispiel Projekte initiiert und umsetzt. Wenn diese erfolgreich sind, werden sie dann unter Umständen in das Regelangebot aufgenommen. Zudem hat sie unter anderem durch die Gründung des Kreissenorenrats und der Initiierung des Gerontopsychiatrischen Verbundes die Altenhilfe im Landkreis vorangebracht. Im Jahr 2010 wurde zudem der Pflegestützpunkt des Landkreises Marburg-Biedenkopf eingeführt, der ebenfalls einen erheblichen Beitrag zum Ausbau der Versorgungsstrukturen für hilfe- und pflegebedürftige Personen leistet (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online).

4.2 Der Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf

Am 1. April 2010 wurde der PSP Marburg-Biedenkopf mit dem Ziel eröffnet, die Versorgungssituation der Betroffenen zu verbessern (durch die einzelfallbezogene Beratung) und die Angebotsentwicklung positiv zu beeinflussen (durch die einzelfallübergreifende Systemsteuerung) (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Der PSP Marburg-Biedenkopf ist in den Räumlichkeiten des Beratungszentrums mit integriertem Pflegestützpunkt (BIP) in der Stadt Marburg angesiedelt. Ihm stehen dort drei Büros und ein Seminarraum zur Verfügung, in dem verschiedene Veranstaltungen, Schulungsmaßnahmen und Treffen von Selbsthilfe- und Ehrenamtsgruppen stattfinden. Dieser Standort des PSP weist verschiedene Vorteile auf. Zum einen liegt er im Zentrum des Landkreises, ist also für alle Einwohner relativ gut zu erreichen. Zum anderen findet so ein räumlicher Zusammenschluss verschiedener Träger im Bereich der Altenhilfe (nämlich vom Pflegebüro Stadt Marburg, vom Verein für Selbstbestimmung und Betreuung, von der Freiwilligenagentur, der Alzheimer Gesellschaft und dem PSP) statt. Dies hat den Vorteil, dass viele für die Arbeit des PSP relevante Institutionen unter einem Dach sind und somit eine trägerübergreifende und effektive Zusammenarbeit begünstigt wird. Dies kommt auch den Hilfesuchenden zugute, weil sie an nur einer Anlaufstelle umfassende Informationen und Beratung zum Thema Pflege und dem Leben im Alter erhalten können. Beim Aufbau des PSP wurde also auf eine systemübergreifende Gestaltung geachtet. Zudem bestand beim Aufbau des PSP eine wichtige Aufgabe darin, „(...) die neue Institution auf kommunaler Ebene systematisch zu verorten und zu integrieren“ (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online). Dies bedeutet, dass die Mitarbeiter neben der Einzelfallarbeit Kenntnisse über die regionale Angebotsstruktur erwerben, Kontakte zu Leistungserbringern aufbauen und Konzepte für die Netzwerkarbeit erarbeiten (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Im PSP arbeitet ein Mitarbeiter-Team bestehend aus einem Pflegeberater, zwei Sozialberaterinnen und einer Verwaltungskraft. Die Stelle des Pflegeberaters ist durch einen Mitarbeiter der Pflegekassen besetzt. Der gelernte Sozialversicherungsfachangestellte erlangte seine Qualifikation zum Pflegeberater über ein Fernstudium und besetzt nun eine Vollzeitstelle im PSP. Die Stelle als Sozialberater teilen sich zwei Mitarbeiterinnen, die von der Kommune für diese Aufgabe bereitgestellt wurden. Beide verfügen über langjährige Erfahrung in der Altenberatung, über einen guten Überblick über die regionale Altenhilfe und über eine Case Management-Ausbildung. Sie übernehmen im PSP die Beratung nach § 92c SGB XI mit dem Schwerpunkt „soziale Aspekte der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit“. Die Verwaltungsfachkraft ist mit 26,25 Stunden pro Monat im PSP beschäftigt und wird durch den Landkreis finanziert (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Die unterschiedlichen Arbeits- und Sichtweisen der Pflege- und Sozialberater stellten zunächst ein Problem dar. Daher musste ein gemeinsames Verständnis von Fallarbeit und Fallführung entwickelt werden, bei dem die Perspektive des jeweils anderen eingenommen und verstanden wird. Nur so konnte letztlich ein ganzheitlicher Blick auf den Klienten herausgearbeitet werden. Dabei wurden die Mitarbeiter durch die Stabsstelle Altenhilfe unterstützt. Ein Instrument dafür ist die sogenannte „Teamsupervision“, welche die Organisations- und Teamentwicklung zum Beispiel durch Fallreflexion, Identitäts-, Rollen- und Kompetenzklärung fördert. Langfristig können so die Pflege- und Sozialberater gegenseitig von ihrer Arbeit profitieren. Der Pflegeberater erhält Zugang zu den regionalen Dienstleistern, indem er mit den Sozialberaterinnen kooperiert, während die Sozialberaterinnen durch die leistungsrechtlichen und ökonomischen Kenntnisse des Pflegeberaters sowie durch seine strukturierte Arbeitsweise profitieren. Diese Vorteile, die letztlich der Beratung im PSP zugutekommen, werden ganz erheblich durch eine gute interne Kooperations- und Arbeitsstruktur mitgestaltet (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Die Stabsstelle Altenhilfe unterstützt den PSP zudem im fachlichen und administrativen Bereich sowie bei der Entwicklung der Organisationsstrukturen. Ein Instrument dafür sind die regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen, bei der die Besprechung aller Themen und Aufgabenbereiche im Mittelpunkt stehen, die der Abstimmung der Arbeit von der Pflege- und Sozialberatung dienen. Besprochen werden beispielsweise „(...) Fragen der internen Personalorganisation, der Kommunikation mit Leistungsanbietern/Netzwerkpartnern sowie der Planung von Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit“ (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Durch diese Maßnahmen bei der Einführung und beim Betrieb konnte der PSP Marburg-Biedenkopf vor Ort gut integriert werden und seine Arbeit aufnehmen. So konnte er zwischen 2010 und 2013 1.353 Klienten beraten. Bei 211 (16 %) von ihnen war ein Case Management erforderlich, da es sich um sehr komplexe Fallsituationen handelte. In der Regel war dies der

Fall bei demenzbedingten Pflegesituationen oder bei alleinstehenden Hilfebedürftigen, die nicht die Möglichkeit haben auf familiäre Unterstützungsstrukturen oder soziale Hilfenetzwerke zurückzugreifen (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Die meisten Anfragen kamen erwartungsgemäß von Angehörigen der Pflegebedürftigen. Dies war in 928 Fällen gegeben und 158 Anfragen kamen direkt von den Hilfesuchenden. Aber auch Krankenhäuser, andere Beratungsstellen, Nachbarn und Bekannte, Pflegedienste, gesetzliche Betreuer, Pflegekassen sowie Ärzte treten zum Teil als Vermittler an die PSP heran (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Die meisten Anfragen an den PSP betreffen die ambulante Versorgung von Pflegebedürftigen, aber auch Verfahrensangelegenheiten werden häufig besprochen. Zudem wurden Informationen und Beratung zu Selbsthilfegruppen/niedrigschwelligen Diensten, zur stationären Versorgung, zur rechtlichen Betreuung und zur medizinischen Reha erfragt (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Wie diese Themenauswahl vermuten lässt, war der größere Teil der Klienten nicht schwerstpflegebedürftig. Lediglich 7 % hatte Pflegestufe III (104 Fälle), 17 % Pflegestufe II (232 Fälle), 45 % Pflegestufe 0 (610 Fälle) und 30 % Pflegestufe I (406 Fälle) (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Insgesamt kann man sagen, dass das Angebot des PSP recht gut angenommen wird. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen besteht ein Beratungsbedarf, der jedoch vor der Einführung des PSP durch keine flächendeckende Beratungsinfrastruktur abgedeckt wurde. Diese Aufgabe übernimmt nun der zentral gelegene PSP. Zum anderen waren die Sozialberaterinnen des PSP dank ihrer vorherigen Tätigkeiten bereits in der Region bekannt. Außerdem wurde das Thema PSP schon vor der Eröffnung öffentlich thematisiert, da der Landkreis Modellregion des Projektes „Werkstatt Pflegestützpunkt“ war (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

4.3 Die Netzwerkarbeit des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf

Neben der Beratungstätigkeit auf der Einzelfallebene gemäß § 7a SGB XI übernimmt der PSP Marburg-Biedenkopf gemäß § 92c Abs. 2 SGB XI auf der Systemebene auch die „Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote“. Dies ist von besonderer Relevanz, um eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern zu gewährleisten. Diese stellt neben guten Kenntnissen über die Angebote in der Region die Basis für die Beratung und ein effektives Fallmanagement dar. Es ist wichtig, dass der PSP sich gut in das bestehende Hilfesystem vor Ort integriert. Eine kooperative Fallarbeit, die die vorhandenen Bedarfe deckt, kann nämlich nur gelingen, wenn sich die verschiedenen Akteure gegenseitig akzeptieren. Daher müs-

sen Schnittstellen geklärt und gute Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Zum Auf- und Ausbau von Kooperations- und Netzwerkstrukturen wurde deshalb vom Landkreis das Konzept des „Kooperationsnetzwerk Pflegestützpunkt“ entwickelt und integriert. Dieses dient einerseits der Integration des PSP in die vorhandene Versorgungsinfrastruktur, indem es die Abstimmung der Leistungen des PSP mit vorhandenen Schnittstellen-Institutionen fördert. Andererseits sollen dadurch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden in die Vernetzung einbezogen werden. Zudem sind regionale Netzwerkkonferenzen aufgebaut worden, die die allgemeine Kooperation zwischen allen an der Pflege beteiligten Akteuren fördert (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online; Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

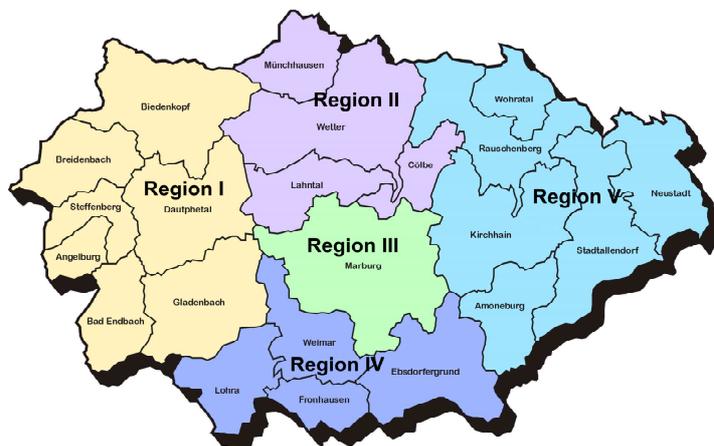
Die *Abstimmung mit Schnittstellen-Institutionen* ist ein wichtiger Bestandteil der Vernetzung durch den PSP, um die Akzeptanz des PSP zu steigern und ihn im regionalen Versorgungssystem zu verankern. Schon vor der Einführung der PSP gab es nämlich Institutionen, die vergleichbare oder überschneidende Angebote übernommen haben. Vorhandene Schnittstellen-Institutionen sind vor allem andere Beratungsstellen und Pflegekassen, Behörden und Kliniksozialdienste. Daher müssen die Leistungen des PSP mit diesen Institutionen abgestimmt werden, zum Beispiel durch die Klärung der Kommunikationswege, der Zuständigkeiten in Einzelfragen und der Beteiligung bei der komplexen Fallbearbeitung (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Die *Mitwirkung der Städte und Gemeinden* im Zuge der Vernetzung durch den PSP ist wichtig, um für alle Bürger des Landkreises den Zugang zur Beratung zu sichern. Aufgrund der großen Fläche des Landkreises ist der direkte Zugang zum PSP für einige Bürger nämlich nur schwer möglich. Daher sollten die Bürgermeister aller Städte und Gemeinden eingebunden werden. Durch die Bereitstellung eines Verwaltungsmitarbeiters als örtlichen Ansprechpartner für Ratsuchende, welcher eventuell auch „(...) eine Mittlerfunktion gegenüber dem Pflegestützpunkt übernehmen“ (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online) kann, soll der Zugang zu notwendigen Unterstützungsleistungen für alle Bürger gesichert werden. Es hat sich gezeigt, dass auch auf Seiten der Städte und Gemeinden ein Interesse daran besteht, sodass mit einem Großteil bereits Kooperationen eingegangen werden konnten (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Um Kooperations- und Netzwerkstrukturen zwischen allen, an der Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen beteiligten, Akteure zu fördern wurde zudem das Konzept der *regionalen Netzwerkkonferenzen* entwickelt und eingeführt. Im Zuge des empirischen Teils dieser Arbeit wurden die teilnehmenden Akteure befragt, weshalb sich die folgenden Ausführungen zur Vernetzungsarbeit des PSP Marburg-Biedenkopf vor allem auf diese beziehen.

Die regionalen Netzwerkkonferenzen ersetzen im Landkreis Marburg-Biedenkopf seit 2010 die Kreispflegekonferenzen. Diese Änderung wurde durchgeführt, um eine kleinräumigere Vernetzung der Akteure zu ermöglichen. Zur Sicherstellung des regionalen Bezugs wurde der Landkreis nämlich in fünf Netzwerkregionen aufgeteilt (siehe Abb. 5). In jeder Region finden seit 2010 zweimal jährlich Netzwerkkonferenzen statt. Dazu eingeladen werden alle Institutionen, die für die Beratungs- und Vermittlungstätigkeiten des PSP relevant sind, also zum Beispiel Leistungserbringer, Vereine, Selbsthilfe- und Ehrenamtsgruppen und kommunale Kontaktpartner. Durch die Treffen sollen gemeinsam Entwicklungsmöglichkeiten ermittelt und eingeleitet werden. So können die Netzwerkkonferenzen zur Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur beitragen, zum Beispiel indem sie Kontakte zwischen den verschiedenen Akteuren fördern. Die Netzwerktreffen bieten den Anbietern darüber hinaus einen Rahmen

Abb. 5: Die fünf Netzwerkregionen



Quelle: Landkreis Marburg-Biedenkopf 2014, online

zum Informationsaustausch und Wissenstransfer, zur Vorstellung der eigenen Leistungen, zur Leistungsprofilierung und unter Umständen zur Planung gemeinsamer Projekte. Zudem geben sie Impulse für Weiterentwicklungen und bieten die Möglichkeit zur institutionsübergreifenden Zusammenarbeit. Beispielsweise wird dadurch auch die regelmäßige Begegnung zwischen professionellen und Bürgerschafts-

gruppen (z.B. Selbsthilfe- und Ehrenamtsgruppen) gefördert, woraus ganz neue Pflegearrangements entstehen können, die für die Sicherung der Pflege in der Zukunft von großer Bedeutung sind. Insgesamt wird der Aufbau organisationsübergreifender Hilfestrukturen angestrebt. Zudem sollen die Netzwerktreffen dazu beitragen die Akteure für entwicklungsrelevante Themen zu sensibilisieren. Die Netzwerktreffen sorgen außerdem für eine gewisse Transparenz der Angebotsstrukturen. Durch dieses Angebot profitiert die Beratungs- und Koordinationsarbeit des PSP, aber auch die Abstimmung der Angebotsentwicklung kann dadurch verbessert werden. Zudem soll die Arbeit der PSP transparent gemacht werden. Außerdem bietet sich der PSP den Leistungsanbietern als Kooperationspartner an und unterstützt sie bei der Organisation von Versorgungsarrangements (vgl. Glörfeld/Schlichting 2013, online; KDA 2010, S. 128; Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online; Schlichting 2014, unveröffentlicht).

In Absprache mit den Anbietern wurde für die regionalen Netzwerkkonferenzen ein formaler Organisations- und Arbeitsrahmen festgelegt. Dieser soll eine möglichst hohe Verbindlichkeit schaffen. So wird die Moderation der Treffen grundsätzlich von der Stabsstelle Altenhilfe übernommen, wobei die Berater des PSP jedoch aktiv einbezogen werden. Dies hat zum Vorteil, dass die Beratungskräfte des PSP entlastet werden. Zudem ist die Moderation der Netzwerkgruppen „(...) als eine Aufgabe kommunaler Planung zu betrachten, die Einblick in die lokale Entwicklungspotentiale und –bedarfe gewährt“ (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online). Die Moderation hat unter anderem die Aufgabe die Netzwerkteilnehmer, durch verschiedene aktivierende Methoden der Gruppenarbeit, in die Gremienarbeit einzubeziehen. Die Sitzungen laufen außerdem immer nach einer festen Struktur ab. Zu Beginn wird unter anderem über wichtige Ereignisse, Entwicklungen, Neuerungen aus dem PSP berichtet, woraufhin Berichte durch Anbieter beziehungsweise Organisationen folgen. Danach wird ein jeweils vorher ausgewähltes Schwerpunktthema bearbeitet (inklusive Vorstellung der Ergebnisse). Abschließend wird die nächste Sitzung geplant. Die Ergebnisse und der Informationstransfer werden zudem in einem Protokoll festgehalten. Außerdem ist festgelegt, dass Anbieter aus dem Einladungsverteiler gelöscht werden, wenn sie zweimal in Folge unentschuldigt fehlen. Fester Bestandteil der Netzwerkkonferenzen ist zudem, dass der Bürgermeister der Gastgebergemeinde für das jeweilige Treffen eingeladen wird und die Begrüßung übernehmen darf (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online; Schlichting 2014, unveröffentlicht)

Auf Wunsch der Netzwerkteilnehmer fand im Jahr 2013 neben den regionalen Netzwerktreffen eine Gesamtkonferenz statt, an der insgesamt 120 Akteure aus der Pflege teilnahmen. Diese bot den Teilnehmern die Möglichkeit regionsübergreifende Kontakte zu knüpfen. Die Gesamtkonferenz wurde durch eine externe, professionelle Moderation unterstützt und es wurden, wie bei den regionalen Netzwerktreffen, Methoden angewendet, die die Aktivierung der Teilnehmer unterstützen. So bekamen sie die Gelegenheit gruppenweise an verschiedenen Thementischen Gespräche zu führen und die Ergebnisse im Abschlussplenum zusammenzutragen. Dabei entstanden auch Anregungen für wichtige Themen, die in zukünftigen regionalen Netzwerkkonferenzen aufgegriffen werden sollen. Konkret wurden in den darauffolgenden Treffen die Themen „Optimierung der Fallversorgung“ und „Regionale Vernetzung und Kooperation“ umgesetzt (vgl. Schlichting 2014, unveröffentlicht).

Nach mittlerweile knapp fünf Jahren regionaler Netzwerktreffen lässt sich eine erste Bilanz ziehen. Es hat sich gezeigt, dass die Arbeit im PSP durch die persönlichen Kontakte mit den regionalen Anbietern direkt verbessert werden kann. Daher haben die Pflege- und Sozialberater ein großes Interesse daran die Gremienarbeit mitzugestalten. Aber auch von den Anbietern wurde die Gremienarbeit von Beginn an recht gut angenommen. Es ist festzustellen,

dass von den 237 Akteuren, die zu den Netzwerkkonferenzen eingeladen werden, rund 43 % regelmäßig teilnehmen. Unter den eingeladenen Akteuren gibt es 77 professionelle Pflegeanbieter, von denen sich etwa 60 % an den Treffen beteiligen. Im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe sind es mit 11 Beteiligten von insgesamt 21 Eingeladenen rund 50 %. Die höchste Beteiligung an den Netzwerkkonferenzen ist von Seiten der kreisangehörigen Städte und Gemeinden zu verzeichnen. Hier nehmen 20 der 22 Eingeladenen regelmäßig teil. Aus dem Bereich des Gesundheitssystems ist hingegen nur eine sehr geringe Beteiligung festzustellen, wobei sich die Einbindung der niedergelassenen Ärzte besonders schwierig gestaltet (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online; Schlichting 2014, unveröffentlicht).

Zudem wurden innerhalb der Laufzeit einige strukturelle Schwächen der regionalen Netzwerkkonferenzen festgestellt, weshalb zwei Anpassungsmaßnahmen notwendig waren. Zum einen hat sich herausgestellt, dass in der Region II eine vergleichsweise geringe Anbieterdichte und damit eine entsprechend niedrige Teilnehmerzahl an den Netzwerkkonferenzen besteht. Daher wurden die Netzwerkregionen I und II zusammengelegt. Zum anderen herrscht in der Region III (Stadt Marburg) eine sehr hohe Anbieterdichte. Die dadurch bedingte große Gruppengröße bei den Netzwerkkonferenzen machte ein effektives Arbeiten jedoch unmöglich, weshalb die Netzwerktreffen in der Region III den stadtteil- bzw. quartiersbezogener Netzwerktreffen weichen mussten. Diese Anpassungsmaßnahmen ermöglichen einerseits ein besseres Arbeiten bei den Treffen. Andererseits tragen sie aber auch zur Sicherstellung des regionalen Bezugs bei und sorgen somit dafür, dass die Förderung der regional vernetzten Zusammenarbeit der Akteure gesichert wird (vgl. Schlichting 2014, unveröffentlicht).

5 Methode

5.1 Art der Erhebung

Um den Erfolg der Netzwerktreffen im Landkreis Marburg-Biedenkopf zu überprüfen, wird eine quantitative Erhebung durchgeführt, das heißt die Untersuchung findet unter standardisierten Bedingungen statt. Das Ziel dabei ist die Gewinnung von Erkenntnissen über die Wirkung der Netzwerktreffen bei den beteiligten Akteuren und über die als positiv und negativ empfundene Aspekte. Zudem sollen Anregungen für Verbesserungen gesammelt werden und Erkenntnisse darüber, wovon der Erfolg eines Netzwerkes abhängt. Die Erhebung wird mithilfe eines halboffenen (teilstandardisierten) Fragebogens durchgeführt (siehe Anhang). Das heißt, er umfasst geschlossene Fragen, bei denen Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, aber auch offene Fragen (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 77 ff.).

Der quantitative Untersuchungsansatz ist gewählt worden, da alle Personen beziehungsweise Institutionen, die zu den Netzwerktreffen des PSP eingeladen werden, befragt werden sollen. Es handelt sich also um eine relativ hohe Fallzahl. Zudem sollen anhand der Ergebnisse für die Netzwerkteilnehmer allgemeingültige Aussagen (z.B. „Die Netzwerktreffen des PSP werden eher positiv bewertet“) generiert und statistische Zusammenhänge (z.B. „Wenn durch die Netzwerktreffen des PSP Vorteile für die Teilnehmer entstanden sind, bewerten sie die Netzwerktreffen eher positiv“) ermittelt werden. Der konzipierte Fragebogen beinhaltet jedoch für die quantitative Herangehensweise relativ viele offene Fragen. Damit wird das Ziel verfolgt, neue Erkenntnisse über Vernetzung im Allgemeinen und die Netzwerktreffen des PSP im Speziellen zu gewinnen.

Angestrebt ist eine Totalerhebung. Dabei soll die Erhebung die Grundgesamtheit umfassen, das heißt die Gesamtheit aller Merkmalsträger, die bei der vorliegenden Aufgabenstellung betrachtet werden können. Dies ist möglich, da die Grundgesamtheit für die durchgeführte Erhebung relativ überschaubar ist. Sie umfasst alle Personen beziehungsweise Institutionen aus den fünf Regionen des Landkreises Marburg-Biedenkopf, die zu den regionalen Netzwerkkonferenzen des PSP eingeladen werden. Dies entspricht 237 Akteuren aus dem Bereich der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung ($n=237$) (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 65).

Für eine Totalerhebung spricht, dass gewisse Fehler, die bei der Ziehung der Stichprobe auftreten können, von vorneherein ausgeschlossen werden. Dies führt im Optimalfall zu genaueren Befunden. Zudem erübrigt sich dadurch das Problem der mangelnden Repräsentativität einer Stichprobe. Unter Repräsentativität versteht man die realitätsgetreue Abbildung der Stichprobe, wenn von dieser auf die Grundgesamtheit geschlossen wird. Eine Stichprobe ist also repräsentativ, wenn „(...) diejenigen Strukturen, die die Grundgesamtheit kennzeichnen, aus der die Stichprobe entnommen wird, sich in dieser widerspiegeln“ (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 70). Bei der Vollerhebung spielt dies keine Rolle, da die Grundgesamtheit abgedeckt wird. Häufig wird die Möglichkeit der Totalerhebung jedoch, beispielsweise aufgrund zu hoher Kosten oder einem zu hohen Arbeitsaufwand, von vorneherein ausgeschlossen. Diese Ausschlusskriterien sind im vorliegenden Fall nicht zutreffend. Ein mögliches Problem stellt allerdings die Motivation aller Netzwerkteilnehmer zur Teilnahme an der Befragung dar. Um dieses Problem zu umgehen, werden im Vorfeld einige Maßnahmen ergriffen (z.B. Ankündigung des Fragebogens bei den letzten Netzwerktreffen), die im Folgenden noch näher erläutert werden (vgl. Kap. 5.2) (vgl. Häder 2006, S. 139 f.; Schöneck/Voß 2013, S. 70).

5.2 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen beinhaltet sowohl geschlossene Fragen, bei denen Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, als auch offene Fragen, die frei beantwortet werden müssen. Es handelt sich also um einen halboffenen (teilstandardisierten) Fragebogen. Die offenen Fragen ermöglichen den Teilnehmern eine freie Meinungsäußerung. Zudem wäre bei vielen Fragen die Vorgabe aller Antwortmöglichkeiten zu umfangreich oder unter Umständen nicht möglich, beispielsweise weil das Themengebiet noch nicht hinreichend erforscht ist. Dies ist von Bedeutung, da das Spektrum möglicher Antworten immer komplett abgedeckt sein sollte. Wichtig ist außerdem, dass es keine Überschneidungen zwischen verschiedenen Antwortmöglichkeiten gibt (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 77 ff.).

Die offenen Fragen werden von den Befragten frei beantwortet. Die Anzahl der Antwortmöglichkeiten ist dabei nicht vorgegeben. Die geschlossenen Fragen sind hingegen meist so ausgelegt, dass von den Befragten nur eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden soll. Lediglich bei einer geschlossenen Frage sind Mehrfachnennungen vorgesehen. Diese ist explizit mit der Angabe „Mehrfachnennungen möglich“ gekennzeichnet. Zur Verdeutlichung beinhaltet der Fragebogen auf dem Deckblatt (erste Seite; direkt nach dem Anschreiben) eine Anleitung zum Ausfüllen.

Auf dem Deckblatt befindet sich zudem der Titel, welcher Aufschluss über das Thema der Befragung liefert. Das darauffolgende Anschreiben beinhaltet die ungefähre Zeitdauer, die für das Ausfüllen des Fragebogens benötigt wird, die Bitte um ehrliches und vollständiges Beantworten der Fragen sowie eine Auskunft über die Möglichkeiten der Rücksendung. Desweiteren wird der vertrauliche Umgang mit den Daten versichert und ein Hinweis auf Anonymität gegeben. Zuletzt folgt der Dank für die Teilnahme an der Befragung. Zu Beginn des Deckblattes ist außerdem der Absender des Fragebogens genannt und direkt darunter die Ansprechpartner bei Rückfragen. Das Deckblatt soll zum einen Informationen liefern, zum anderen soll es aber auch Seriosität vermitteln und Vertrauen wecken, um eine möglichst hohe Beteiligung und ehrliche Antworten zu erreichen (vgl. Prost 2014, S. 36 ff.).

Um diesen Effekt zu verstärken ist dem Fragebogen noch ein persönliches Begleitschreiben von der Leiterin der Stabsstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf, vorangestellt. Dieses beinhaltet Informationen über den Absender des Fragebogens, darüber wer befragt wird sowie über den Anlass und das Ziel der Untersuchung. Zudem ist eine Frist für die Rücksendung des Fragebogens angegeben und es wird angekündigt, dass die Ergebnisse der Befragung in einer der nächsten Netzwerktreffen vorgestellt werden. Dies soll ebenfalls die Motivation zur Teilnahme steigern, indem es den Teilnehmenden einen gewissen Nutzen verspricht (vgl. Prost 2014, S. 36 ff.).

Auch bei der Konzeption des Fragebogens wurden einige Aspekte berücksichtigt, da verschiedene Gestaltungsmerkmale (z.B. Layout, Umfang und Anordnung der Fragen) Auswirkungen auf die Ergebnisse der Befragung haben können. So nimmt beispielsweise mit zunehmendem Umfang des Fragebogens die Bereitschaft an der Befragung teilzunehmen ab. Deshalb wurde versucht überflüssige Fragen zu vermeiden und nur die für das Ergebnis relevanten zu stellen. So konnte der Fragebogen auf die wichtigsten 14 Fragen reduziert werden. Auch deren Anordnung ist bewusst gewählt worden. Zu Beginn wird beispielsweise nach der Region, der Art der Institution und den Teilnehmern gefragt. Diese Einstiegsfragen sind leicht zu beantworten und noch relativ unverfänglich. Erst danach werden die Fragen konkreter (z.B. die Frage nach der regelmäßigen Teilnahme an den Netzwerktreffen). Eher als heikel zu beurteilende Fragen (u.a. Kritik und Bewertung der Netzwerktreffen insgesamt) wurden hingegen an das Ende des Fragebogens gestellt. Dieses Vorgehen soll die Befragten behutsam an das Thema heranführen und damit verhindern, dass sie das Ausfüllen, beispielsweise aufgrund von Überforderung, sofort abbrechen. Zudem wurde versucht, die Fragen nach Themenbereichen logisch zu strukturieren. So beginnt der Fragebogen mit den Angaben zum Befragten und seiner Institution, gefolgt von allgemeinen Fragen zu den regionalen Netzwerkkonferenzen und zur Vernetzung. Danach folgen Fragen zum Nutzen der Treffen und letztlich soll eine konkrete Bewertung der Netzwerktreffen erfolgen (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 73 f.).

Insgesamt wurde versucht die Anordnung und Formulierung der Fragen möglichst einfach zu gestalten. Dies ist im vorliegenden Fall besonders wichtig, da die Teilnehmer den Fragebogen alleine ausfüllen sollen. Um die Teilnehmerquote möglichst hoch zu halten, sollten die Fragen schnell und möglichst einfach zu beantworten sein. Teilweise ist es jedoch unvermeidbar, gezielte Nachfragen einzubauen. So lautete beispielsweise eine Frage „Können Sie Erkenntnisse aus den Netzwerktreffen in Ihre Institution einbringen?“. Wenn diese Frage mit „Ja“ beantwortet wird, lautet die Nachfrage „Wie?“. Wird sie hingegen mit „Nein“ beantwortet, lautet die Nachfrage „Warum nicht?“. Dieses Vorgehen stellt eine Schwierigkeit dar, die aber notwendig ist, um die gewünschten Erkenntnisse zu erlangen. Um die Beantwortung dieser Fragen zu erleichtern, sind sie zum einen immer mit „wenn Ja: ...“ beziehungsweise mit „wenn Nein: ...“ gekennzeichnet. Zum anderen werden solche Nachfragen im Verlauf mehrmals in der gleichen Weise gestellt, was die Beantwortung erleichtert (vgl. Schöneck/Voß 2013, S.75).

5.3 Vorgehen bei der Datenerhebung

Nach der Konzipierung des Fragebogens wurden zunächst Pretests (=Vortest) durchgeführt, „um das entwickelte Erhebungsinstrument vor der Hauptuntersuchung zu prüfen (...)“ (vgl.

Raithel 2008, S. 63). Es soll kontrolliert werden, ob der Aufbau des Fragebogens schlüssig ist, ob die Anweisungen ausreichen und verständlich sind und ob es fehlende oder überflüssige Antwortvorgaben gibt. Neben der Überprüfung auf allgemeine Verständlichkeit wird aber auch getestet, welchen zeitlichen Aufwand das Ausfüllen des Fragebogens verursacht. Als Pretestverfahren ist der Standard Pretest (oder auch Beobachtungspretest) ausgewählt worden. Dabei wird den Zielpersonen unter möglichst realistischen Bedingungen der Fragebogen zur Beantwortung vorgelegt und man beobachtet ihre Reaktionen. Das Ziel dieses Verfahrens ist die Beobachtung von Auffälligkeiten oder Problemen beim Ausfüllen. Aktives Hinterfragen (z.B. der Verständlichkeit) ist hingegen nicht vorgesehen. Diese Art des Pretests hat mehrere Vorteile. Zum einen sind sie verhältnismäßig kostengünstig und wenig zeitaufwändig. Zum anderen kann dabei die Dauer der Befragung relativ gut ermittelt werden, welche später zur Orientierung im Anschreiben angegeben werden soll. Problematisch bei diesem Testverfahren ist hingegen, dass die Beobachtung von Auffälligkeiten durch den Interviewer subjektiv ist und deshalb Ungenauigkeiten zulässt. Obwohl am Ende des Pretests noch einmal nachgefragt wird, ob der Aufbau des Fragebogens stimmig ist und ob es Verständnisschwierigkeiten oder Ähnliches gibt, ist nicht mit Sicherheit gesagt, dass Probleme zugegeben werden (vgl. Häder 2006, S. 385 ff.).

Die Pretests des Fragebogens wurden an zwei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt. Zuerst ist der Fragebogen von drei nicht fachkundigen Personen auf allgemeine Fehler (z.B. Rechtschreibung) und Verständlichkeit getestet worden. Danach folgten drei weitere Pretests durch fachkundige Personen. Bei diesen sollte nun die fachliche Verständlichkeit und Beantwortbarkeit des Fragebogens getestet werden. Bei den Testpersonen handelt es sich um eine Mitarbeiterin der Stabsstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf, um eine der zwei Sozialberaterinnen des PSP Marburg-Biedenkopf und um eine fachkundige Kommilitonin. Durch die Pretests konnten folgende relevante Erkenntnisse gewonnen werden: Die nicht fachkundigen Personen haben festgestellt, dass einige Fragen zu kompliziert gestellt waren. Daher mussten sie zur besseren Verständlichkeit umformuliert werden. Bei den Tests durch die fachkundigen Personen ist deutlich geworden, dass einige Antwortmöglichkeiten bei den geschlossenen Fragen ergänzt werden müssen und dass es nicht gut für den Lesefluss ist, wenn eine Frage durch das Seitenende zweigeteilt wird. Dies konnte jedoch durch einen Seitenumbruch leicht behoben werden. Zudem war der Abstand zwischen den Fragen zu klein. Dies stellt ein Problem dar, wenn Personen den Fragebogen ausgedruckt per Hand ausfüllen wollen, welches jedoch durch die Vergrößerung des Abstandes behoben werden konnte. Die letzte Änderung betrifft die Reihenfolge der Fragen. Diese wurde geändert, damit ein logischer Aufbau und eine klare Struktur des Fragebogens erkennbar werden.

Nach der endgültigen Fertigstellung des Fragebogens wurde dieser am 26.08.2014 per E-Mail, inklusive des Begleitschreibens, an alle im Verteiler vorhandenen Personen beziehungsweise Institutionen geschickt. Der Fragebogen ist in Form eines Word-Dokuments an die E-Mail angehängt und kann direkt in diesem Dokument ausgefüllt und per E-Mail zurückgeschickt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit den Fragebogen auszudrucken, auszufüllen und per Post zurückzuschicken. In diesem Fall müssen die anfallenden Kosten jedoch vom Befragten selbst getragen werden. Der Versand des Fragebogens per E-Mail ist im vorliegenden Fall die einfachste und sinnvollste Variante, da so die Fragebögen kostengünstig verschickt und auch wieder zurückgeschickt werden können. Außerdem ist der Versand per E-Mail gut möglich, weil innerhalb des Netzwerkes meist per E-Mail kommuniziert wird (z.B. Einladungsschreiben). Alle Beteiligten verfügen also über PC, Internet und eine E-Mail-Adresse.

Für das Ausfüllen des Fragebogens bekamen die Teilnehmer drei Wochen Zeit. Im Begleitschreiben ist also der 12.09.2014 als spätester Rücksendetermin festgelegt. Dieser wurde absichtlich so gewählt, da sich die ersten zwei Wochen des Befragungszeitraums mit den Schulferien überschneiden, in welchen viele Personen Urlaub nehmen. Um trotzdem eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen, sollte den Befragten daher noch eine Woche nach den Ferien zur Verfügung stehen. Mit derselben Intension wurde den Netzwerkteilnehmern außerdem eine Woche vor Ablauf der Rücksendefrist eine Erinnerungsmail zugeschickt, worin sie noch einmal freundlich gebeten wurden an der Befragung teilzunehmen, falls sie dies noch nicht getan haben (vgl. Schöneck/Voß 2013, S. 82).

Trotz der diversen Maßnahmen zur Motivation an der Teilnahme ist die Beteiligung relativ gering ausgefallen. Dies hat zum einen Auswirkungen auf die statistische Datenauswertung, aber auch auf die allgemeine Aussagekraft der Ergebnisse (vgl. Kap. 7).

5.4 Statistische Datenanalyse

Die Datenanalyse wird mit SPSS 18 für Windows durchgeführt. Damit eine statistische Auswertung bei den erhobenen Daten überhaupt möglich ist, müssen jedoch einige Vorbereitungen getroffen werden. Der Fragebogen enthält nämlich verhältnismäßig viele offene (und auch halboffene) Fragen. Die so gewonnenen Daten sind jedoch nicht ohne Weiteres statistisch auswertbar. Daher müssen die verschiedenen offenen Antworten kategorisiert werden. Sie werden also zu Antwortkategorien zusammengefasst, denen dann numerische Codes zugeordnet werden können. Damit ist es letztlich möglich, sie genauso wie die geschlossenen Fragen mithilfe von SPSS auszuwerten (vgl. Häder 2006, S. 406 f.).

Die mithilfe des Fragebogens ermittelten Daten sind ausschließlich nominal skalierte. Es können also lediglich einfache Klasseneinteilungen erstellt werden, denen die Untersu-

chungsobjekte zugeordnet werden können. Es ist jedoch nicht möglich eine Rangfolge, Differenz und ein Verhältnis zwischen ihnen festzustellen. Das heißt, sie sind gleichwertig und man kann folglich nur zwischen gleich und ungleich differenzieren. So lassen sich bei dem Untersuchungsobjekt „Herkunftsregion“ beispielsweise die Klassen „Region I“, „Region II“, „Region III“, „Region IV“ und „Region V“ unterscheiden. Zur statistischen Auswertung wird jeder Klasse eine Zahl zugeordnet. Diese dient jedoch nur der Benennung. Anhand der Zahlenwerte sind also keine quantitativen Aussagen möglich (vgl. Häder 2006, S.410; Raithel 2008, S. 43).

Aufgrund der Tatsachen, dass lediglich nominalskalierte Daten vorliegen und dass eine Vollerhebung durchgeführt wurde (es müssen also keine Tests durchgeführt werden, um Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit ziehen zu können), sind die Möglichkeiten der statistischen Auswertung mit SPSS beschränkt. Nach der Codierung und Eingabe der Daten in SPSS wurden zunächst Häufigkeitstabellen erstellt. Bei diesem Verfahren der Datenanalyse wird nur eine Variable betrachtet. Es handelt sich also um ein univariates Datenanalyseverfahren. Die Häufigkeitszählung stellt meistens den ersten Schritt bei der Datenauswertung dar. Die dabei gewonnenen „Häufigkeitsverteilungen geben an, von wie viel Befragten die einzelnen Antwortvorgaben je Variable angekreuzt wurden. Sie bieten die Möglichkeit, alle Werte in übersichtlicher Form darzustellen“ (vgl. Raithel 2008, S. 127).

Im Anschluss wurde eine bivariate Datenanalyse durchgeführt. Es wurden Kreuztabellen erstellt, welche dazu dienen, „(...) die gemeinsame Häufigkeitsverteilung zweier Variablen darzustellen und Zusammenhänge zu entdecken bzw. zu prüfen“ (vgl. Raithel 2008, S. 139). Beispielsweise kann so überprüft werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Erkenntnis-einbringung und der Bewertung der Netzwerktreffen des PSP besteht (Annahme: Wenn eine Institution bei den Netzwerktreffen gewonnene Erkenntnisse in ihre Arbeit einbringen kann, bewertet sie die Treffen positiver). Die Kreuztabellen geben einen ersten Überblick über mögliche Zusammenhänge zwischen zwei Variablen. Ob wirklich ein Zusammenhang vorhanden ist und wie stark dieser ausgeprägt ist, kann für die vorliegenden (nominalskalierten) Daten mithilfe zweier Zusammenhangsmaße ermittelt werden. Der Phi-Koeffizient ist bei nominalskalierten dichotomen Variablen anwendbar, das heißt wenn beide in der Kreuzta-belle betrachteten Variablen nur zwei Ausprägungen haben (Beispiel: Können Sie gewonnene Erkenntnisse einbringen? (Ja/Nein) und Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen? (eher kritisch/eher positiv)). Wenn mindestens eine der Variablen nicht dichotom ist, wird das Zusammenhangsmaß Cramers V betrachtet. Sowohl der Phi-Koeffizient, als auch der Cramers V Koeffizient können einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen, wobei 0 bedeutet, dass es keinen Zusammenhang gibt und 1, dass ein perfekter Zusammenhang besteht. In Tabelle 1 ist dargestellt, wie die Höhe der Zusammenhangskoeffizienten Phi und Cramers V genau zu bewerten ist (vgl. Raithel 2008, S. 144 ff.).

Zur übersichtlichen Ergebnisdarstellung werden die wichtigsten Ergebnisse letztlich mithilfe von SPSS in Tabellen und Diagrammen zusammengefasst.

Tab. 1: Interpretation der Zusammenhangskoeffizienten Phi und Cramers V

Betrag des Zusammenhangskoeffizienten	Stärke des Zusammenhangs
0,0 bis < 0,1	kein Zusammenhang
≥ 0,1 bis < 0,3	geringer Zusammenhang
≥ 0,3 bis < 0,5	mittlerer Zusammenhang
≥ 0,5 bis < 0,7	hoher Zusammenhang
≥ 0,7 bis < 1,0	sehr hoher Zusammenhang
1,0	perfekter Zusammenhang

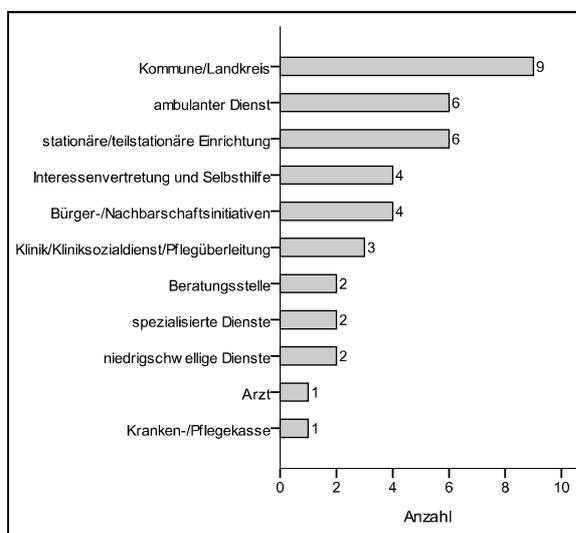
Quelle: modifiziert nach Kuckartz/Rädiker/Ebert/Schehl 2013, S. 98

6 Ergebnisse

Von den 237 Personen/Institutionen, die zu den Netzwerktreffen des PSP eingeladen werden, haben 47 an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Beteiligung von 19,83 %.

Wie in Abbildung 6 erkennbar ist, lassen sich die Befragten verschiedenen Arbeitsbereichen zuordnen. Der größte Teil, nämlich 22,5 %, ist im Bereich Kommune/Landkreis tätig, gefolgt von den ambulanten Diensten und den (teil-)stationären Einrichtungen, denen sich jeweils 15,0 % der Befragten zuordnen lassen.

Abb. 6: Verteilung der Arbeitsbereiche (n=40)



Quelle: eigene Darstellung

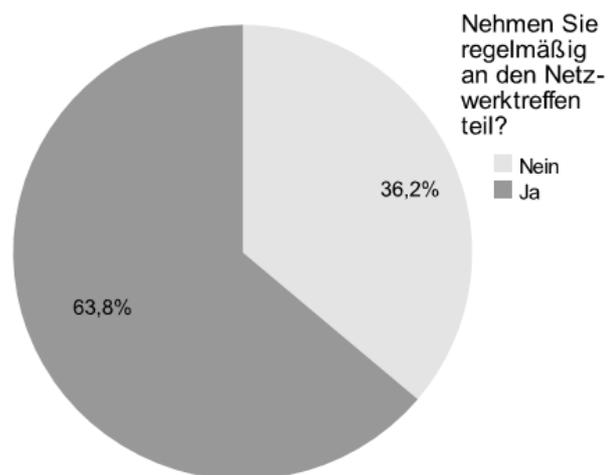
Wider Erwarten ist zu erkennen, dass die Beteiligung der nicht-professionellen Akteure vergleichsweise gering ist, während mehr Personen/ Institutionen als angenommen aus dem professionellen Bereich teilgenommen haben. 40,0 % der Teilnehmer lassen sich nämlich eindeutig den professionellen Diensten zuordnen (stationäre/teilstationäre Einrichtungen: 15,0 %; ambulante Dienste: 15,0 %; Klinik/ Kliniksozialdienste/Pflegeüberleitung: 7,5 %; Ärzte: 2,5 %). Dahingegen können nur 20,0 bis 25,0 % der Teilnehmer eindeutig den nicht-professionellen Diensten zugeordnet werden (Bürger-/Nachbarschafts-

initiativen: 10,0 %; Interessenvertretung/Selbsthilfe: 10,0 %; niedrigschwellige Dienste: 5,0 %). Als positiv zu bewerten ist, dass immerhin ein Kassenvorsteher und ein Arzt (jeweils 2,5 %) an der Befragung teilgenommen haben.

Bei der Frage danach, wer aus der Institution in der Regel an den Treffen teilnimmt, hat sich ergeben, dass sich knapp die Hälfte der Teilnehmer der Leitungsebene zuordnen lassen. Genauer gesagt gaben 46,8 % der Befragten an, aus dieser Gruppe zu stammen. Dazu kommen diejenigen, die sich zwei Gruppen zuordnen lassen, nämlich der Leitungs- und Entscheidungsebene (8,5 %) beziehungsweise der Mitarbeiter- und Leitungsebene (4,3 %). Weitere 29,8 % der Teilnehmer sind ausschließlich der Arbeiterebene und lediglich 6,4 % der Entscheidungsebene zuzuordnen. Die übrigen 4,3 %, also zwei Befragte, gaben an, dass keiner teilnimmt. Es ist davon auszugehen, dass diese Befragten noch nie an den Netzwerktreffen teilgenommen haben.

In Abbildung 7 ist zu sehen, dass 63,8 % der Befragten regelmäßig an den Netzwerktreffen teilnehmen. Dies entspricht 30 von 47 Personen. Mit einem Anteil von 36,2 % (17 Befragte) haben mehr Personen als erwartet an der Befragung teilgenommen, die nicht regelmäßig (oder nie) zu den Netzwerktreffen kommen. Es war zu befürchten, dass vor allem Personen/Institutionen den Fragebogen ausfüllen würden, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen und sich diejenigen, die selten/nie teilnehmen enthalten. Dies hätte eventuell zur Folge, dass wenige negativ empfundene Aspekte zum Vorschein kommen.

Abb. 7: Regelmäßigkeit der Teilnahme (n=47)



Quelle: eigene Darstellung

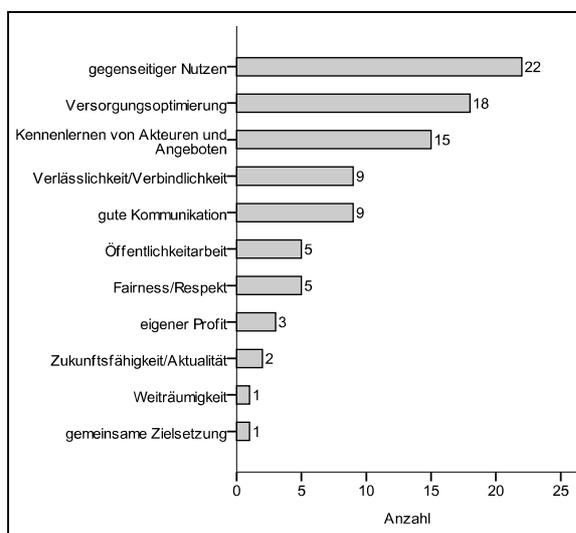
Der am häufigsten genannte Grund für die Teilnahme an den Netzwerktreffen ist mit 11 Nennungen der, dass die Akteure durch (fachlichen) Erfahrungsaustausch voneinander lernen wollen, wobei auch der Aspekt der Arbeitserleichterung eine Rolle spielt. Ein weiterer wichtiger Grund ist der Austausch von aktuellen Informationen. Bei einigen Akteuren begründet sogar ein (konkreter) Vernetzungswunsch beziehungsweise ihr Interesse an der Netzwerkarbeit die Teilnahme. Sie haben Interesse daran im institutionellen Netzwerk zu arbeiten oder informelle Kooperationen zu schließen. Auch die Verbesserung des Angebots durch Zusammenarbeit sowie der Wunsch an verschiedenen Themen mitzuwirken und so die Zukunft der Pflege mitgestalten zu können, wurden häufig als Gründe für die Teilnahme

angegeben. Etwa gleichviele Akteure nutzen die Teilnahme um einen Einblick in die Arbeit und Sichtweisen anderer Akteure zu bekommen (Horizontenerweiterung) und damit die Interdisziplinarität zu fördern. Auch am (persönlichen) Kennenlernen der anderen Akteure beziehungsweise an der Kontaktpflege und am Kennenlernen anderer Angebote und Einrichtungen sind viele Akteure interessiert. Lediglich von einem Befragten wurde Neugierde als Grund für die Teilnahme angegeben.

Bei den Befragten, die nicht regelmäßig an den regionalen Netzwerkkonferenzen teilnehmen, wurden zudem die Gründe für die Nichtteilnahme erfragt. Am häufigsten wurde der Zeitfaktor/-mangel genannt, aber auch die Termine stellen ein Problem dar, wenn die Treffen zu ungünstigen Zeiten stattfinden und sich mit anderen Verpflichtungen der Akteure überschneiden. Vier Befragte begründeten ihre Nichtteilnahme damit, dass sie noch nie/erst selten eingeladen wurden. Lediglich ein Akteur gibt die (uninteressante) Themenauswahl als Grund an.

Bei der konkreten Nachfrage, was den Akteuren beim Eingehen von Kooperationen im Sinne von Vernetzung besonders wichtig ist, wurden folgende, in Abbildung 8 dargestellten Aspekte, genannt. Besonders viele, nämlich 22 Akteuren gaben an, dass Kooperationen von gegenseitigem Nutzen sein sollen. Dieser kann durch Informations- und Erfahrungsaustausch, gegenseitiger Ergänzung von Kompetenzen sowie Arbeits- und Aufgabenteilung erzielt werden. Auch die Optimierung der Versorgung durch Verbesserung beziehungsweise Ausweitung des Angebots, durch Zusammenarbeit und Erhöhung der Interdisziplinarität, durch Problemanalyse und gemeinsame zielorientierte Lösungsfindung, durch Weiterleitung und durch das Wissen um Ansprechpartner ist ein wichtiger Aspekt. Das (persönliche) Kennenlernen der anderen Akteure und ihrer Leistungen ist vielen Akteuren ebenfalls wichtig, wenn

Abb. 8: Wichtige Aspekte bei Kooperationen (n=45)



Quelle: eigene Darstellung

es um Kooperationen geht. Insgesamt neun Befragte nannten den Aspekt der Verbindlichkeit als relevanten Faktor, da verbindliche Absprachen und Zuverlässigkeit in der Zusammenarbeit zwingend erforderlich seien, um einen reibungslosen Ablauf zu sichern. Auch Fairness und ein respektvoller Umgang, das heißt Loyalität, keine Konkurrenz und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe, ist für Kooperationen wichtig. Neun Befragte gaben an, dass auch eine gute Kommunikation von Bedeu-

tung da ein guter Informationsfluss, Offenheit und Transparenz Voraussetzungen für die Zusammenarbeit sind. Wichtige Aspekte von Kooperationen sind für die Befragten zudem, dass gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit

keitsarbeit betrieben wird (um die gemeinsamen Interessen voranzutreiben) sowie dass die Arbeit zukunftsfähig und die Themenauswahl aktuell ist. Aber auch der Profit für die eigene Institution, zum Beispiel durch die Nutzung der Ressourcen anderer Netzwerkpartner, ist für einige Befragte relevant. Jeweils nur einmal wurden gemeinsame Zielsetzungen beziehungsweise Interessen und die Weiträumigkeit der Vernetzung als wichtige Faktoren von Kooperationen genannt.

Damit die Netzwerkarbeit letztlich positive Wirkungen auf die Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Personen haben kann, ist es unter anderem wichtig, dass die in der Netzwerkarbeit gewonnenen Erkenntnisse von den beteiligten Institutionen auch in ihre Arbeit eingebracht werden können. Dies ist bei einem Großteil der Befragten der Fall, nämlich bei 84,4 %.

Bei der Nachfrage, wie sie die gewonnenen Erkenntnisse in Ihrer Institution einbringen können, wurde am häufigsten angegeben, dass sie erlangte Informationen und Fachwissen innerhalb der Institution weitergeben und sie dann in der alltäglichen Arbeit nutzen. Die erhaltenen Kenntnisse über die Angebote der anderen Akteure wird außerdem zur Weitervermittlung von Klienten genutzt, wenn die Institution die benötigten Leistungen nicht selbst bereitstellen kann. Zudem verwenden die Akteure das Wissen um Ansprechpartner bei Problemen, einerseits um gegenseitig Ratschläge auszutauschen, aber auch um im Einzelfällen zusammenzuarbeiten. Sie bauen also bei den Netzwerktreffen informelle Kontakte auf, die sie dann für ihre Arbeit nutzen können. Von einigen Befragten wurde auch angegeben, dass sie die bei den Treffen vorgestellten Positivbeispiele anderer Akteure zur Selbstreflexion anregen, wodurch ihnen deutlich wird, was sie selbst besser machen könnten und wie sie ihre Leistungen zugunsten der Betroffenen weiterentwickeln können. Zudem werden die Erkenntnisse aus den Netzwerktreffen genutzt, indem sie, beispielsweise bei Beratungstätigkeiten, direkt an die Klienten weitergegeben werden oder indem Informationen intern an die Leitungsebene weitergeleitet werden, welche so neue Anregungen für Leistungen erhält. Die meisten Arten der Erkenntniseinbringung hängen also mit dem Kontaktaufbau und der Informationsweitergabe zusammen.

Die Befragten, die keine Erkenntnisse in ihrer Institution einbringen können, gaben meist als Grund dafür an, dass sie bisher zu selten teilgenommen haben. Jeweils einmal wurde dies aber auch damit begründet, dass keine Themen besprochen wurden, die für sie relevant sind und dass sie noch keine Erkenntnisse bei den Treffen gewonnen haben.

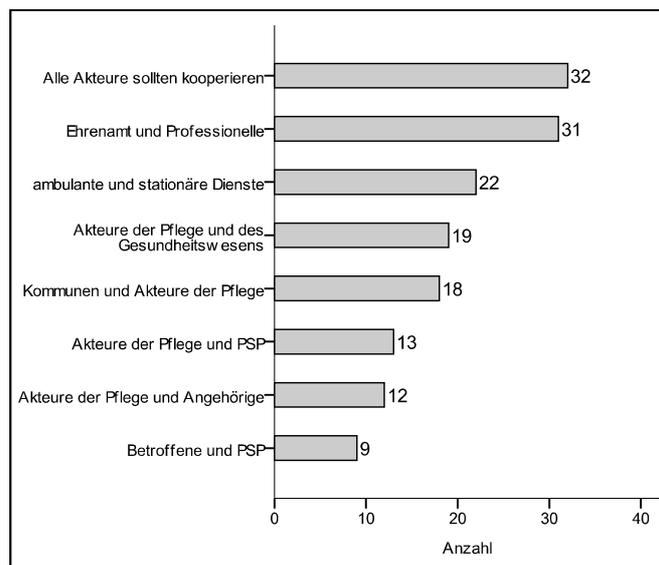
Die Frage, ob sich ihre Beziehung zu den anderen Akteuren im Zuge der Netzwerktreffen verändert hat, haben 71,4 % der Befragten mit Ja beantwortet. Die Betrachtung der Akteursbeziehungen ist relevant, da eine gute Zusammenarbeit immer auf einer guten Beziehungsebene basiert. 90,3 % von ihnen gab zudem an, dass eine positive Beziehungsveränderung festzustellen ist. Diese beschreiben die meisten von ihnen damit, dass das Zusammenarbeiten angenehmer ist, wenn man sich persönlich kennt, als immer nur am Telefon zu kommunizieren und dass Hemmschwellen abgebaut werden im Alltag zu kooperieren, wenn man die Ansprechpartner kennt (bekannte Personen kontaktiert man eher als Unbekannte). Zudem haben die Netzwerktreffen dazu beigetragen, dass Vertrauen auf- und Konkurrenzverhalten abgebaut worden ist. Als positive Veränderung der Beziehung wird auch empfunden, dass die Teilnehmer mehr Verständnis für die Situation anderer Akteure aufbringen können, ihre Kompetenzen erkennen (u.U. von ihnen lernen) und Gemeinsamkeiten feststellen.

9,7 % derjenigen, die eine Beziehungsveränderung gegenüber den anderen Akteuren festgestellt haben, bewerten diese als negativ. Sie begründen dies damit, dass sie bei manchen Akteuren Unehrlichkeit, mangelnde Kooperationsbereitschaft und Ausnutzung für die eigenen Zwecke sowie ein mangelndes Bewusstsein über die Relevanz der Netzwerktreffen festgestellt haben.

Auch der Blick auf den Klienten hat sich bei 37,5 % der Befragten im Zuge der Netzwerktreffen verändert. 62,5 % haben hingegen angegeben, dass dieser gleichgeblieben ist. Wenn Veränderungen festgestellt wurden, sind diese durchweg positiv. Einige Akteure gaben an, dass sie nun einen umfassenderen Blick auf den Klienten haben, andere, dass sie mehr Verständnis für die Situation der Klienten aufbringen.

Die an der Befragung teilnehmenden Akteure wurden außerdem gefragt, zwischen welchen Akteuren sie Kooperationen wichtig finden. Wie in Abbildung 9 zu sehen ist, haben die meisten die Kooperation aller Akteure und die Kooperation von Ehrenamt und Professionellen als wichtigste angegeben, gefolgt von der Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Dienste. Aber auch Kooperationen der Akteure der Pflege mit dem Gesundheitswesen

Abb. 9: Wichtigste Kooperationen (n=45)



Quelle: eigene Darstellung

und mit den Kommunen werden als wichtig erachtet. Am seltensten wurde die Zusammenarbeit zwischen Betroffenen und dem PSP genannt. Die Vernetzung der Akteure der Pflege mit dem PSP und mit den Angehörigen sind ebenfalls seltener genannt worden.

Die allgemeine Bewertung der Netzwerktreffen ist größtenteils gut. So geben 90,7 % der Befragten an, sie eher positiv zu bewerten.

Trotz diesem positiven Ergebnis werden von einigen Teilnehmern auch inhaltliche und organisatorische Kritikpunkte genannt. Beklagt wird der häufige Wechsel der Netzwerkteilnehmer (da eine kontinuierliche Zusammenarbeit sehr wichtig ist) und die ungleich verteilte Schwerpunktsetzung (z.B. großes Augenmerk auf Ehrenamt). Zudem wurde kritisch angemerkt, dass die übergeordneten Ziele bisher unklar sind, dass nur wenige Ergebnisse der Arbeit erkennbar sind und dass die bearbeiteten Themen zu wenig miteinander verknüpft sind. Zudem ist einem Befragten nach wie vor der Umgang mit der Schweigepflicht bei der Arbeit unklar und ein Teilnehmer bemängelt die Selbstdarstellung der Stabsstelle Altenhilfe bei der Netzwerkarbeit. Im Organisationbereich wurde kritisch angemerkt, dass die Gruppen zu groß sind, um effektiv arbeiten zu können (Anmerkung: Dies betrifft jedoch nur die Region III, also die Stadt Marburg, in der dieses Problem bekannt ist, weshalb die Vernetzung in dieser Region nun kleinteiliger geregelt wird). Zudem wurde die schlechte Erreichbarkeit der Treffen kritisiert, dass die Treffen zu selten stattfinden und dass die Protokolle nicht weitergeleitet werden. Zuletzt wurde angemerkt, dass ein Wechsel der Wochentage, an denen das Treffen stattfindet, sinnvoll wäre.

Wie in Tabelle 2 zu erkennen ist, ist der Großteil der Befragten, trotz der Kritik, mit den Ergebnissen der Netzwerktreffen zufrieden und würde nichts ändern beziehungsweise will die Arbeit vertiefen. Lediglich fünf Befragte sind mit den Ergebnissen nicht zufrieden.

Tab. 2: Bewertung der Ergebnisse

	Anzahl	Prozent
Ich bin mit den Ergebnissen sehr zufrieden und würde nichts ändern.	8	17,0
Ich bin mit den bisherigen Ergebnissen zufrieden, aber die Arbeit müsste vertieft werden.	21	44,7
Ich hatte mir bessere Ergebnisse erhofft.	4	8,5
Es sind nur wenige/keine Erkenntnisse erkennbar. Deshalb überlege ich, ob ich weiter an den Treffen teilnehme.	1	2,1
Fehlende Werte	13	27,7
Insgesamt	47	100,0

Quelle: eigene Darstellung

Im zweiten Schritt der Datenanalyse wurde mithilfe von Kreuztabellen und dem Chi- beziehungsweise Cramers V-Koeffizienten geprüft, ob Zusammenhänge zwischen bestimmten Variablen bestehen und wenn ja, wie stark diese sind. Bei Bedarf wurden zudem einzelne Fälle näher betrachtet, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die Zusammenhänge zu erklären sind.

Zunächst wurde der Arbeitsbereich der Akteure näher betrachtet und getestet, ob Zusammenhänge zwischen diesem und anderen Variablen (Regelmäßigkeit der Teilnahme, Erkenntnisseeinbringung, Bewertung der Netzwerktreffen) bestehen (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der regelmäßigen Teilnahme, der Erkenntnisseeinbringung und der Bewertung der Netzwerktreffen (n=38)

Arbeitsbereich	regelmäßige Teilnahme Anzahl (Prozent)		Erkenntniseinbringung Anzahl (Prozent)		Bewertung Anzahl (Prozent)	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Positiv	Negativ
(teil-)stationäre Einrichtung	5 (83,3)	1 (16,7)	5 (83,3)	1 (16,7)	5 (100,0)	0 (0,0)
ambulanter Dienst	3 (50,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	3 (60,0)	2 (40,0)
Klinik/Kliniksozialdienst/ Pflegeüberleitung	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)
niedrigschwellige Dienste	2 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
spezialisierte Dienste	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Bürger-/ Nachbarschafts- initiativen	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	0 (0,0)
Interessenvertretung und Selbsthilfe	2 (50,0)	2 (50,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	0 (0,0)
Beratungsstelle	0 (0,0)	2 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)
Kommune/Landkreis	5 (55,6)	4 (44,4)	9 (100,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	0 (0,0)
Kranken-/Pflegekasse	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Arzt	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)
Insgesamt	23 (57,5)	17 (42,5)	33 (84,6)	6 (15,4)	32 (88,9)	4 (11,1)

Quelle: eigene Darstellung

Im Vorhinein bestand die Annahme, dass ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der Regelmäßigkeit der Teilnahme an den Netzwerktreffen besteht, nämlich insofern, dass mehr nicht-professionelle als professionelle Akteure regelmäßig teilnehmen. Die Ergebnisse der Befragung haben jedoch ergeben, dass genau das Gegenteil zutrifft. So gaben

zum Beispiel auf der Seite der professionellen Befragten 83,3 % der (teil-)stationären Einrichtungen, 50,0 % der ambulanten Dienste und 100,0 % aus dem Bereich Klinik/Kliniksozialdienst/Pflegeüberleitung an, regelmäßig an den Netzwerktreffen teilzunehmen. Auf der Seite der nicht-professionellen Befragten gaben dies 75,0 % der Bürger-/Nachbarschaftsinitiativen und 50,0 % der Interessenvertretung und Selbsthilfe an.

Um mögliche Gründe dafür zu ermitteln, wurden zusätzlich die von den einzelnen Arbeitsbereichen genannten Gründe für die regelmäßige beziehungsweise mangelnde Teilnahme betrachtet. Dabei hat sich gezeigt, dass sich anhand der genannten Gründe für die Teilnahme nicht vollständig erklären lässt, warum ein größerer Anteil der professionellen Anbieter regelmäßig teilnimmt. Diese sind nämlich bei beiden Akteursgruppen weitgehend identisch. Genannt wurden vor allem Informationsaustausch, gegenseitiges Lernen, Vernetzungswunsch, Horizonterweiterung, Mitwirken an Veränderungen und Weiterentwicklung der Versorgung sowie Angebotsverbesserung. Auf Seiten der professionellen Anbieter ist lediglich bei Befragten aus dem Bereich Klinik/Kliniksozialdienst/Pflegeüberleitung zusätzlich noch ein starkes Interesse am Knüpfen von Kontakten und dem Kennenlernen anderer Angebote erkennbar. Diese Aspekte können sie direkt in ihre Arbeit einbringen. Dies lässt darauf schließen, dass die sehr hohe Beteiligung in diesem Bereich damit zu erklären ist, dass die Akteure einen großen Vorteil im Zuge der Treffen für ihre Arbeit sehen.

Auch anhand der Gründe für die Nicht-Teilnahme lässt sich nicht näher erklären, warum die nicht-professionellen Akteure weniger regelmäßig teilnehmen. Von beiden Akteursgruppen wurden nämlich in gleichem Maße Zeit- und Terminprobleme und keine/seltene Einladung als Hauptgründe für die mangelnde Teilnahme genannt. Sie ist also in der Regel nicht durch fehlendes Interesse an der Arbeit im Netzwerk zu erklären.

Bei den Arbeitsbereichen, die sich nicht eindeutig in professionell und nicht-professionell unterscheiden lassen, ergab sich das im Folgenden beschriebene Bild. Die befragten niedrigschwelligen Dienste nehmen alle regelmäßig an den Treffen teil, während die spezialisierten Dienste, Beratungsstellen, Kranken-/Pflegekassen und Ärzte überhaupt nicht regelmäßig teilnehmen. Im Bereich Kommune/Landkreis beteiligen sich mit fünf von neun Befragten gut 50,0 % regelmäßig an den Treffen. Auch bei diesen Akteuren kann das Teilnahmeverhalten nicht anhand der Gründe für die regelmäßige beziehungsweise mangelnde Teilnahme erklärt werden, da sie sich weitgehend überschneiden.

Der erkennbare Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der Regelmäßigkeit der Teilnahme an den Netzwerktreffen kann mithilfe des Zusammenhangsmaßes Cramers V bestätigt werden. Der Wert von 0,596 sagt aus, dass ein hoher Zusammenhang besteht.

Auch zwischen dem Arbeitsbereich und der Erkenntniseinbringung ist ein Zusammenhang feststellbar. Der Cramers V-Koeffizient liegt bei 0,757, das heißt es besteht ein sehr hoher Zusammenhang. Wie in Tabelle 2 erkennbar ist, gab in den meisten Arbeitsbereichen der

Großteil der Befragten an, dass sie die Erkenntnisse in ihrer Institution einbringen können. Im Bereich der Ärzte können hingegen, aufgrund der seltenen Teilnahme, keine Erkenntnisse eingebracht werden.

Es zeigt sich zudem (im Gegensatz zur regelmäßigen Teilnahme), dass ein größerer Anteil bürgerschaftlicher als professioneller Akteure Erkenntnisse einbringen kann. So gaben jeweils 100,0 % aus den Bereichen Bürger-/Nachbarschaftsinitiativen und Interessenvertretung/Selbsthilfe an, Erkenntnisse in der eigenen Institution anwenden zu können. Im Bereich Klinik/Kliniksozialdienste/Pflegeüberleitung waren es ebenfalls 100,0 %. Bei den (teil-) stationären Einrichtungen sind es allerdings nur 83,3 % und bei den ambulanten Diensten 33,3 %. Die professionellen Anbieter begründen die schlechte Erkenntniseinbringung mit der seltenen Teilnahme, für sie irrelevante Themen und damit, dass sie keine Erkenntnisse gewonnen haben.

Mit einem Cramers V-Wert von 0,722 zeigt sich auch zwischen dem Arbeitsbereich und der Bewertung der Netzwerktreffen ein sehr hoher Zusammenhang. Der Großteil der Befragten bewertet die Netzwerktreffen eher positiv. Lediglich der spezialisierte Dienst hat eine negative Bewertung abgegeben, sowie die Hälfte der niedrighwelligen Dienste und 40,0 % der ambulanten Dienste.

Bei einem genaueren Blick auf die Befragten aus diesen Bereichen wird deutlich, dass bei den spezialisierten Diensten zwar beide die Treffen eher negativ bewerten und nicht regelmäßig teilnehmen. Dies liegt aber eventuell auch daran, dass beide aus Region III (Stadt Marburg) kommen. Als Grund für die negative Bewertung gaben sie nämlich die Gruppengröße bei den Treffen an. Es ist zu hoffen, dass dieses Problem durch die Umstrukturierung der Netzwerktreffen behoben werden kann, sodass sie in Zukunft häufiger teilnehmen. Beide gaben nämlich auch an, dass sie gewonnene Erkenntnisse generell durchaus in ihrer Institution einbringen können. Die beiden niedrighwelligen Dienste nehmen zwar regelmäßig an den Netzwerktreffen teil und können auch Erkenntnisse daraus in ihre Institution einbringen. Einer von beiden bewertet die Treffen aber trotzdem eher negativ. Aufgrund ihrer Angaben ist davon auszugehen, dass der Grund dafür die Enttäuschung über das Verhalten und die Einstellungen mancher Netzwerkpartner ist und dass man sich bessere Ergebnisse erhofft hat. Auch im Bereich der ambulanten Dienste bewerten zwei Teilnehmer die Netzwerktreffen eher negativ. Einer von ihnen nimmt zwar regelmäßig an den Treffen teil, er kann jedoch keine Erkenntnisse einbringen. Gründe für die schlechte Bewertung sind irrelevante Themen, falsche Schwerpunktsetzung und unklare Ziele der Treffen. Ihm kommen die Pflegedienste zu kurz, aber er nimmt trotzdem regelmäßig teil, weil ihm die Vernetzung wichtig ist. Der zweite ambulante Pflegedienst nimmt nicht regelmäßig teil, aufgrund mangelnder Zeit und wegen seltener Einladung. Er kann daher auch keine Erkenntnisse einbringen und hat die Treffen nicht bewertet.

Auch beim Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der Bewertung der Netzwerktreffen ist zu erkennen, dass 100,0 % der bürgerschaftlichen Akteure die Netzwerktreffen eher positiv bewerten. Im Bereich der professionellen Anbieter bewerten die (teil-)stationären Einrichtungen und die Akteure im Bereich Klinik/Kliniksozialdienst/Pflegeüberleitung die Netzwerktreffen ebenfalls zu 100,0 % positiv, allerdings nur 60,0 % der ambulanten Dienste.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass zwar im Bereich der professionellen Anbieter ein höherer Anteil regelmäßig an den Netzwerkkonferenzen teilnimmt. Allerdings gaben mehr Befragte aus dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements an, dass sie die gewonnenen Erkenntnisse in ihrer Institution einbringen können. Zudem bewerten mehr Akteure aus diesem Bereich die Treffen eher positiv.

Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass ein Zusammenhang zwischen der Erkenntnis-einbringung und der Bewertung der Netzwerktreffen besteht. Diese fällt nämlich in der Regel positiver aus, wenn die Akteure gewonnene Erkenntnisse in ihrer eigenen Institution einbringen können. Diese Befragten bewerten die Treffen zu 94,3 % positiv, während die Akteure, die keine Erkenntnisse aus den Netzwerktreffen einbringen können, sie nur zu 66,7 % positiv bewerten. Der Wert des Phi-Koeffizienten von 0,329 bestätigt einen mittleren Zusammenhang zwischen der Erkenntniseinbringung und der Bewertung der Netzwerktreffen.

Die Analyse hat zudem ergeben, dass hingegen zwischen der Regelmäßigkeit der Teilnahme und der Bewertung der regionalen Netzwerkkonferenzen ein geringerer Zusammenhang besteht. So bewerten 92,9 % der Befragten, die regelmäßig an den Treffen teilnehmen, die Treffen eher positiv. Bei den Befragten, die nicht regelmäßig teilnehmen, sind es allerdings auch 86,7 %. Der Phi-Koeffizient von 0,102 sagt aus, dass nur ein geringer Zusammenhang besteht.

Man kann also sagen, dass die Erkenntniseinbringung einen höheren Einfluss auf die Bewertung der Netzwerktreffen hat als die Regelmäßigkeit der Teilnahme.

Bei näherer Betrachtung der Tabelle 3 fällt zudem auf, dass lediglich im Bereich Kliniken/Kliniksozialdienste/Pflegeüberleitungen alle Befragten regelmäßig an den Netzwerktreffen teilnehmen, Erkenntnisse einbringen können und die Treffen eher positiv bewerten. Sie nutzen die gewonnenen Erkenntnisse in der alltäglichen Arbeit, vermitteln Klienten weiter und nutzen das Wissen um Ansprechpartner. Dies begründet vermutlich auch ihr positives Bild der Netzwerktreffen, da diese ihnen direkt Vorteile bringen. Dieses Ergebnis ist sehr erfreulich, da dieser Bereich eine wichtige Rolle bei der Überwindung der Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten System spielt.

Im Bereich der (teil-)stationären Einrichtungen nehmen immerhin auch fünf Befragte regelmäßig an den Treffen teil, können Erkenntnisse einbringen und bewerten die Treffen eher positiv. Bei näherer Betrachtung der einzelnen Fälle hat sich jedoch herausgestellt, dass nur

in vier der fünf Fälle alle drei Aspekte zutreffen. Eine (teil-)stationäre Einrichtung nimmt zwar regelmäßig an den Treffen teil und kann die Erkenntnisse auch einbringen. Die Bewertung der Treffen war jedoch ungünstig. Aus der Begründung war erkennbar, dass die Zufriedenheit eingeschränkt ist, da der Eindruck besteht, dass das Ziel des Netzwerkes noch nicht erreicht ist, wenn der PSP die Leitung der Treffen komplett übernimmt. Die Vernetzung müsste sich weiterentwickeln, das heißt auch die anderen Akteure müssten mehr Verantwortung übernehmen, sodass ein gutes Zusammenwirken und ein Gremium aus PSP und anderen Akteuren entstehen. Die (teil-)stationäre Einrichtung, die nicht regelmäßig an den Treffen teilnimmt begründet dies mit dem Zeitmangel. Aufgrund der seltenen Teilnahme kann diese Einrichtung auch keine Erkenntnisse einbringen. Trotzdem bewertet sie die Netzwerktreffen grundsätzlich eher positiv, da ihr die Relevanz der Arbeit im Netzwerk bewusst ist und ihr diese auch wichtig ist.

Im Bereich Bürger-/Nachbarschaftsinitiativen beziehungsweise Interessenvertretung und Selbsthilfe ist festzustellen, dass die Befragten die Erkenntnisse einbringen können und die Netzwerktreffen auch eher positiv bewerten. Eine Bürger-/Nachbarschaftsinitiative nimmt jedoch aufgrund von Zeitmangel nicht regelmäßig teil. Im Bereich Interessenvertretung und Selbsthilfe nimmt sogar die Hälfte nicht regelmäßig teil. Gründe dafür sind Zeitmangel und Terminprobleme.

Es ist außerdem zu erkennen, dass beide Beratungsstellen nicht regelmäßig an den Netzwerktreffen teilnehmen. Gründe dafür sind die seltene Einladung, der Zeitfaktor und die Themenauswahl. Warum sie die Treffen trotzdem positiv bewerten bleibt unklar. Eine kann die Erkenntnisse aber einbringen, die andere hat keine Angabe gemacht.

Auch von den neun Kommunen/Landkreisen nehmen vier nicht regelmäßig teil, aufgrund von Zeitmangel und Terminproblemen. Alle können aber Erkenntnisse einbringen. Einer hat keine Bewertung der Treffen abgegeben, nutzt sie aber, um die Angebote der Anderen kennenzulernen und so zu erfahren, an wen man sich wenden kann.

Die Kranken-/Pflegekasse nimmt aufgrund von Zeitmangel nicht regelmäßig teil, nutzt die Treffen aber, beispielsweise um Kontakte zu knüpfen und andere Angebote kennenzulernen. Diese Informationen und Erkenntnisse kann sie letztlich auch in der eigenen Arbeit einbringen, zum Beispiel bei der Weitervermittlung. Sie bewertet die Treffen eher positiv.

Der Arzt nimmt aufgrund mangelnder Einladung nicht regelmäßig teil. Aufgrund der seltenen Teilnahme kann er auch keine Erkenntnisse einbringen, bewertet die Treffen aber grundsätzlich positiv, da nur durch die Arbeit im Netzwerk eine optimale Versorgung gewährleistet werden kann.

Die nähere Betrachtung von einzelnen Fällen aus Tabelle 3 und den Zusammenhängen zwischen der Regelmäßigkeit der Teilnahme, der Erkenntniseinbringung und der Bewertung der Treffen hat unter anderem gezeigt, dass die mangelnde Teilnahme sehr häufig nichts mit

fehlendem Interessen und Bewusstsein für die Relevanz der Arbeit im Netzwerk zu tun hat. Oft bestehen dafür andere Gründe, wie Zeitmangel oder seltene Einladung.

Es wurde zudem überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Bewertung der Netzwerktreffen und der Zufriedenheit mit den Ergebnissen besteht. Zu vermuten war, dass diejenigen, die die Netzwerktreffen positiv bewerten auch mit den erzielten Ergebnissen zufrieden sind und daher auch nichts an den Treffen ändern wollen. In Tabelle 4 ist erkennbar, dass diese Annahme weitgehend bestätigt werden kann. Die Befragten, die die Netzwerktreffen eher negativ bewerten, haben sich von ihnen auch bessere Ergebnisse erhofft und 50,0 % von ihnen überlegt sogar, sie in Zukunft nicht mehr zu besuchen. Dahingegen sind 90,3 % derjenigen, die die Netzwerktreffen eher positiv bewerten, mit den Ergebnissen zufrieden. 64,5 % von ihnen würden sogar die Arbeit gerne vertiefen. Auch der Cramers V- Koeffizient bestätigt mit einem Wert von 0,775 einen sehr hohen Zusammenhang zwischen der Bewertung der Netzwerktreffen und der Zufriedenheit mit den Ergebnissen.

Tab. 4: Zusammenhang zwischen der Bewertung und der Zufriedenheit mit den Ergebnissen der Netzwerktreffen

Zufrieden- Be- wertung der Netzwerktreffen	Ich bin mit den Ergebnissen sehr zufrieden und würde nichts ändern.	Ich bin mit den bisherigen Ergebnissen zufrieden, aber die Arbeit müsste vertieft werden.	Ich hatte mir bessere Ergebnisse erhofft.	Es sind nur wenige/keine Ergebnisse erkennbar. Deshalb überlege ich, ob ich weiter an den Treffen teilnehme.
eher kritisch in Anzahl (Prozent)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
eher positiv in Anzahl (Prozent)	8 (25,8)	20 (64,5)	3 (9,7)	0 (0,0)
Insgesamt	8 (24,3)	20 (60,6)	4 (12,1)	1 (3,0)

Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass nur vier Befragte die Netzwerktreffen eher negativ bewerten. Bei genauerer Betrachtung dieser negativen Bewertungen kann man mögliche Gründe dafür erkennen. Zwei von ihnen können keine Erkenntnisse aus den Netzwerktreffen in ihre Institution einbringen. Für sie ist also kein direkter Nutzen der Treffen erkennbar. Zwei haben außerdem negative Beziehungsveränderungen zu anderen Akteuren festgestellt. Zudem wurde von ihnen die Kritik geäußert, dass falsche Schwerpunkte gesetzt werden, dass die übergeordneten Ziele der Treffen unklar sind, dass Protokolle nicht weitergeleitet werden und dass die Gruppen zu groß sind. Letztlich wurde zudem erkennbar, dass alle nicht sehr zufrieden mit den Ergebnissen der Treffen waren. Zwei hätten sich bessere Ergebnisse erhofft und für zwei sind nur wenige/keine Ergebnisse erkennbar (einer davon überlegt sogar, ob er nicht mehr kommt).

Im nächsten Schritt der Auswertung wurde der mithilfe des Cramer V-Koeffizienten getestet, ob ein Zusammenhang zwischen dem Arbeitsbereich und der Beziehungsveränderung besteht. Der Wert von 0,769 gibt an, dass ein sehr hoher Zusammenhang vorhanden ist. Wie in der Tabelle 5 zu sehen ist, hat bei den Akteuren aller Bereiche (außer den ambulanten Diensten und den Ärzten) zumindest teilweise eine Beziehungsveränderung zu anderen Akteuren stattgefunden. In der Tabelle ist ebenfalls zu erkennen, dass diese meist positiv waren. Nur bei den ambulanten Diensten, den niedrigschwelligen Diensten und den Beratungsstellen wurde jeweils einmal eine negative Beziehungsveränderung festgestellt. Als erfreulich ist zu bewerten, dass vor allem auch bei den professionellen Akteuren (stationäre/teilstationäre Dienste und Klinik/Kliniksozialdienste/Pflegeüberleitung) viele positive Beziehungsveränderungen festgestellt wurden.

Tab. 5: Zusammenhang zwischen Arbeitsbereich und Beziehungsveränderung

Arbeitsbereich	Beziehungsveränderung zu den Akteuren Anzahl (Prozent)		wenn Ja (mehrere Antworten möglich) Anzahl	
	Nein	Ja	positiv	negativ
(teil-)stationäre Einrichtung	0 (0,0)	5 (100,0)	5	0
ambulanter Dienst	5 (100,0)	0 (0,0)	0	1
Klinik/Kliniksozialdienst/ Pflegeüberleitung	0 (0,0)	3 (100,0)	3	0
niedrigschwellige Dienste	1 (50,0)	1 (50,0)	1	1
spezialisierte Dienste	0 (0,0)	2 (100,0)	2	0
Bürger-/ Nachbarschaftsinitiativen	2 (50,0)	2 (50,0)	2	0
Interessenvertretung und Selbsthilfe	1 (25,0)	3 (75,0)	3	0
Beratungsstelle	0 (0,0)	1 (100,0)	1	1
Kommune/Landkreis	1 (12,5)	7 (87,5)	5	0
Kranken-/Pflegekasse	0 (0,0)	1 (100,0)	1	0
Arzt	1 (100,0)	0 (0,0)	0	0
Insgesamt	11 (30,6)	25 (69,4)	23	3

Quelle: eigene Darstellung

Zuletzt wurde überprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsebene des Netzwerkteilnehmers und der Erkenntniseinbringung besteht. Zu vermuten wäre gewesen, dass die Erkenntnisse eher in der Institution eingebracht werden können, wenn die Leitungs- oder Entscheidungsebene an den Netzwerktreffen teilnimmt, da diese in der Regel (mehr) Ent-

scheidungsgewalt haben und Vorhaben direkt umsetzen können. Der Wert des Cramers V-Koeffizienten beträgt zwar 0,445 und es ist dadurch ein mittlerer Zusammenhang zwischen den beiden Variablen erkennbar. Allerdings hat sich gezeigt, dass sich die Vermutung, dass Erkenntnisse nicht so gut eingebracht werden können, wenn Personen aus der Mitarbeiterebene teilnehmen, nicht bestätigt. Wie in Tabelle 6 zu sehen ist, können nämlich alle Institutionen, bei denen die Netzwerkteilnehmer aus der Mitarbeiterebene kommen, die Erkenntnisse einbringen. Bei den Institutionen, bei denen die Leitungsebene teilnimmt sind es hingegen nur 81,0 %. Diejenigen, die keine Erkenntnisse einbringen können begründen dies mit der seltenen Teilnahme an den Treffen, für sie irrelevante Themen keine und damit, dass sie insgesamt keine Erkenntnisse gewonnen haben. Die angegebenen Gründe für die mangelnde Erkenntniseinbringung lassen jedoch nicht darauf schließen, dass die Ursache dafür nicht mit der Arbeitsebene zusammenhängt (da die Probleme beispielsweise nichts mit der Weiterleitung innerhalb der Institution zu tun haben). Bei genauerer Betrachtung der Arbeitsebenen der Netzwerkteilnehmer ist nämlich zu erkennen, dass sich die Arten der Erkenntniseinbringung nicht wesentlich zwischen den Ebenen unterscheiden. So können zum Beispiel die Erkenntnisse auch für die Weiterentwicklung der Institution genutzt werden, wenn Personen aus der Mitarbeiterebene teilnehmen. Dies spricht für eine gute Informationsweitergabe.

Tab. 6: Zusammenhang zwischen der Ebene des Netzwerkteilnehmers und der Erkenntniseinbringung

Ebene des Netzwerkteilnehmers	Erkenntniseinbringung	
	Anzahl (Prozent) Ja	Nein
Keiner	1 (50,0)	1 (50,0)
Mitarbeiterebene	14 (100,0)	0 (0,0)
Leitungsebene	17 (81,0)	4 (19,0)
Entscheidungsebene	2 (100,0)	0 (0,0)
Leitungs- und Entscheidungsebene	2 (50,0)	2 (50,0)
Mitarbeiter- und Leitungsebene	2 (100,0)	0 (0,0)
Insgesamt	38 (84,4)	7 (15,6)

Quelle: eigene Darstellung

7 Diskussion

Bei der vorangegangenen Untersuchung wurde eine Totalerhebung angestrebt. Dabei sollte die Erhebung die Grundgesamtheit umfassen, also alle 237 Personen beziehungsweise Institutionen aus den fünf Netzwerkregionen des Landkreises Marburg-Biedenkopf, die zu den regionalen Netzwerkkonferenzen des PSP eingeladen werden. Für eine Totalerhebung spricht, dass gewisse Fehler, die bei der Ziehung der Stichprobe auftreten können, von vornherein ausgeschlossen werden. Dies führt im Optimalfall zu genaueren Befunden. Ein

mögliches Problem stellt allerdings die Motivation aller Netzwerkteilnehmer zur Teilnahme an der Befragung dar. Dieses Problem ist bei der durchgeführten Erhebung aufgetreten. Aufgrund dessen, dass nur knapp 20 % der Grundgesamtheit an der Befragung teilgenommen haben, kann man bei der durchgeführten Untersuchung letztlich eigentlich nicht von einer Totalerhebung sprechen (vgl. Häder 2006, S. 139 f.; Schöneck/Voß 2013, S. 70).

Es ist zwar nicht ungewöhnlich, dass bei postalischen beziehungsweise schriftlichen Befragungen eine geringere Rücklaufquote erreicht wird, als bei persönlich-mündlichen oder telefonischen Befragungen. So liegt diese üblicherweise zwischen 30 und 50 %, wenn der Fragebogen ausschließlich mit einem Anschreiben verschickt und keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden. Allerdings wurden bei der vorliegenden Erhebung durchaus diverse motivationssteigernde Maßnahmen ergriffen (vgl. Berger/Grob/Fend/Lauterbach 2001, online; Porst 2001, online).

Die Rücklaufquote einer Umfrage hängt zudem von der Art der Stichprobe ab. Bei allgemeinen Populationen fällt sie tendenziell niedriger aus als bei Spezialpopulationen. Bei der vorliegenden Untersuchung sollte jedoch solch eine Spezialpopulation befragt werden, nämlich alle Pflegeakteure, die zu den regionalen Netzwerkkonferenzen eingeladen werden. Diese sind im eigentlichen Sinne keine unbeteiligten Personen, die unverhofft aufgefordert werden an der Befragung teilzunehmen. Vielmehr dürften sie selbst ein Interesse an der Erkenntnisgewinnung im Rahmen der Erhebung haben. Zudem wurde die Befragung bei den letzten Treffen bereits angekündigt (vgl. Porst 1996, online).

Damit eine Person beziehungsweise Institution jedoch überhaupt zu einer Teilnahme bereit ist, muss der individuelle Gewinn größer sein, als die Kosten, die durch die Beteiligung entstehen. Kosten und Gewinn werden dabei nicht direkt unter monetären Gesichtspunkten gesehen. Zu den Kosten zählt beispielsweise vielmehr die (zeitliche) Belastung, die durch die Teilnahme entsteht. Aber auch das Risiko, sich durch Nichtwissen zu blamieren oder unvorteilhafte, persönliche Informationen preiszugeben behindert die Teilnahme, genauso wie die Angst vor Missbrauch der Daten. Ein (persönlicher) Gewinn (beziehungsweise Nutzen) wird zum Beispiel wahrgenommen, wenn mit der Teilnahme idealistische Motive befriedigt oder Lernerfahrungen wahrgenommen werden. Aber auch eine materielle Vergütung oder das Interesse an einem Thema können Anreize für die Teilnahme darstellen (vgl. Berger/Grob/Fend/Lauterbach 2001, online; Porst 2001, online).

Bei einer postalischen/schriftlichen Befragung kann der Nutzen quasi nur durch das zugesandte Befragungsmaterial vermittelt werden, das heißt vor allem durch den Fragebogen, das Anschreiben und sonstige, die Befragung betreffenden, Unterlagen. Unter Umständen können auch ein Begleitbrief von Dritten (Referenzen), ein frankiertes Kuvert für die Rücksendung oder sonstige Unterlagen die Teilnahmebereitschaft steigern. Aber auch materielle oder immaterielle Anreize dienen der Motivation und können somit die Rücklaufquote erhö-

hen. Sie kann zudem durch den gezielten Einsatz mehrerer Erinnerungsschreiben auf bis zu 60 bis 70 % gesteigert werden. Dies entspricht etwa der Beteiligung an Face-to-Face-Befragungen. Neben schriftlichen, können auch telefonische Erinnerungen eingesetzt werden. Diese haben den Vorteil, dass den Befragten noch nachdrücklicher die Relevanz ihrer Teilnahme verdeutlicht wird, dass mögliche Bedenken bezüglich der Seriosität der Untersuchung ausgeräumt und im persönlichen Gespräch vorhandene Fragen beantwortet werden können (vgl. Berger/Grob/Fend/Lauterbach 2001, online; Porst 2001, online).

Auch bei der Erhebung im Landkreis Marburg-Biedenkopf wurden mehrere motivationssteigernde Maßnahmen angewendet. So gibt das Deckblatt des Fragebogens bereits umfangreiche Informationen, die Vertrauen erwecken, Seriosität vermitteln und Anreize zur Teilnahme geben sollen. Dazu zählen die ungefähre benötigte Zeit zum Ausfüllen, der Hinweis auf Anonymität, der Dank für die Teilnahme und die Angabe von Ansprechpartnern bei Rückfragen. Das persönliche Begleitschreiben der Leiterin der Stabsstelle Altenhilfe des Landkreises Marburg-Biedenkopf gibt zudem Informationen über den Absender des Fragebogens, darüber wer befragt wird sowie über den Anlass und das Ziel der Untersuchung. Zudem soll die Ankündigung der Ergebnisvorstellung bei einem Netzwerktreffen die Motivation zusätzlich steigern. Bei der Konzeption des Fragebogens wurde außerdem versucht, den Umfang überschaubar, die Anordnung der Fragen übersichtlich und die Formulierung einfach zu halten, damit der Fragebogen letztlich auch alleine gut zu beantworten ist. Eine freundliche Erinnerungsmail eine Woche vor Ablauf der Rücksendefrist sollte die Rücklaufquote weiter steigern.

Trotz der diversen Maßnahmen zur Motivation an der Teilnahme ist die Beteiligung mit knapp 20 % letztlich relativ gering ausgefallen. Dies hat zu Auswirkungen auf die statistische Datenauswertung, aber auch auf die allgemeine Aussagekraft der Ergebnisse.

Die geringe Teilnahme hat vermutlich mehrere Ursachen. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen drei Arten des Nonresponse (= Nichtansprechen eines Probanden), welches dazu führt, dass keine Teilnahme zustande kommt. Zum einen können die Personen nicht erreichbar sein. Zum anderen können sie die Teilnahme an der Erhebung verweigern oder sie sind aufgrund gewisser Umstände nicht in der Lage dazu teilzunehmen (z.B. wegen Krankheit) (vgl. Häder 2010, S. 178).

Bei der durchgeführten Erhebung spielen vermutlich all diese Gründe eine gewisse Rolle. Zum einen ist zu vermuten, dass aufgrund der zeitlichen Überschneidung mit den Schulferien viele Personen nicht erreicht wurden. Auch die Ausweitung des Erhebungszeitraums auf eine Woche nach den Ferien als Maßnahme, um dieses Problem zu umgehen, hat keine große Wirkung gezeigt. Einige Fragebögen kamen zudem auch noch ein bis zwei Wochen später an. Es ist davon auszugehen, dass einige Personen, die ebenfalls zu spät waren, ihn nicht mehr beantwortet haben. Zum anderen kann davon ausgegangen werden, dass einige

kein Interesse an der Befragung hatten (v.a. diejenigen, die noch nie an einem Netzwerktreffen teilgenommen haben). Es ist zudem denkbar, dass einige Personen aufgrund von Zeitmangel nicht an der Befragung teilgenommen haben. Die genauen Gründe für die Nicht-Teilnahme sind allerdings nicht bekannt. Es besteht zudem die Möglichkeit, dass einige Personen beziehungsweise Institutionen nicht teilgenommen haben, da ihnen der finanzielle Aufwand zu hoch war. Die Hälfte der Teilnehmer hat den Fragebogen nämlich per Post zurückgeschickt. Dies zeigt, dass dies durchaus eine beliebte Alternative zur E-Mail darstellt. Vielleicht hätten noch mehr Akteure teilgenommen, wenn das Porto übernommen worden wäre. Möglicherweise hätten einige den Fragebogen beantwortet und per Post zurückgeschickt, aber ihnen waren die (finanziellen) Kosten im Vergleich zum (individuellen) Nutzen zu hoch.

Aus der geringen Teilnahme an der Befragung hat sich das Problem ergeben, dass nicht, wie ursprünglich geplant, die Grundgesamtheit abgebildet wird. Zudem kann von den teilnehmenden Personen nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit geschlossen werden. Der Grund dafür ist, dass nicht davon auszugehen ist, dass die Ausfälle zufällig zustande kamen. Wenn dies so wäre, bestünde nämlich zwischen den Teilnehmern und den nicht Erreichbaren, Verweigerern sowie Verhinderten kein Unterschied. Dies erscheint jedoch auf den ersten Blick unwahrscheinlich und auch die Erfahrung hat gezeigt, dass bestimmte (soziale) Gruppen bei Befragungen systematisch unterrepräsentiert sind. Beispielsweise Personen, die kein Interesse an Befragungen haben, sind nur schwer zur Teilnahme zu veranlassen. Aber auch beruflich sehr engagierte Personen nehmen, aufgrund der mangelnden Erreichbarkeit, seltener teil (vgl. Häder 2010, S. 178).

Deshalb können im Rahmen der Auswertung der gewonnenen Daten nur Aussagen über die tatsächlich befragten Personen beziehungsweise Institutionen gemacht werden. Mithilfe der Häufigkeitsauszählungen und der Korrelationstests konnten, wie bereits beschrieben, zum einen allgemeingültige Aussagen getroffen und statistische Zusammenhänge ermittelt werden. Zum anderen war dank der verhältnismäßig zahlreichen offenen Fragen und die dadurch mögliche freie Meinungsäußerung auch die Gewinnung diverser Erkenntnisse über die Netzwerkarbeit im Landkreis Marburg-Biedenkopf möglich.

Ein Problem bestand zudem darin, dass viele Teilnehmer den Fragebogen nicht korrekt ausgefüllt haben. Trotz der Anleitung zum Ausfüllen auf dem Deckblatt und der Bitte um vollständige Beantwortung des Fragebogens gab es bei einigen Fragen Probleme. So wurden bei den geschlossenen Fragen oft mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt, obwohl dies nur bei einer Frage vorgesehen war. Ein Grund dafür könnte sein, dass für einige Befragte die Auswahl von nur einer Antwort unzureichend war (z.B. bei der Frage nach dem Arbeitsbereich oder der Arbeitsebene). Deshalb wurde letztlich bei Fragen, bei denen dieses Problem auftrat, geschaut, ob es sinnvoll ist, alle Antworten zu berücksichtigen, auch wenn

dies ursprünglich nicht so geplant war. Nur so konnte sichergestellt werden, dass wichtige Informationen nicht verloren gehen.

Teilweise bestand zudem das Problem, dass der Fragebogen nur unzureichend beantwortet wurde/werden konnte. In diesen Fällen wurde trotzdem versucht, die relevanten Informationen aufzudecken, sodass letztlich alle Fragebögen einbezogen werden konnten.

Bei den gezielten Nachfragen sind ebenfalls teilweise Probleme aufgetreten. So wurden in einigen Fällen beide Nachfragen (also „wenn Ja: ...“ bzw. „wenn Nein: ...“) ausgefüllt. Hier wurden letztlich nur die Antworten berücksichtigt, die den Fragen entsprechen, auf die sich die Nachfrage bezieht.

Einige Probleme hätten eventuell im Zuge weiterer Pretests beziehungsweise der Anwendung anderer Pretests ausgeschlossen werden können. Bei einigen Fragen (z.B. bei den gezielten Nachfragen) wurden mögliche Schwierigkeiten beim Ausfüllen in Kauf genommen, da diese sehr wichtig für die Gewinnung der angestrebten Erkenntnisse waren.

Letztlich konnten jedoch, durch die gezielte Anpassung der Auswertung, die wichtigsten Informationen herausgearbeitet werden.

Im Vorhinein der Erhebung war davon auszugehen, dass die bürgerschaftlichen Akteure ein besonders starkes Interesse an der Arbeit im Netzwerk haben. Von den professionellen Leistungserbringern und den Akteuren aus dem Bereich des Gesundheitssystems (z.B. Ärzte) war eher eine geringere Beteiligung zu erwarten (vgl. Kap. 3.4). Die Ergebnisse der Befragung haben jedoch gezeigt, dass mehr professionelle und weniger bürgerschaftliche Akteure als erwartet teilgenommen haben. Zudem konnte festgestellt werden, dass auch an den regionalen Netzwerktreffen mehr professionelle als nicht-professionelle Akteure regelmäßig teilnehmen. Dies ist erstaunlich, da die professionellen Anbieter häufig Kooperationen und Vernetzung, sowohl mit dem PSP, als auch mit anderen (v.a. bürgerschaftlichen) Akteuren scheuen. So werden die PSP und die bürgerschaftlich Engagierten von ambulanten Diensten häufig als Konkurrenten wahrgenommen. Deshalb haben sie oft auch wenig Interesse an einer Zusammenarbeit. Dasselbe gilt für stationäre Pflegeeinrichtungen, da für sie die direkte Zusammenarbeit mit anderen Akteuren nur bei speziellen Bedarfslagen notwendig ist. Und auch die Krankenhäuser haben nur ein beschränktes Interesse an Kooperationen mit anderen Versorgungsakteuren. Die bürgerschaftlichen Akteure sind in der Regel offen für die Zusammenarbeit mit den PSP und anderen Leistungserbringern. Durch die Kooperation können sie nämlich mehr Betroffene erreichen. Somit ist ein gegenseitiger Nutzen deutlich erkennbar. Von Seiten der professionellen Leistungsanbieter, gerade im stationären Bereich ist jedoch festzustellen, dass diese sich oft nicht ausreichend gegenüber dem Gemeinwesen und dessen Potenzialen öffnen. Das Ergebnis der Erhebung deckt sich jedoch auch mit den Informationen aus den Anwesenheitslisten der regionalen Netzwerktreffen. Hierbei bestätigt

sich das Bild, dass mehr professionelle (rund 60 %) als nicht-professionelle Akteure (rund 50 %) an den Netzwerktreffen teilnehmen. Die geringste Beteiligung ist auch hier im Bereich des Gesundheitssystems (v.a. niedergelassene Ärzte) zu verzeichnen. Die verhältnismäßig hohe Beteiligung der professionellen Anbieter lässt sich zwar, wie bereits beschrieben, nicht vollständig anhand der genannten Gründe für die regelmäßige beziehungsweise für die mangelnde Teilnahme erklären (vgl. Kap. 6). Hier wäre es unter Umständen sinnvoll weitere Untersuchungen durchzuführen, um weitere Erkenntnisse zu erlangen, die dabei helfen können, Anpassungen vorzunehmen, um die Teilnahme in gewissen Arbeitsbereichen zu steigern (vgl. KDA 2010, S. 113 ff.; Nawroth 2011, 191 f.; Schlichting 2014, unveröffentlicht; Schröder 2009, S. 28; Smolka 2006, S. 105 ff.).

Die hohe Beteiligung der professionellen Akteure ist allerdings sehr erfreulich, da die Schnittstelle zwischen den professionellen und bürgerschaftlichen Hilfen sehr wichtig für eine optimale Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen ist. Vor allem vor dem Hintergrund der Abnahme familiärer Unterstützungen nimmt die Bedeutung des Hilfemix aus professionellen, bürgerschaftlichen und privaten Leistungen zu. Dabei ist es jedoch wichtig, dass die Akteure miteinander kooperieren (vgl. SONG 2006, online).

Auch die Schnittstelle zwischen den Pflegeakteuren und den Akteuren aus dem Gesundheitssystem ist sehr wichtig. Beispielsweise stellt eine gute Zusammenarbeit des Hausarztes mit dem ambulanten Pflegedienst eine grundlegende Voraussetzung für die optimale Versorgung pflegebedürftiger Personen dar. Daher sollte weiterhin versucht werden, die Ärzte für das Thema der Vernetzung zu sensibilisieren.

Als sehr positiv zu bewerten ist das Interesse der Befragten im Bereich Klinik/Kliniksozialdienst/Pflegeüberleitung, vor allem insofern, dass auch die Überleitung der Patienten vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung eine wesentliche Schnittstelle im Versorgungssystem darstellt. Ohne die entsprechende Unterstützung bei der Überleitung vom stationären in das ambulante System droht diese nämlich zu scheitern, was häufig zu einer enormen Verstärkung des Pflege- und Hilfebedarfs der Betroffenen führt. Die positive Entwicklung dieses Bereichs trägt zur Erhaltung der selbständigen Lebensführung in der häuslichen Umgebung bei (vgl. KDA 2010, S. 115; Ziller 1999, S. 89).

Man kann feststellen, dass die Überwindung der gerade beschriebenen wichtigen Schnittstellen zwischen bürgerschaftlichen und professionellen Akteuren, Pflegeakteuren und Leistungserbringern aus dem Gesundheitssystem und zwischen dem ambulanten und stationären Leistungssystem sehr wichtig für eine optimale Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen ist. Es ist als äußerst positiv zu bewerten, dass auch den befragten Netzwerkteilnehmern die Relevanz dieser Schnittstellen bewusst ist. Bei der Frage, welche Kooperationen besonders wichtig sind, wurden diese nämlich, neben der Forderung, dass alle Akteure kooperieren sollen, am häufigsten genannt.

Insgesamt ist es sehr erfreulich, dass der Großteil (84,4 %) der Befragten Erkenntnisse aus den Netzwerkkonferenzen in die eigene Arbeit einbringen kann. Dies kann auch stark zur Motivation der Akteure beitragen, sich weiterhin an der Arbeit im Netzwerk zu beteiligen. Bei der Nachfrage, wie sie die gewonnenen Erkenntnisse in Ihrer Institution einbringen können, wurde nämlich am häufigsten angegeben, dass sie erlangte Informationen und Fachwissen innerhalb der Institution weitergeben und sie dann in der alltäglichen Arbeit nutzen. Auch die meisten anderen genannten Arten der Erkenntniseinbringung deuten darauf hin, dass die Akteure selbst einen Vorteil daraus ziehen können. Ein erkennbarer persönlicher Nutzen des Netzwerkes, der größer ist als der notwendige Aufwand, ist nämlich äußerst wichtig zur Motivation. Wenn dies nicht der Fall ist, werden die Akteure früher oder später „abspringen“. Zudem ist es auch für die Netzwerkarbeit an sich wichtig, dass Ideen und Erkenntnisse der Arbeit in die Organisationen der Akteure „zurückgespielt“ und in die regulären organisatorischen Abläufe integriert werden. Nur so kann durch die Netzwerkarbeit das Ziel der besseren und effizienteren Versorgung in der Praxis erreicht werden (vgl. Narten 2011, S. 45; Reis 2014, S. 7 f.; Schubert 2005, S. 79; Weber 2005, S.143 f.).

Bei der Betrachtung der verschiedenen Hierarchieebenen hat sich zwar herausgestellt, dass die Netzwerkteilnehmer aus der Leitungsebene, trotz der höheren Entscheidungsbefugnis, seltener Erkenntnisse in ihre Institution einbringen können, als die Akteure aus der Mitarbeiterebene.

Trotzdem ist es wichtig, dass zumindest ein Teil der Netzwerkteilnehmer über eine gewisse Entscheidungsbefugnis verfügt, damit bei verbindlichen Absprachen nicht immer Rücksprache mit den Entscheidungsträgern gehalten werden muss. Es ist jedoch auch nicht sinnvoll ein Netzwerk ausschließlich aus den Mitgliedern der höchsten Ebene zusammenzustellen. Da die operative Ebene einer Institution letztlich für die Umsetzung verantwortlich ist, muss auch diese in die Netzwerkarbeit einbezogen werden. In einem Netzwerk sollten also alle erforderlichen Hierarchieebenen vorhanden sein. Man kann sagen, dass dies bei den regionalen Netzwerkkonferenzen der Fall ist. Zwar lässt sich der größere Teil der befragten Akteure der Leitungs- und Entscheidungsebene zuordnen, aber immerhin etwa ein Drittel gehört der Mitarbeiter- beziehungsweise operativen Ebene an. Diese Mischung kann entscheidend dazu beitragen, dass sowohl Entscheidungen im Netzwerk getroffen und dass Änderungen in der Institution optimal umgesetzt werden können (wenn auch die Mitarbeiter dahinterstehen) (vgl. Narten 2011, S. 46; Reis 2014, S. 8).

Auch eine gute Beziehung der Akteure zueinander ist sehr wichtig bei der Vernetzung, da eine effektive Zusammenarbeit auf einer guten Beziehungsebene basiert. Aufgrund der ambivalenten Funktion der Akteure bei der Arbeit im Netzwerk stehen sie nämlich immer im Interessenkonflikt zwischen ihrer eigenen Institution und dem Netzwerk, welcher häufig Kon-

kurrenz und Rivalitäten zwischen den Akteuren begünstigt. Kooperationen stellen also generell auch Unsicherheiten dar. Daher sind die Beziehungspflege und der Aufbau einer vertrauensvollen Netzwerkkultur besonders wichtige Aufgaben des Netzwerkmanagements. Vertrauen stellt sozusagen die Basis für die Arbeit im Netzwerk dar, weil die Akteure sich nur ganz darauf einlassen, wenn sie sicher sind, dass die anderen die Informationen nicht zu ihrem eigenen Vorteil ausnutzen. Nur durch vertrauensvolle Beziehungen ist also eine gute Arbeit im Netzwerk möglich, bei der die einzelnen Akteure beziehungsweise Institutionen autonom handeln können, ohne dass Misstrauen der anderen aufkommt. (vgl. Bühler 2006, S. 17; Miller 2005, S. 117; Narten 2011, S. 45 f.; Reis 2014, S. 7 f).

Auch im Landkreis Marburg-Biedenkopf zeigte die Beziehungspflege im Rahmen der Netzwerkkonferenzen Wirkung. So hat bei 71,4 % der Befragten eine Beziehungsveränderung zu den anderen Akteuren stattgefunden. Besonders erfreulich ist, dass der größte Teil davon positiv ist. Viele dieser positiven Beziehungsveränderungen haben bei (teil-) stationären Diensten und im Bereich Klinik/Kliniksozialdienst/Pflegeüberleitung, also bei professionellen Akteuren, stattgefunden. Diese Veränderung ist besonders relevant, da die professionellen Akteure, wie bereits erwähnt, häufig besonders kritisch gegenüber den anderen Pflegeakteuren sind. Natürlich kann die Beziehung zu den anderen Akteuren auch bei Personen gut sein, die keine positive Beziehungsveränderung im Zuge der Netzwerkkonferenzen festgestellt haben. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn schon viele positive Kontakte vorhanden waren. Allgemein lässt sich anhand dieses Ergebnisses feststellen, dass die Netzwerkkonferenzen einen Beitrag zur Verbesserung der Beziehungen zwischen den Akteuren leisten können, vor allem durch persönliches Kennenlernen und Kontaktaufbau.

Von einigen Befragten wurden jedoch auch negative Beziehungsveränderungen zu anderen Akteuren festgestellt. Diese sollten im Rahmen der Beziehungsarbeit des Netzwerkmanagements erfasst und ernstgenommen werden. Nur so können Maßnahmen ergriffen werden, um Konflikte zu beheben. Den meisten Befragten ist eine gute Beziehungsebene nämlich sehr wichtig.

Auch der Blick auf den Klienten hat sich bei einigen Befragten (37,5 %) im Zuge der Netzwerkkonferenzen verändert. Wenn Veränderungen festgestellt wurden, sind diese durchweg positiv. Besonders erfreulich ist dabei die Art der Veränderung, in Form eines umfassenderen Blicks auf den Klienten und mehr Verständnis für seine Situation.

Es ist nämlich wichtig, dass die Leistungsanbieter erkennen, dass die hilfe- und pflegebedürftigen Personen oft unter sehr komplexen Problemlagen leiden. Dementsprechend sollten sie ihre Leistungen anpassen. Dazu gehört auch die Einbeziehung lebensweltlicher Aspekte bei der Versorgung oder die Abstimmung mit anderen Leistungserbringern. Sie sollten zudem die privat geleisteten Hilfen nicht entwerten, sondern anerkennen sowie die Probleme der Klienten und ihrer Angehörigen begreifen und sie bei Bedarf unterstützen. Im Mittelpunkt

der Versorgung sollten also immer der Klient und seine optimale Versorgung stehen (vgl. Zeman 2005, S. 320).

Letztlich bewerten 90,7 % der Befragten die Netzwerkkonferenzen eher positiv. Dies trifft im besonderen Maße auf diejenigen zu, die bei den Treffen gewonnene Erkenntnisse gut in ihrer Institution einbringen können.

Auch mit den Ergebnissen der regionalen Netzwerkkonferenzen ist der Großteil der Befragten zufrieden. Es hat sich zudem gezeigt, dass diejenigen, die die Netzwerktreffen im Allgemeinen eher positiv bewerten, auch zu 90,3 % mit ihren Ergebnissen zufrieden sind. 64,5 % von ihnen würden sogar die Arbeit gerne vertiefen. Die Ergebnisse werden hingegen von keinem Befragten für positiv befunden, der mit den Treffen an sich nicht zufrieden ist.

Man kann also sagen, dass die Erkenntniseinbringung in die eigene Institution und die Beurteilung der Ergebnisse der Netzwerktreffen besonders wichtig für die Bewertung der regionalen Netzwerkkonferenzen im Allgemeinen sind und damit auch darüber entscheiden, ob die Akteure sich langfristig an der Netzwerkarbeit beteiligen. Bei der Vernetzungsarbeit sollten deshalb immer die Bedürfnisse der Akteure beachtet werden. Daher ist es sinnvoll sie aktiv bei der Gestaltung der Arbeit einzubeziehen. Der PSP Marburg-Biedenkopf tut dies bereits teilweise, zum Beispiel indem die Akteure bei der Wahl der besprochenen Themen mitentscheiden können. Allerdings ist es auch wichtig aufkommende Unzufriedenheit zu erkennen und darauf zu reagieren (z.B. wie die geäußerte Kritik eines Befragten, dass die Schwerpunktsetzung bei den Treffen schlecht sei). Grundvoraussetzung für die Beteiligung am Netzwerk ist nämlich, dass die Akteure einen (persönlichen) Sinn in der Arbeit sehen und sich mit den Aufgaben und Zielen identifizieren.

Insgesamt kann man sagen, dass die positive Bewertung der Netzwerkkonferenzen und ihrer Arbeit den Erfolg der Treffen bestätigt. Für den Erfolg spricht aber auch der relativ hohe Anteil von 63,8 % der Befragten, der regelmäßig an den Netzwerktreffen teilnimmt. Dazu kommt, dass auch recht viele Personen, die nicht regelmäßig (oder nie) zu den Netzwerktreffen kommen, angegeben haben, dass sie gerne häufiger zu den Treffen kommen würden, weil generell ein Interesse an der Arbeit im Netzwerk besteht.

Die befragten Akteure haben also durchaus ein Interesse an der Vernetzungsarbeit besteht, zum einen um die eigene Arbeit zu verbessern und zu erleichtern, aber auch um an verschiedenen Themen mitzuwirken und so die Zukunft der Pflege mitzugestalten.

Konkret hat sich herauskristallisiert, dass die Befragten haben vor allem ein Interesse daran haben, durch Kontaktpflege sowie Informations- und Erfahrungsaustausch die eigene Arbeit zu erleichtern und das Angebot zu verbessern. Die Kooperation soll dabei von gegenseitigem Nutzen sein. Dazu trägt die Arbeits- und Aufgabenteilung bei, aber auch die gegenseitige Ergänzung der Kompetenzen. Man kann also sagen, dass den Befragten durchaus die

Relevanz der Interdisziplinarität der Arbeit bewusst ist, da auch ein Interesse daran besteht, Einblick in die Arbeit und Sichtweisen anderer Akteure zu bekommen und so „den eigenen Horizont zu erweitern“. Die spezifischen Netzwerkmerkmale, wie Ressourcenbündelung und Nutzen von Synergieeffekten, spielen also auch für die befragten Pflegeakteure im Landkreis Marburg-Biedenkopf eine ausschlaggebende Rolle für die Beteiligung an der Netzwerkarbeit (vgl. Bauer 2005, S. 12; Miller 2005, S. 109 ff.).

Trotz des insgesamt sehr positiven Bildes der Befragten von den regionalen Netzwerkkonferenzen des PSP sind auch einige Kritikpunkte geäußert worden.

So hat beispielsweise ein Befragter geäußert, dass ihm die übergeordneten Ziele der Netzwerkarbeit bisher unklar sind. Dies stellt ein enormes Problem dar, weil gemeinsame Ziel für die Akteure sozusagen als Orientierungsmarke für eine langfristige Perspektive dienen. Mit diesem Ziel sollte sich jeder Netzwerkteilnehmer identifizieren. Ist dies nicht der Fall, wird der Akteur vermutlich früher oder später das Interesse an der Arbeit im Netzwerk verlieren (vgl. Kap. 3.2). Dasselbe gilt bezüglich der Kritik eines anderen Befragten, für den nur wenige Ergebnisse der Arbeit erkennbar sind. Besteht dieses Problem langfristig, verliert der Akteur vermutlich mit der Zeit die Motivation und wird sich nicht weiter im Netzwerk engagieren. Daher ist es sehr wichtig, dass der PSP auftretende Kritik im Rahmen des Netzwerkmanagements beachtet und, wenn möglich, entsprechende Änderungen vornimmt. Ein positives Beispiel dafür ist, dass im Zuge der Kritik vieler Netzwerkteilnehmer aus Region III (Stadt Marburg) Anpassungsmaßnahmen vorgenommen wurden. Infolge der Bemängelung der großen Gruppe, in der kein effektives Arbeiten möglich war, wurde die Vernetzung in dieser Region kleinteiliger geregelt (stadtteil- bzw. quartiersbezogener Netzwerktreffen) (vgl. Miller 2005, S. 108 f.; Narten 2011, S. 45; Reis 2014, S. 7 f.).

Die Aufgabe des PSP Marburg-Biedenkopf bei den regionalen Netzwerkkonferenzen besteht also unter anderem darin durch ein aktives Management (Rahmengenbung durch Regel und Leitlinien für die Zusammenarbeit, Steuerung der Beziehungsebene, Abstimmung von Arbeitsschritten, Wirkungsevaluation, Erkennen von Problemen und deren Behebung usw.) die Motivation der Akteure aufrecht zu erhalten und die Vorteile von Vernetzung im Bereich der Pflege aufzuzeigen. Die Aspekte „Motivation“ und „erkennbarer Nutzen der Netzwerkarbeit“ sind nämlich, wie die Ergebnisse der Befragung gezeigt haben, maßgeblich für die Beteiligung an der Netzwerkarbeit und damit auch für das Bestehen des Netzwerks an sich.

Neben den Ergebnissen der Erhebung hat auch die Erfahrung im PSP Marburg-Biedenkopf gezeigt, dass die Gremienarbeit von den Anbietern von Beginn an recht gut angenommen wurden. Die befragten Akteure schätzen zudem die im Rahmen der Netzwerkkonferenzen gewonnenen Kontakte sehr. Die Beziehungsarbeit im PSP kann dazu beitragen, Vorbehalte gegenüber anderen Akteuren und Berufsgruppen abzubauen und Vertrauen zwischen ihnen

aufzubauen. Dadurch kann langfristig die Bereitschaft zu verbindlichen Kooperationen zwischen den Leistungsanbietern gefördert werden (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Nun besteht die Aufgabe des PSP als Koordinationsinstanz darin zu schauen, in welche Richtung die Netzwerkarbeit der Akteure im Landkreis in Zukunft gehen kann. Es stellt sich die Frage, ob es möglich ist die bereits aufgebauten Kontakte weiter auszubauen. Bisher ist im Rahmen der regionalen Netzwerkkonferenzen nämlich „nur“ ein Informationsnetzwerk entstanden, welches als Plattform zum Austausch von Informationen dient und damit die Zusammenarbeit aller Akteure vor Ort verbessern soll. Die Arbeitsweise des Netzwerkes ist jedoch richtungsoffen. Es findet also (noch) keine systematische Abstimmung der verschiedenen Angebote der Netzwerkteilnehmer statt, um konkrete Leistungen zu produzieren. Vielmehr entstehen informelle Kontakte, die jedoch teilweise schon dazu genutzt werden in Einzelfällen miteinander zu kooperieren (vgl. Kap. 3.1) (vgl. Röber/Hämel 2011, S. 150).

Immerhin 44,7 % der Befragten haben angegeben, dass sie die Netzwerkarbeit gerne vertiefen würden. Dies stellt auf Seiten der Akteure bereits eine mögliche Basis für die Intensivierung der Arbeit dar.

Dabei muss allerdings beachtet werden, dass eine verbindlichere Arbeit von allen Akteuren, also sowohl den beteiligten regionalen Leistungs- und Kostenträgern, als auch den Koordinatoren, ein sehr hohes Engagement erfordert. Dies beginnt damit, dass sie die Arbeit, in Form von häufigeren Treffen, intensivieren müsste. Zwei Treffen pro Jahr sind nicht ausreichend, wenn sich aus dem bestehenden Informationsnetzwerk ein Produktionsnetzwerk entwickeln soll. Zudem ist es nicht möglich, dass die Vernetzung weiterhin so stark von den externen Koordinatoren, also vom PSP und der Stabsstelle Altenhilfe, geregelt wird. Die bisherige Struktur der Treffen hat sich zwar bewährt und sie wird von den Akteuren akzeptiert. Zudem wird bereits versucht die Akteure aktiv einzubeziehen, sowohl während den Treffen, also auch bei der Gestaltung derselben (z.B. Mitbestimmung der Themen). Die aktive Beteiligung der Akteure bei der Gestaltung der Vernetzung müsste jedoch weiter ausgebaut werden, beispielsweise insofern, dass neben den Treffen der PSP Projekte angegangen oder Untergruppen gebildet werden, die spezielle, versorgungsrelevante Themen bearbeiten. Kurz gesagt wäre es erforderlich, dass die Akteure anfangen, die Vernetzung selbstständig weiterzuführen. Dies erfordert ein hohes Maß an Selbstverpflichtung und Verbindlichkeit und kann nur gelingen, wenn Rivalitäten und Misstrauen gegenüber anderen Akteuren und Professionen (z.B. zwischen Profis und bürgerschaftlich Engagierten) abgebaut werden. Stattdessen muss das Ziel der optimalen Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Personen im Vordergrund stehen, auch wenn dies bedeutet, dass dafür eventuell Einschränkungen der Autonomie in Kauf genommen werden müssen.

Die Aufgabe des PSP Marburg-Biedenkopf bestünde zum jetzigen Zeitpunkt also darin (z.B. durch weitere Untersuchungen) zu überprüfen, ob bei der Akteure, die sich aktiv an den regionalen Netzwerkkonferenzen der beteiligen, ein ernsthaftes Interesse daran besteht, die Arbeit intensiver zu gestalten.

8 Schlussbetrachtung

Die vorangegangenen Betrachtungen haben gezeigt, dass Vernetzung im Bereich der Pflege eine wichtige Rolle spielt, um auch in Zukunft eine gute und effiziente Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen sicherzustellen. Vor allem vor dem Hintergrund der demografischen und sozialen Veränderungen und der damit einhergehenden höheren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zur Sicherung der häuslichen Pflege, ist es wichtig die nebeneinander bestehenden Leistungen miteinander zu verbinden. Nur so können bestehende Schnittstellen zwischen den verschiedenen Systemen (wie ambulantes und stationäres System oder Gesundheits- und Pflegesystem), aber auch zwischen verschiedenen Anbietergruppen (wie professionelle und bürgerschaftliche Anbieter) oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen abgebaut werden.

Einen großen Beitrag dazu hat der Aufbau der, im Rahmen des PFWG eingeführten, PSP geleistet. Sie übernehmen die Koordination und Vernetzung aller regionalen Pflegeakteure, mit dem Ziel der Entwicklung eines möglichst verbindlichen, integrierten, träger- und gebietsübergreifendes Hilfesystems auf regionaler Ebene. Diese Aufgabe stellt hohe Ansprüche an die PSP. Sie müssen im Rahmen des Netzwerkmanagements in der Lage zur Entwicklung, zum Aufbau und zur Organisation von Netzwerken sein (vgl. Frommelt/Klie/Löcherbach et al. 2008, S. 37; Naegele 1999, S. 35).

Zum Aufbau funktionsfähiger Kooperationsstrukturen zwischen PSP, anderen Beratungsstellen, Leistungserbringern, bürgerschaftlichem Engagement, Selbsthilfe und Stellen für die Leistungsgenehmigung vernetzen sich die PSP im Zuge des Care Managements zum einen selbst mit den an der Pflege beteiligten Akteuren und integrieren sich somit in das regionale Versorgungssystem. Dies hat einen direkten Einfluss auf ihre Wirkungsmöglichkeiten im Zuge der einzelfallbezogenen Leistungen (z.B. Kooperationen mit anderen Beratungsstellen, Informationen über regionale Angebote, gegenseitige Informationsweiterleitung und Vermittlung von Klienten). Zum anderen vernetzen sie die Pflegeakteure untereinander. Sie schaffen beispielsweise durch das gezielte Netzwerkmanagement Begegnungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Leistungs- und Kostenträgern, die im Alltag nicht ohne Weiteres Berührungspunkte haben beziehungsweise keinen direkten Anlass für die Zusammenarbeit sehen, deren Kooperation aber wichtig für die Versorgung der Betroffenen sein kann. Die Vernetzung des PSP geschieht also durch den Aufbau von Kontakten und persönlichen Be-

gegnungen, welche den Aufbau von Vertrauen und den Abbau von Vorbehalten gegenüber gewissen Akteuren fördert. Dies ist maßgeblich für Kooperationen, da Personen/Institutionen nicht mit anderen Akteuren zusammenarbeiten werden, wenn sie befürchten müssen dadurch selbst Nachteile zu haben. Darüber hinaus werden sich die Akteure auch langfristig nur an Netzwerken beteiligen, wenn sie einen eigenen Nutzen davon haben. Der kann jedoch sehr unterschiedlich aussehen. Beispielsweise kann die Netzwerkarbeit die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags verbessern oder die Arbeit im Alltag erleichtern. Möglich ist aber auch der Nutzen, dass die Situation der Klienten durch die Netzwerkarbeit verbessert wird (vgl. KDA 2010, S. 99 f.; Naegele 1999, S. 35; Reis 2014, S. 7).

Im Rahmen des Netzmanagements wollen die PSP zudem den gemeinsamen Blick der Akteure auf den Klienten fördern (z.B. durch konkrete Fallbetrachtungen). Dadurch soll ihnen die Relevanz der aufeinander abgestimmten, interdisziplinären Zusammenarbeit näher gebracht werden. Zudem stellt er die Voraussetzung für solche Kooperationen im Sinne von Vernetzung dar.

Ein gutes Beispiel dafür, wie die Vernetzung durch PSP gestaltet werden kann, sind die regionalen Netzwerkkonferenzen des PSP Marburg-Biedenkopf. Im Rahmen der Netzwerkkonferenzen treffen die regionalen Pflegeakteure der einzelnen Netzwerkregionen zweimal jährlich aufeinander, tauschen Informationen und Erfahrungen aus, sprechen über aktuelle Themen im Bereich der Pflege, stellen ihre Angebote vor, besprechen Fallbeispiele, um den gemeinsamen Blick zu schärfen und so weiter. Durch die gezielte Arbeit auf der Systemebene ist es dem PSP Marburg-Biedenkopf gelungen, sich selbst in die regionale Versorgungslandschaft zu integrieren und ein gut funktionierendes, akzeptiertes Informationsnetzwerk aufzubauen. Dadurch konnten persönliche Kontakte zwischen dem PSP und den regionalen Anbietern entstehen, welche die Arbeit im PSP direkt verbessert haben (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Auch zwischen den Leistungserbringern sind, wie auch die Erhebung gezeigt hat, bereits diverse Kontakte aufgebaut worden. Diese nutzen die Akteure beispielsweise als Ansprechpartner bei Problemen oder Fragen. Teilweise vermitteln sie Klienten auch an andere Leistungserbringer beziehungsweise den PSP weiter, wenn sie selbst gewisse Leistungen nicht erbringen können. In einzelnen Fällen werden die Kontakte sogar genutzt, um sich in Einzelfällen abzusprechen und zu kooperieren.

Insgesamt kann man sagen, dass sich die regionalen Netzwerkkonferenzen im Landkreis Marburg-Biedenkopf als gutes Mittel erwiesen haben, verschiedene Pflegeakteure zusammenzubringen. Damit leisten sie einen Beitrag zur Entwicklung der regionalen Pflegeinfrastruktur in Richtung eines sektoren- und professionsübergreifenden Versorgungsverbunds, bei dem die Akteure gemeinsame Vorgehensweisen und Ziele entwickeln und diese mithilfe verbindlicher Absprachen umsetzen. Dies ist allerdings ein hoch gestecktes Ziel. Die Akteure

sind letztlich Marktteilnehmer, die im Wettbewerb zueinander stehen. Daher ist es bereits ein großer Erfolg, dass im Rahmen der regionalen Netzwerkkonferenzen Vertrauen auf- und Vorbehalte und Misstrauen zu anderen Akteuren abgebaut werden konnte sowie dass die befragten Netzwerkteilnehmer die Treffen und die gewonnenen Erkenntnisse zum größten Teil eher positiv bewerten (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Dies bietet die Grundlage für eine weitere Vertiefung der Arbeit, der auch etwa die Hälfte der Befragten offen gegenüber steht. Dies würde letztlich zur positiven Gestaltung des Pflegeinfrastruktur beitragen und auch den beteiligten Akteuren Vorteile bringen (vgl. Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf 2011, online).

Ganz gleich, auf welche Weise oder in welcher Intensität die Koordination und Vernetzung der PSP stattfindet, letztlich ist das Ziel dabei, die Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Personen qualitativ optimal und effizient zu gestalten. Damit die, auf der Systemebene aufgebauten Strukturen, Wirkung zeigen können, müssen diese wiederum mit der Einzelfallebene verbunden werden. Dies geschieht im Rahmen der Beratung und des Case Managements, welche ebenfalls zu den Aufgaben der PSP zählen (vgl. Bauer 2005, S. 29 f.).

Der PSP stellt also sozusagen das Koordinationssystem dar, das im Rahmen des Case- und Care Managements alle an der Pflege beteiligten Akteure (also die professionellen und bürgerschaftlichen Leistungserbringer, private und sonstige Hilfen sowie die Pflegebedürftigen selbst) verbindet, um letztlich umfassende Pflegearrangements herzustellen, die den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen gerecht werden und so die optimale Versorgung gewährleisten.

Literaturverzeichnis

Bauer, Petra (2005): Institutionelle Netzwerke steuern und managen. Einführende Überlegungen. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 11–52

Berger, Fred; Grob, Urs; Fend, Helmut; Lauterbach, Wolfgang (2001): Möglichkeiten zur Optimierung der Rücklaufquote in postalischen Befragungen Bericht über die Vorstudie zum Forschungsprojekt LIfE. In: http://www.ife.uzh.ch/research/teb/forschung2/aktuelleprojekte/life/studienseiten/konzeptunddurchfuehrung/methodenberichte/LifE_Vorstudie_2001.pdf (24.11.2014)

Bühler, Ernst (2006): Durch Kooperation fit für die Zukunft. In: Bühler, Ernst (Hrsg.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. Stuttgart, S. 11–28.

Blüher, Stefan; Stosberg, Manfred (2005): Pflege zwischen Privatheit und Profession. Theoretische Überlegungen, empirische Befunde und praktische Konsequenzen. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 335-367

Evers, Adalbert (2005): Vernetzung sozialer Einrichtungen als Weg zur Erschließung von Ressourcen bürgerschaftlichen Engagements. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 56-72

Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (2000): Einleitung. Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Hubert, S. 8-29

Frommelt, Mona; Klie, Thomas; Löcherbach, Peter et al. (2008): Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management – Die Aufgaben personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. 1. Auflage. Freiburg: Verlag Forschung-Entwicklung-Lehre

Gerlinger, Thomas; Röber, Michaela (2009): Die Pflegeversicherung. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Glörfeld, Ruth; Schlichting, Ruth (2013): Antrag des Landkreises Marburg-Biedenkopf zum Wettbewerb der Regionen: „Förderung von Regionalen Gesundheitsnetzen“ des Hessischen Sozialministeriums. „Sektorenübergreifende Versorgung durch Beratung, Koordination und Planung“. In: http://www.marburg-biedenkopf.de/uploads/PDF/STAH/Sektoreneuebergreifende_Versorgung.pdf (01.07.2014)

Häder, Michael (2006): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Häder, Michael (2010): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hedtke-Becker, Astrid; Hoevels, Rosemarie (2005): Netzwerkbezogene Unterstützung chronisch kranker und alter Menschen: Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung im Akutkrankenhaus. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 427-460

Heusinger, Josefine; Klünder, Monika (2005): Die Bedeutung der professionell Pflegenden für die Netzwerke pflegebedürftiger älterer Menschen. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 370-400

Hillewaere, Liesbeth; Moons, Philip; Steemann, Els et al. (2000): Pflegerisches Case Management bei gerontopsychiatrischen Patienten. Ergebnisevaluation eines belgischen Modells. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Hubert, S. 196-217

KDA Kuratorium Deutsche Altenhilfe (Hrsg.) (2010): Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. 1. Auflage. Köln: Eigenverlag

Klie, Thomas (2009): Nachhaltige Sicherung der Pflege. In: Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Konzepte, Kosten, Kompetenzen. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 51-62

Klie, Thomas (2011): Case Management und soziale Dienste, In: Evers, Adalbert/Heinze, Rolf G./Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden, S. 499-514

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan; Ebert, Thomas; Schehl, Julia (2013): Statistik. Eine verständliche Einführung. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS

Landkreis Marburg-Biedenkopf (2014): Netzwerkregionen. In: <http://marburg-biedenkopf.de/senioren/pflegestuuetzpunkte/netzwerkkonferenzen/> (03.12.2014)

Lang, Armin (2009): Pflegestützpunkte – eine nachhaltig wirkende soziale Innovation in einer älter werdenden Gesellschaft. In: Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Konzepte, Kosten, Kompetenzen. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 183-208

Miller, Tilly (2005): Die Störungsanfälligkeit organisierter Netzwerke und die Frage nach Netzwerkmanagement und Netzwerksteuerung. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 105-125

Müller, Margret; Hämel, Kerstin (2011): Von Organisationsstrukturen und ihrer Vernetzung zu einer vernetzten Kultur. Können Pflegedienste das leisten? In: Case Management 8 (1): S. 23-31

Naegele, Gerhard (1999): Herausforderungen des demografischen Wandels in der Altenhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Demografischer Wandel und die Zukunft der Altenhilfestrukturen. 1. Auflage. Dortmund: ohne Verlag

Narten, Renate (2011): Netzwerke strukturiert und produktiv gestalten. In: Management 43 (2): S. 44-48

Nawroth, Friederike (2011): Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Personen im Verbund. 1. Auflage. Giessen: VVB Laufersweiler Verlag

Pflegestützpunkt Landkreis Marburg-Biedenkopf (Hrsg.) (2011): Sachbericht zum Verwendungsnachweis. Berichtszeitraum 01.04.2010-30.06.2011. In: http://www.marburg-biedenkopf.de/uploads/PDF/STAH/ST-AH-Sachbericht_PSP_MR-BID_Sept_2011.pdf (21.07.2014)

Porst, Rolf (1996): Ausschöpfung bei sozialwissenschaftlichen Umfragen. Die Sicht der Institution. In: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/96_07.pdf (24.11.2014)

Porst, Rolf (2001): Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Fragen erhöht. In: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/howto9rp.pdf (24.11.2014)

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag

Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Reindl, Bernhard; Kreuz, Dieter (2007): Wegweiser Wohnen im Alter. 1. Auflage. Berlin: Beuth Verlag

Reis, Claus (2014): Fallmanagement und Netzwerke. In: Case Management 11 (1). S. 4-9

Röber, Michael; Hämel, Kerstin (2011): Strukturprobleme bei der Implementierung von Pflegestützpunkten in Hessen. In: Pflege und Gesellschaft 16 (2): S. 138-153

Schneider, Rolf (2006): Überleitungsmanagement. In: Bühler, Ernst (Hrsg.): Überleitungsmanagement und integrierte Versorgung. Brücke zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 51–78

Schlichting, Ruth (2014): Netzwerkarbeit im Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf. Ein Erfahrungsbericht. Unveröffentlichter Bericht, Marburg

Schmidt, Roland; Eggers, Sandra (2014): Care Management in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. In: Betting, Uwe; Frommelt, Mona; Roes, Martina et al. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. 42. Update. Heidelberg: medhochzwei Verlag, E 3900, S. 1-32

Schöneck, Nadine M.; Voß, Werner (2013): Das Forschungsprojekt. Planung, Durchführung und Auswertung einer quantitativen Studie. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag

Schröder, Klaus Theo (2009): Die Pflege im Gesundheits- und Sozialsystem: Erwartungen und Ansprüche aus Sicht der Politik. In: Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Pflege in einer alternden Gesellschaft. Konzepte, Kosten, Kompetenzen. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 15-31

Schubert, Herbert (2005): Das Management von Akteursnetzwerken. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 74-103

Simon, Michel (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber

Smolka, Adelheid (2006): Organisationsübergreifende Kooperation und Vernetzung in der ambulanten Versorgung alter Menschen. Institutionelle und ressourcenbezogene Determi-

nanten der Reaktionen von Organisationen auf Kooperationsforderungen. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Lang Verlag

SONG Netzwerk Soziales neu gestalten (2006): Demographischer und Sozialer Wandel. Zentrale Leitlinien für eine gemeineinwesenorientierte Altenhilfepolitik und deren Bedeutung für soziale Organisationen. In: http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/Policy-Paper_SONG.pdf (20.03.2014)

Springer Gabler Verlag (Hrsg.): Gabler Wirtschaftslexikon. Stichwort: hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping). 10. Version. In: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17943/hausarztzentrierte-versorgung-gatekeeping-v10.html> (29.11.2014)

Statistisches Bundesamt (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. In: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?blob=publicationFile> (01.11.2014)

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. In: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?blob=publicationFile> (01.11.2014)

Stiftung Warentest (Hrsg.) (2006): Leben und Wohnen im Alter. 1. Auflage. Berlin: Stiftung Warentest

Strohmeier, Klaus-Peter; Neu, Marc (2011): Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Dienste in den Städten und Gemeinden. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf G.; Olk, Thomas (Hrsg.): Handbuch soziale Dienste. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag, S. 145-167

Tews, Bernd (2005): Kosten sparen – Pflegebedürftigkeit verzögern. In: Füsgen, Ingo (Hrsg.): Integrierte Versorgung – der Hausarzt in der Schnittstelle Geriatrie/Demenz/Pflege. 17. Workshop des „Zukunftsforums Demenz“. 1. Auflage. Wiesbaden: Medical Tribune Verlagsgesellschaft, S. 51–57

Trilling, Angelika (2009): Beratung im Zeichen von Pflegestützpunkt und Case Management, in: Psychotherapie im Alter 6 (1), S. 21-30.

van Santen, Eric; Seckinger, Mike (2005): Fallstricke im Beziehungsgeflecht: die Doppelsebene interinstitutioneller Netzwerke. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken

professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 201-219

Weber, Susanne (2005): Netzwerkentwicklung als Lernprozess. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. 2. Band: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. 1. Auflage. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 127-179

Witt, Dieter (1992): Belastungen und Kooperation bei der Aufgabenbewältigung von Haushalten. In: Hauswirtschaft und Wissenschaft, 40 (1), S. 19–26

Zeman, Peter (2005): Altenpflegearrangements. Vernetzung der Netzwerke. In: Bauer, Petra; Otto, Ulrich (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen, S. 315–333.

Zeman, Peter (2007): Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege. Zur Aktualität eines viel diskutierten Konzepts. In: Informationsdienst für Altersfragen 34 (6), S. 2–4

Ziller, Hans (1999): Vernetzung und Koordination in der Altenhilfe. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Demografischer Wandel und die Zukunft der Altenhilfestrukturen. 1. Auflage. Dortmund: ohne Verlag

Anhang

Anlage 1: Fragebogen zur Kooperation und Vernetzung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Anlage 2: Begleitschreiben zum Fragebogen



Landkreis Marburg-Biedenkopf
Stabsstelle Altenhilfe
Im Lichtenholz 60
35043 Marburg

Ansprechpartner bei Rückfragen:

Kerstin Gärtner
Mobil: 0151-46456650
E-Mail: K.Gaertner1@gmx.de

Martina Berckhemer
Telefon: 06421 405-1543
E-Mail: BerckhemerM@marburg-biedenkopf.de

Fragebogen

Kooperation und Vernetzung im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vier Jahre Netzwerkkonferenzen des Pflegestützpunktes Marburg-Biedenkopf – Zeit für eine Zwischenbilanz.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Daher freuen wir uns, dass Sie sich kurz Zeit für eine Rückmeldung nehmen. Die Beantwortung der Fragen wird ca. 15 Minuten dauern. Bitte beantworten Sie die Fragen ehrlich und möglichst vollständig.

Sie haben die Möglichkeit den Fragebogen digital auszufüllen, abzuspeichern und als Anhang per E-Mail zurückzuschicken. Alternativ können Sie den Fragebogen ausdrucken und beantwortet per Post (wenn gewünscht ohne Absender) zurücksenden.

Die Fragebögen werden in beiden Fällen anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person bzw. Institution gezogen werden können. Zudem werden Ihre Angaben selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Anleitung zum Ausfüllen:

1. In der Regel soll bei den Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nur ein Kreuz gemacht werden.
 2. Die Fragen, bei denen mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden können, sind mit „Mehrfachnennungen möglich“ gekennzeichnet.
 3. Bei den offenen Fragen (ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten) sind selbstverständlich auch mehrere Nennungen möglich.
-

1. Aus welcher Region kommen Sie?

- Region I (Biedenkopf, Dautphetal, Gladenbach, Bad Endbach, Angelburg, Steffenberg, Breidenbach)
- Region II (Münchhausen, Wetter, Lahntal, Cölbe)
- Region III (Marburg)
- Region IV (Lohra, Weimar, Fronhausen, Ebsdorfergrund)
- Region V (Wohratal, Rauschenberg, Kirchhain, Amöneburg, Stadtallendorf, Neustadt)

2. Welchem der folgenden Bereiche lässt sich Ihre Institution am ehesten zuordnen?

- stationäre / teilstationäre Einrichtung
- ambulanter Dienst
- Klinik / Kliniksozialdienst / Pflegeüberleitung
- niedrigschwellige Dienste (z.B. Fahr-, Haushalts- und Alltagsbegleitdienste, Hausnotruf, Essen auf Rädern)
- spezialisierte Dienste (z.B. Alzheimer Gesellschaft, Hospiz, mobile amb. Geriatrische Reha)
- Bürger-/Nachbarschaftsinitiativen
- Interessenvertretung und Selbsthilfe (z.B. Seniorenrat, Betreuungsverein)
- Beratungsstelle
- Kommune / Landkreis
- Kranken-/Pflegekasse
- MDK
- Sonstige:

3. Wer aus Ihrer Institution nimmt in der Regel meistens an den Netzwerktreffen teil?

- Mitarbeiterebene
- Leitungsebene
- Entscheidungsebene
- Keiner

4. Nehmen Sie regelmäßig an den Netzwerktreffen teil?

- Ja
- Nein

wenn Ja: Was begründet Ihre Teilnahme an den Netzwerktreffen?

wenn Nein: Woran liegt es?

5. Was ist Ihnen wichtig, wenn Sie Kooperationen (mit anderen Akteuren usw.) im Sinne von Vernetzung eingehen? Nennen Sie die für Sie / Ihre Institution wichtigsten Aspekte!

6. Wie stehen Sie zum Thema „Verbindlichkeit“ im Bezug auf Kooperationen mit anderen Akteuren? Nennen Sie mögliche Vor- und/oder Nachteile!

Vorteile:

Nachteile:

7. Können Sie Erkenntnisse aus den Netzwerktreffen in Ihre Institution einbringen?

- Ja
 Nein

wenn Ja: Wie?

wenn Nein: Warum nicht?

8. Hat sich durch die Teilnahme an den Netzwerktreffen Ihre Beziehung zu den anderen Akteuren verändert?

- Ja
 Nein

wenn Ja: Nennen Sie bitte positive und/oder negative Aspekte!

positive Veränderungen:

negative Veränderungen:

9. Sind Sie der Meinung, dass sich im Zuge der Netzwerkarbeit Ihr Blick auf die Klienten verändert hat?

- Ja
 Nein

Erläuterungen:

10. In welchen Bereichen finden Sie Kooperation und Vernetzung besonders wichtig? (Mehrfachnennungen möglich)

- Ehrenamt und Professionelle
 Akteure der Pflege und des Gesundheitswesens
 ambulante und stationäre Dienste
 Akteure der Pflege und Angehörige
 Akteure der Pflege und PSP
 Betroffene und PSP
 Kommunen und Akteure der Pflege
 Alle Akteure sollten kooperieren!
 Sonstige:

11. Wie bewerten Sie die Netzwerktreffen?

- eher kritisch
 eher positiv

Anmerkungen:

12. Welche inhaltlichen bzw. organisatorischen Aspekte bezüglich der Netzwerktreffen des PSP sehen Sie kritisch?

inhaltlich:

organisatorisch:

13. Welcher Aussage bezüglich der Netzwerktreffen würden Sie am ehesten zustimmen?

- Ich bin mit den Ergebnissen der Netzwerktreffen sehr zufrieden und würde nichts ändern.
- Ich bin mit den bisherigen Ergebnissen der Netzwerktreffen zufrieden, aber meiner Meinung nach müsste die Arbeit nun weiter vertieft werden.
- Ich hatte mir bessere Ergebnisse von den Netzwerktreffen erhofft.
- Für mich sind nur wenige/keine Ergebnisse erkennbar. Deshalb überlege ich, ob ich überhaupt weiterhin an den Netzwerktreffen teilnehme.
- Für mich sind nur wenige/keine Ergebnisse erkennbar. Deshalb werde ich in Zukunft nicht mehr an den Netzwerktreffen teilnehmen.

14. Nun möchten wir Ihnen gerne noch Raum für weitere Kommentare und Anregungen geben!

Begleitschreiben zum Fragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

seit 1. April 2010 gibt es den Pflegestützpunkt Marburg-Biedenkopf. Neben dem Aufbau der Pflege- und Sozialberatung wurden - entsprechend dem gesetzlichen Auftrag - regionale Netzwerkkonferenzen geschaffen. Sie bieten einen Rahmen für den Aufbau persönlicher Beziehungen und fachliche Kooperationen. Die Organisation trägerübergreifender Versorgungsarrangements soll perspektivisch dadurch erleichtert werden.

Die Netzwerkkonferenzen tragen nicht nur zur Weiterentwicklung der Hilfsstrukturen bei, von denen Ratsuchende und Betroffene profitieren. Sie sollen auch für die zahlreichen Anbieter, Träger und Vereine von Nutzen sein, die hier Raum für Kommunikation und fachlichen Austausch finden, ggf. auch Anregungen für ihre eigene Angebotsentwicklung erhalten.

Nach insgesamt vierjähriger Arbeit und sieben Netzwerkkonferenzen in jeder Region (+ Gesamtkonferenz) möchten wir eine Zwischenbilanz der bisherigen Netzwerkarbeit ziehen. Uns ist wichtig zu erfahren: Was ist positiv gelaufen?, Was ist kritisch zu bewerten?, Welche Weichenstellungen sollten für die weitere Zusammenarbeit vorgenommen werden? usw. usf.

Die Befragung wird von Frau Gärtner im Rahmen ihrer Masterarbeit (Studiengang Haushalts- und Dienstleistungswissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen) zum Thema „Kooperation und Vernetzung im Landkreis Marburg-Biedenkopf“ durchgeführt und ausgewertet. Wir bitten Sie um Unterstützung des Vorhabens und wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den beigefügten Fragebogen ausgefüllt an uns zurücksenden. Wegen der mit der Masterarbeit verbundenen Fristen sollte eine Rücksendung möglichst bis zum

12. September 2014

erfolgen.

Geplant ist, die Ergebnisse der Befragung in den Netzwerkkonferenzen vorzustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Schlichting