

PFLEGE IM QUARTIER - Pflege-Netz Stendal



FACHKONZEPT

Ein Projekt
der Bürgerinitiative Stendal e.V.
in Kooperation mit tamen. Entwicklungsbüro für Arbeit und Umwelt GmbH
und wissenschaftlich begleitet durch SÖSTRA GmbH

Autor*innen:
Bürgerinitiative Stendal e.V. (Sabrina Pohl)
tamen. Entwicklungsbüro für Arbeit und Umwelt GmbH (Michael Hacker, Maren Mischo)

vorgelegt am 31.01.2021

Das Projekt wurde gefördert durch:



EUROPÄISCHE UNION
ESF
Europäischer
Sozialfonds

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
1. Warum ein Pflegenetzwerk in Stendal?	4
1.1. Herausforderungen	4
1.2. Projektauftrag durch das KomZ.....	7
1.3. Erfahrungen von Netzwerken anderer Regionen.....	8
1.4. Die Situation in Stendal	9
1.5. Ziel und Struktur des Fachkonzepts	9
2. Netzwerkaufbau vorbereiten	10
3. Situationsanalyse.....	12
3.1. Akteure und Schlüsselpersonen identifizieren.....	12
3.2. Bedarfe und Probleme kennen.....	16
4. Handlungsansätze entwickeln	21
4.1. Vorgehen	21
4.2. Schnittstellen gestalten	25
4.2.1. Einführung	25
4.2.2. Vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung.....	27
4.2.3. Direkte Kommunikation zwischen mehreren Akteuren.....	32
4.3. Die Kommune einbinden	34
4.3.1. Einführung	34
4.3.2. Vorgehen	35
4.3.3. Ergebnisse.....	36
4.3.4. Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten.....	37
4.4. Pflegende Angehörige beraten und unterstützen.....	38
4.4.1. Einführung	38
4.4.2. Situation pflegender Angehöriger in Stendal	41
4.4.3. Beratungsstrukturen in Stendal.....	42
4.4.4. Ergebnisse.....	46
4.4.5. Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten.....	49
4.5. Gelingensfaktoren und Stolpersteine.....	52
5. Netzwerkarbeit nachhaltig gestalten	54
5.1. Das Projekt endet: Wie geht es weiter?	54

5.2.	Aufgabenbereiche in einem Netzwerk	55
5.3.	Aufgaben der Netzwerkkoordination	58
5.4.	Finanzierung	60
5.5.	Gelingensfaktoren und Stolpersteine.....	63
6.	Fazit.....	66
	Quellenverzeichnis	68
	Anhangverzeichnis	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hilfebedarf und Unterstützungsangebote bewegen sich auseinander	6
Abbildung 2: Schaubild Aufbauprozess (eigene Darstellung)	11
Abbildung 3: Übersicht der beteiligten Akteursgruppen in der Pflege (eigene Darstellung) ..	13
Abbildung 4: Stellwand Kontaktbörse bei Auftaktveranstaltung am 19.02.2019	14
Abbildung 5: Schaubild Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse (eigene Darstellung) ..	19
Abbildung 6: Relevante Bedarfe in Bezug auf Hilfe- und Pflegebedürftige, Rückmeldungen beim Arbeitstreffen am 26.06.2019	22
Abbildung 7: Relevante Bedarfe in Bezug auf die Professionelle Pflege, Rückmeldungen beim Arbeitstreffen am 26.06.2019	22
Abbildung 8: Geriatriische Versorgungskette	26
Abbildung 9: Ishikawa-Diagramm Überleitung stationär zu ambulant (eigene Darstellung) ..	29
Abbildung 10: Aufteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2019.....	39
Abbildung 11: Modell der Vernetzten Pflegeberatung Sachsen-Anhalt.....	43
Abbildung 12: DemenzNetzwerk Region Hildesheim zu Besuch bei der BIS in Stendal – Herr Manuel Stender vom Landkreis Hildesheim stellt interessierten Mitarbeitern der BIS im August 2020 das "Machmits Infomobil" vor.	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Akteursgruppen (eigene Darstellung)	15
--	----

1. Warum ein Pflegenetzwerk in Stendal?

1.1. Herausforderungen

Die Bevölkerungsentwicklung in vielen Gemeinden und Regionen im Land Sachsen-Anhalt ist seit vielen Jahren stark vom demografischen Wandel geprägt. Hier – wie auch vielen anderen Regionen Ostdeutschlands – verstärkte sich die allgemeine Bevölkerungsentwicklung hin zu einer Alterung der Gesellschaft. Ursächlich für diese Entwicklungen sind unter anderem der umbruchsbedingte Geburtenknick zu Beginn der 90er Jahre und mehrere umfängliche Abwanderungswellen aufgrund des Zusammenbruchs und der Transformation der regionalen Wirtschaftsstrukturen.

Die Bevölkerungsentwicklung der Kreis- und Hansestadt Stendal kann mit ihren gegenwärtig 40.300 Einwohner*innen (Stand 31.12.2018)¹ exemplarisch für Alterungsprozesse in ostdeutschen Mittelstädten gelten. Aufgrund fehlender Perspektiven zog es seit den 1990er Jahren viele erwerbsfähige Menschen westwärts bzw. ins Ausland. Die zunehmende Zahl der Rückkehrer*innen und Zuzügler*innen kann die Wanderungsverluste der vergangenen Jahre und die Sterbefälle nicht kompensieren, sodass bis 2030 die Einwohner*innenzahl noch einmal um mehr als 16% zurückgehen soll. Dagegen wird der Anteil derjenigen, die über 65 Jahre und älter sind, von 24,2% (2018) auf 32,5% (2030) der Stadtbevölkerung ansteigen.²

Aufgrund dieser demographischen Entwicklungen ist davon auszugehen, dass in Stendal, sowie weiteren Städten und Gemeinden Sachsen-Anhalts, der Bedarf an Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegeleistungen deutlich zunehmen wird.³ Für den Landkreis Stendal zeigen Berechnungen für den Zeitraum 2013 bis 2030 eine Zunahme an Pflegebedürftigen um 21% auf insgesamt 5.314 Personen. Die Pflegequote, der Anteil pflegebedürftiger Personen an der Bevölkerung, wird sich in diesem Zeitraum im Landkreis Stendal voraussichtlich um 1,7 Prozentpunkte auf 5,5% erhöhen.⁴

Der Wandel der Versorgungssituation fällt mit einem zunehmenden Defizit an Fachkräften zusammen, weshalb die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste bereits jetzt immer mehr an ihre Kapazitätsgrenzen gelangen. Professionelle Anbieter von Pflege- und Betreuungsleistungen

¹ Vgl. Pusch (2019), Stendal verliert immer mehr Einwohner, in: <https://www.volksstimme.de/lokal/stendal/verlust-stendal-verliert-immer-mehr-einwohner>, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

² Vgl. Bertelsmann Stiftung (o.J./a), STENDAL - DEMOGRAPHISCHER WANDEL - 2016 – 2018, in: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/stendal+demographischer-wandel+2016-2018+2030+tabelle>, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

³ Laut Pflegestatistik hat sich allein in den Jahren 2017 bis 2019 die Anzahl der Pflegebedürftigen im Land Sachsen-Anhalt um 17,2% erhöht auf insgesamt 129.672 Personen, vgl. Statistisches Bundesamt (2020), Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige 2019, Seite 17 und 19, in: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002199004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung (o.J./b), STENDAL, LK - BASISDATEN PFLEGEVORAUSBERECHNUNG - 2013 - 2030, in: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/stendal-lk+basisdaten-pflegevorausberechnung+anteil-pflegebeduerftige+2013-2030+balkendiagramm>, zuletzt abgerufen am 20.11.2020.

sind seit vielen Jahren vom *Fachkräftemangel* betroffen, der insbesondere in ländlichen Regionen mit geringer Wirtschaftskraft stark ausgeprägt ist. Der strukturelle Personalmangel wird sich voraussichtlich noch weiter verstärken. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Der steigende Pflege- und Betreuungsbedarf vergrößert insgesamt das Arbeitsvolumen und damit den Personalbedarf. Zugleich nimmt die Zahl der Erwerbsfähigen generell ab, womit die Konkurrenz mit anderen Branchen und Berufszweigen um Auszubildende, Absolvent*innen und auch um (geeignete) Quereinsteiger*innen steigt. Die spezifischen Arbeitsbedingungen und die im Vergleich geringe gesellschaftliche Anerkennung der Pflegeberufe sind dabei schwere Bürden. Regionale Gegebenheiten der Altmark verstärken diese Tendenzen noch zusätzlich.

Weil es große Engpässe bei der Verfügbarkeit von Fachkräften in der professionellen Pflege gibt – und nach derzeitigem Stand in den nächsten Jahren weiterhin geben wird –, müsste die Betreuung durch Angehörige, Bekannte oder die Nachbarschaft einen noch größeren Stellenwert einnehmen, als sie es bereits bisher tut. Das würde auch dem Wunsch einer Mehrzahl von Menschen entsprechen, die im Bedarfsfall möglichst lange in den eigenen vier Wänden und im vertrauten Umfeld betreut und gepflegt werden wollen. Dazu braucht es jedoch ein soziales Umfeld, das in der Lage ist, diese mitunter körperlich wie psychisch herausfordernden Aufgaben (zumindest in Teilen) zu übernehmen.

Doch die Voraussetzungen dafür haben sich in den zurückliegenden Jahren einschneidend verändert. Speziell in Ostdeutschland stehen häufig die Geschwister, Kinder oder Enkelkinder für die familiäre Fürsorge nicht zur Verfügung, weil sie aus beruflichen oder anderen Gründen abgewandert sind. Sie leben in räumlich entfernten Orten und können deshalb nur sehr eingeschränkt für ihre Angehörigen sorgen. Auch wird davon ausgegangen, dass sich aufgrund von Individualisierung der Bedürfnisse bzw. Ausdifferenzierung der Lebensentwürfe die Nachfrage nach Pflege- und Unterstützungsleistungen zunehmend verändern wird. Wenn Angebote und Leistungen an diese Entwicklung angepasst werden, dann möglicherweise mit treibendem Effekt beim Bedarf nach Pflegepersonal.

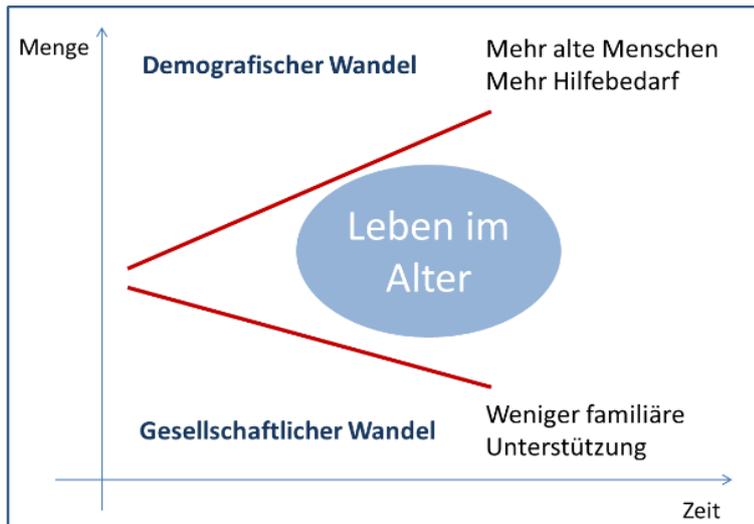


Abbildung 1: Hilfebedarf und Unterstützungsangebote bewegen sich auseinander⁵

Allgemein ist festzuhalten, dass sich – unter den aktuellen Bedingungen – der Bedarf nach Unterstützungs- und Pflegeleistungen einerseits und die Leistungsfähigkeit der Familien und der professionell Pflegenden andererseits immer weiter auseinander bewegen (siehe Abbildung 1: „Hilfebedarf und Unterstützungsangebote bewegen sich auseinander“).

Die skizzierten Entwicklungen verdeutlichen, dass innovative Formen der Pflege aus einer Kombination von wohlfahrtstaatlichem, zivilgesellschaftlichem und privatwirtschaftlichem Handeln entwickelt werden müssen. In der Diskussion über die Neuorganisation der Versorgung pflege- bzw. hilfebedürftiger älterer Menschen finden Konzepte wie der „Bürger-Profi-Mix“ oder die „Sorgende Kommune“ in den zurückliegenden Jahren zunehmend Verbreitung. Diese Konzepte beruhen darauf, den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen nachzukommen und gleichzeitig die professionellen Pflegedienste, ebenso wie die pflegenden Angehörigen, durch ein Netzwerk aus nachbarschaftlichen, kommunalen und ehrenamtlichen Akteuren zu entlasten. Durch diese Ansätze soll in der engeren Nachbarschaft und dem sozialräumlichen Umfeld des/der Pflegebedürftigen ein „sorgendes“ Umfeld entstehen, in dessen Mittelpunkt die/der Hilfebedürftige steht.

Die Wirksamkeit solcher Ansätze beruht auf übergreifenden Netzwerkstrukturen, die langfristig verlässlich sind, dabei sozialräumliche Gegebenheiten und die Bedarfe von älteren Pflegebedürftigen und Angehörigen berücksichtigen und Synergiepotenziale nutzen. Durch Kooperation und Kommunikation können die lokal zur Verfügung stehenden Ressourcen bedarfsgerecht und effektiv eingesetzt werden. Kooperative Strukturen sind ein wichtiges Element einer

⁵ Darstellung übernommen aus Dehne (2020), Vortrag „Daseinsvorsorge im Wandel“, Fachtagung „Vier Jahre FAPIQ“, 28.11.2019 in Potsdam, in: https://prezi.com/4nhfwwyqr9k9/daseinsvorsorge-im-wandel-fapiq_28nov19/?to-ken=c8edcf72087e3620b212c619f8e608e75be2647b50c598d675c1a0d73a13159a&utm_campaign=share&utm_medium=copy, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

sicheren und guten Versorgung im Alter bzw. bei Pflegebedürftigkeit, um effizient mit den knappen Ressourcen an Personal und der steigenden Anzahl Pflegebedürftiger umzugehen.

1.2. Projektauftrag durch das KomZ

Um diese komplexen und gesellschaftlich bedeutsamen Problemlagen und Herausforderungen zu bewältigen, braucht es eine Vielzahl unterschiedlicher Lösungsansätze. Dabei spielen neben regulatorischen Maßnahmen und technischen Neuerungen ebenso soziale Innovationen eine wichtige Rolle.

Das *Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt (KomZ)* unterstützt ebendiese sozialen Innovationen durch Modellprojekte, in denen neue Lösungsansätze entwickelt und erprobt werden sollen.⁶ Das KomZ sammelt seit 2017 Wissen und Erfahrungen in einem „Wissensspeicher“ zu verschiedenen Themenfeldern, darunter auch zum Themenfeld „Alter und Gesundheit im Wandel“. Dazu wurden verschiedene Forschungsfragen formuliert, die durch innovative soziale Pilotprojekte modellhaft bearbeitet werden sollen. Eines davon ist das Innovationsfeld „Pflege im Quartier“.⁷ Hierzu hat das KomZ im Herbst 2018 ein Ausschreibungsverfahren initiiert. Gegenstand waren erstens die Entwicklung eines Handlungsleitfadens für Pflege im Quartier sowie zweitens der Aufbau eines Gesundheits- und Pflegebündnisses zur kooperativen Bearbeitung. Für die Bearbeitung des Handlungsleitfadens wurde das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg beauftragt. Das Institut hat dabei eng mit der Stadt Zörbig (Landkreis Anhalt-Bitterfeld) zusammengearbeitet.⁸

Mit dem modellhaften Aufbau eines lokalen Gesundheits- und Pflegebündnisses in Stendal wurde die Bürgerinitiative Stendal e.V. (BIS) betraut, die das Projekt „*Pflege im Quartier – Pflege-Netz Stendal*“ von November 2018 bis Januar 2021 umsetzte. Unterstützt wurde die BIS durch Projektentwickler*innen von tamen. Entwicklungsbüro Arbeit und Umwelt GmbH sowie SÖSTRA Sozialökonomische Strukturanalysen GmbH, die für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich war.

Zur Bearbeitung der beschriebenen gesundheits- und pflegerelevanten Herausforderungen und im Kontext der lokalen Problemlagen in Stendal (siehe Kapitel 3.2) sollte ein fach- bzw.

⁶ Vgl. Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021a), Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de>, zuletzt abgerufen am 20.01.2021.

⁷ Vgl. Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021b), Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt – Themenfeld Alter, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/wissen/alter/>, zuletzt abgerufen am 20.01.2021.

⁸ Weitere Informationen zum Projekt vgl. Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021c), Pflege im Quartier: heute und morgen/Entwicklung eines Handlungsleitfadens, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/soziale-innovationen-und-projekte/pilotprojekte/pflege-im-quartier-entwicklung-eines-handlungsleitfadens/>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021.

sektorenübergreifender Zusammenschluss lokaler Akteur*innen initiiert und aufgebaut werden. Akteursgruppen und Personen, die für die jeweilige Problemstellung als relevant eingestuft wurden, darunter die Kommune, sollten in die Kooperationsstruktur eingebunden werden. Exemplarisch an der Situation in Stendal sollten Erkenntnisse gesammelt werden, welche Faktoren den Aufbau von Vernetzungsstrukturen und die Entwicklung kooperativer Lösungsansätze fördern (können) und welche Hindernisse ihnen im Wege stehen. Durch diese Vorgehensweise sollte ein Transfer der Ergebnisse des vorliegenden Fachkonzepts auf andere Regionen ermöglicht werden.

1.3. Erfahrungen von Netzwerken anderer Regionen

Bereits in der Vergangenheit haben sich im Land Sachsen-Anhalt und andernorts kleinräumige Netzwerkstrukturen etabliert.⁹ Sie haben nachgewiesen, welche Gestaltungsmöglichkeiten es auf lokaler Ebene gibt. Das Wissen und die Erfahrungen bezüglich der erfolgreichen Gründung von Kooperationen sind bereits in einer Vielzahl von Veröffentlichungen und Leitfäden dokumentiert worden.¹⁰

Die verschiedenen Beispiele gelebter Praxis zeigen, welche Potenziale lokal agierende Pflegenetzwerke entfalten können. Pflegenetzwerke haben das Potenzial, u.a. zu diesen Themen einen konstruktiven Beitrag leisten zu können:

- für ein gutes Älterwerden in der Kommune beitragen, sodass die Kommunen mit spezifischen Infrastrukturen einen attraktiven Wohn- und Lebensort für alle Altersgruppen bilden;
- die Transparenz über bestehende Angebote erhöhen;
- über Pflege und Pflegebedürftigkeit informieren;
- die kommunale Präventionskultur unterstützen.
- pflegebedürftigen, älteren Menschen so lange wie möglich ein Leben in ihrem sozial-räumlichen Umfeld ermöglichen;
- durch Kooperationen potenzielle Synergieeffekte erzielen;
- vorhandene und knappe Ressourcen möglichst effektiv nutzen;
- für soziale Wertschöpfung sorgen;

⁹ Eine wichtige Referenz war z.B. das Netzwerk Gute Pflege in Magdeburg, vgl. Borris und Landeshauptstadt Magdeburg (o.J.), in: <https://www.netzwerk-gute-pflege-magdeburg.de/>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021.

¹⁰ Besonders informativ siehe den Leitfaden von FAPIQ- Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (2018), Den Aufbau altersgerechter Strukturen durch gemeinsames Handeln meistern: So geht's! Grundlagen zum Aufbau von regionalen Netzwerken im Land Brandenburg, in: <https://www.fapiq-brandenburg.de/wp-content/uploads/2018/08/FAPIQ-Leitfaden-Netzwerke.pdf>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021.

- pflegende Angehörige unterstützen und entlasten, damit diese nicht selbst krank werden.

Für den Netzwerkaufbau in Stendal waren die Vorarbeiten und Erfahrungen erfolgreicher Praxisbeispiele Inspiration und zugleich Motivation.

1.4. Die Situation in Stendal

In Stendal gab es zu Projektbeginn keine übergreifenden, formalisierten Netzwerkstrukturen im Bereich Pflege und Betreuung. Die BIS hatte bereits mit verschiedenen Institutionen (Hochschule, Wohnungsunternehmen, Berufsbildungswerk, Wohlfahrtsverbände) eine Vereinbarung geschlossen. Allerdings handelte es sich zuvorderst um bilaterale Absprachen, von denen manche funktionierten, andere konnten bis dahin nicht mit Leben gefüllt werden, vor allem die mit anderen Pflegeanbietern. In der Wahrnehmung von Beteiligten war die Atmosphäre zwischen den Pflegeanbietern eher von Abgrenzung und Konkurrenzverhalten gekennzeichnet. Das PiQ-Projekt sollte auch ein Startpunkt sein, dieses für die Zukunft wenig tragfähige Setting zu verändern.

„Alle haben die gleichen Probleme, niemand spricht darüber.“ Dieses Zitat einer Teilnehmenden der Auftaktveranstaltung am 19. Februar 2019 fasst die Situation in Stendal trefflich zusammen. Das bedeutete, dass eine intensivere Zusammenarbeit der Akteur*innen nicht nur – wie bereits beschrieben – aufgrund der aktuellen und kommenden Herausforderungen geboten schien. Ebenso war das Feld noch weitgehend unbesetzt. Bei der Entwicklung von Zusammenschlüssen und Kooperationsstrukturen gab es augenscheinlich große offene Entwicklungspotenziale.

1.5. Ziel und Struktur des Fachkonzepts

Die Ergebnisse des Projektes *„Pflege im Quartier – Pflege-Netz Stendal“* (im folgenden Text auch PiQ-Projekt genannt) sollen in diesem Fachkonzept zusammengefasst werden. Das Fachkonzept reflektiert die Aktivitäten, Erfahrungen und Lernprozesse, die im Zeitraum von knapp zwei Jahren Projektlaufzeit gesammelt werden konnten.

Im 2. Kapitel werden die vorbereitenden Maßnahmen für die spätere Vernetzungsarbeit im Projekt beschrieben. Außerdem wird genauer auf die planerischen Überlegungen eingegangen und dargestellt, welche Arbeitsschritte und welches methodische Vorgehen in den verschiedenen Projektphasen vorgesehen waren.

Das 3. Kapitel des Fachkonzeptes geht auf das Vorgehen bei der Untersuchung von Bedarfen und Problemen ein, die es in Stendal bei der Versorgung von pflege- und hilfebedürftigen

Menschen gibt. Ebenso werden die Ergebnisse dieser Bedarfsanalyse dargelegt und es wird beschrieben, wie in einer Akteursanalyse potenzielle Partner*innen und jeweilige Ansprechpartner*innen für einen kooperativen Zusammenschluss sowie weitere Akteursgruppen identifiziert und kontaktiert wurden.

Das 4. Kapitel skizziert den Weg von der Offenlegung und Diskussion der Bedarfe und Probleme in verschiedenen Themenfeldern hin zu konkreten Ideen und Maßnahmen. Die Lösungsansätze bei der Gestaltung von Schnittstellen in den Versorgungsketten, bei der Beratung von pflegenden Angehörigen sowie die Einbindung kommunaler Akteur*innen werden eingehend diskutiert. Zudem werden die strategischen Überlegungen bei der Entwicklung und Umsetzung der Lösungsansätze erläutert.

Unter dem Aspekt der Verstetigung werden im 5. Kapitel praktische Hinweise zur Zusammenarbeit in einem Pflege-Netzwerk gegeben. Insbesondere werden die Aufgabenbereiche abgesteckt, darunter Organisation, Controlling, Umsetzung von Maßnahmen und Öffentlichkeitsarbeit. Des Weiteren wird darauf eingegangen, welche (entlastende) Wirkung eine zentrale Stelle zur Netzwerkkoordination haben kann, und wie die Kosten für die Netzwerkarbeit finanziert werden können.

Das Fachkonzept schließt im 6. Kapitel mit einem Fazit aus der Arbeit im PiQ-Projekt ab und fasst die wichtigsten Erkenntnisse zum Aufbau des Pflegenetzwerkes zusammen.

2. Netzwerkaufbau vorbereiten

Damit der Projektauftrag möglichst zielgerichtet und koordiniert bearbeitet werden konnte, wurden gleich zu Projektbeginn wichtige vorbereitende Maßnahmen definiert und umgesetzt.

Das betraf zum einen die *Arbeitsorganisation* innerhalb des Projektteams. bzw. die Zusammenarbeit der Projektpartner*innen, damit die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen und Kompetenzen möglichst wirksam eingesetzt werden konnten. Geklärt wurden u.a. die Verantwortlichkeiten, die Meetingstruktur sowie die Fragen der Projektinfrastruktur. Letztere sollte so angelegt werden, dass eine orts- und zeitunabhängige Zusammenarbeit möglich wurde. Deshalb wurden eine Reihe von digitalen Kollaborationslösungen getestet, die mindestens die digitale Projektkommunikation, die Koordination von Terminen und den Zugriff auf gemeinsam geteilte Dateien ermöglichen sollten. Schließlich fiel die Entscheidung auf Stackfield¹¹ und Microsoft Teams¹². Die Kontaktbeschränkungen, die ab März 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie in Kraft traten, hatten bei der internen Arbeitsorganisation deshalb

¹¹ Stackfield GmbH (2021), in: <https://www.stackfield.com/de/>, zuletzt abgerufen am 12.01.2021.

¹² Microsoft Corporation (2021), in: <https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software>, zuletzt abgerufen am 12.01.2021.

nur zu geringen Einschränkungen zwischen der BIS und tamen geführt, weil die Zusammenarbeit von Beginn an digital organisiert wurde.

Eine weitere vorbereitende Maßnahme lag darin, *planerische Vorüberlegungen* zum Aufbau des Pflegebündnisses zu treffen. Dazu wurde der gesamte Projektprozess in kleinere Einheiten untergliedert. Diese Untergliederung ist in Abbildung 2: „Schaubild Aufbauprozess“ dargestellt. Der gesamte Projektprozess wurde in einzelne *Phasen* unterteilt. Die Projektphasen wiederum wurden in *Arbeitsschritte* eingeteilt, die dazu dienten, ein bestimmtes (*methodisches*) *Vorgehen* abzustecken. Durch die Einteilung in Arbeitsschritte konnte außerdem eine stringente Zielverfolgung eingehalten werden, die ein gemeinsames Arbeiten über die Projektlaufzeit erleichterte.

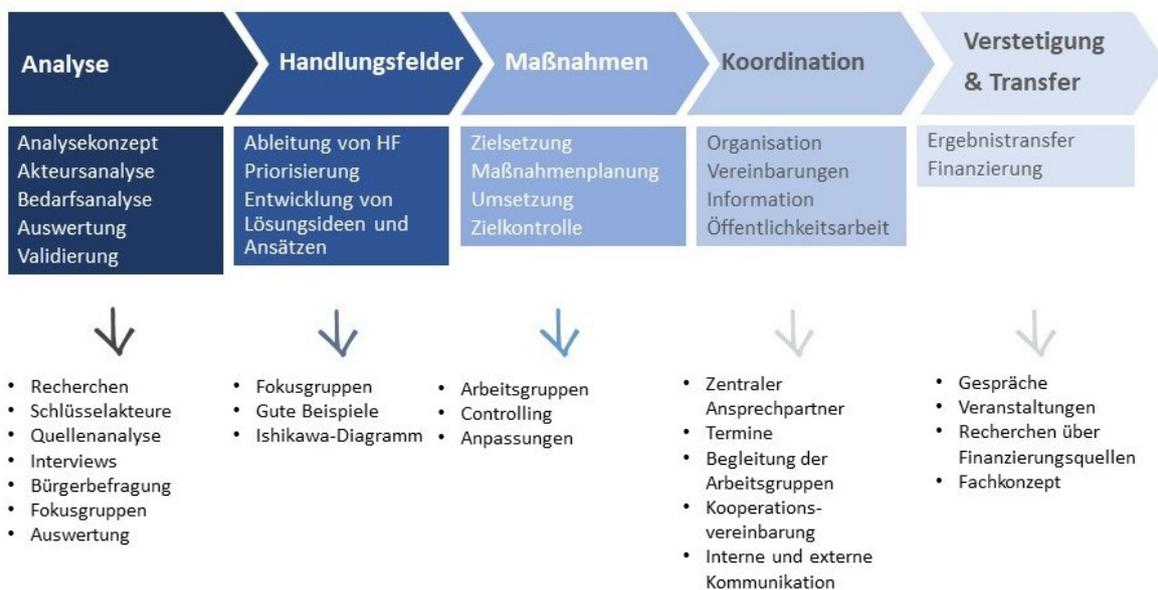


Abbildung 2: Schaubild Aufbauprozess (eigene Darstellung)

In der Planung wurde bereits berücksichtigt, dass in der Projektumsetzung die zeitliche Abfolge der Arbeitsschritte nicht chronologisch erfolgen würde. Einige Arbeitsschritte bauten inhaltlich und zeitlich aufeinander auf, wohingegen manche gleichlaufend bearbeitet werden sollten. Andere Arbeitsschritte standen fortlaufend über den gesamten Aufbauprozess hinweg auf der Arbeitsagenda.

Die Arbeitsschritte und das methodische Vorgehen zu Beginn des Projektes gemeinsam zu planen und zu strukturieren, stellt einen wichtigen Schritt dar, um die Umsetzung von Aktivitäten und Kontaktprozessen zielgerichtet anzustoßen und durchzuführen. Der Aufbau von Kooperationen und Netzwerkstrukturen ist allerdings ein offener Entwicklungsprozess, der im zeitlichen Verlauf seine eigene Dynamik entwickelt. Abzweigungen, Unwägbarkeiten und Zufälle sind daher Teil des Prozesses und lassen sich nicht vorausplanen. Lediglich der Umgang

mit diesen Planungsunsicherheiten kann, zu einem gewissen Grad, im Vorhinein bedacht werden. Höhere Gewalten, wie das Pandemiegeschehen im Jahr 2020, sind allerdings nicht kalkulierbar, auch wenn zu Beginn der Projektlaufzeit feststand, dass fortlaufend mit notwendigen Anpassungen gerechnet werden muss.

3. Situationsanalyse

In der Analysephase des Projektes ging es darum, eine solide Basis für die weitere Projektarbeit zu schaffen. Zum einen sollten reichhaltige Informationen aus vielen verschiedenen Perspektiven über die Bedarfe und Probleme bei der Versorgung und Betreuung von pflege- und hilfebedürftigen Menschen gesammelt werden, um ein möglichst breites Problemverständnis zu entwickeln. Zum anderen sollten die Akteure identifiziert werden, die direkt und indirekt am Versorgungsprozess beteiligt sind, um im weiteren Projektverlauf gemeinsam mit den Beteiligten an möglichen Maßnahmen zur Lösung (einiger) dieser Probleme und an der Schließung von Bedarfslücken zu arbeiten.

3.1. Akteure und Schlüsselpersonen identifizieren

Für den Aufbau eines Pflegenetzwerks bedarf es der Konsultation, Mitarbeit und Beteiligung möglichst vieler Akteure verschiedener Fachrichtungen und Zuständigkeiten. Durch die Einbindung verschiedener „Stakeholder“, auch aus Bereichen, die das Themenfeld Pflege und Betreuung lediglich berühren, können eine Vielzahl an Interessen, Kompetenzen, Erfahrungen und Ansätzen in die Lösung lokal verorteter Problemlagen integriert werden. Gerade das Einbeziehen verschiedener Sichtweisen auf ein und dasselbe Problem kann ein umfängliches Bild über seine Ursachen geben; und schließlich können darauf aufbauend Lösungen entwickelt werden, die für unterschiedliche Beteiligte passend sind.

Im PiQ-Projekt wurde sich zunächst ein Überblick verschafft, welche Akteur*innen bzw. Akteursgruppen mittel- und unmittelbar an der Unterstützung bzw. der Pflege älterer Menschen in Stendal beteiligt sind. Der Ausgangspunkt bzw. das Zentrum der Akteurskonstellation waren die Pflege- bzw. Hilfebedürftigen selbst. Die verschiedenen Personen- und Akteursgruppen wurden in Abbildung 3 „Übersicht der beteiligten Akteursgruppen in der Pflege“ grafisch – je nach persönlichem, fachlichem und/oder räumlichen Bezug zu den älteren Menschen – miteinander in Beziehung gesetzt. Die Grafik zeigt Akteursgruppen, die direkt oder indirekt an der Pflege und Betreuung beteiligt sind. Zugleich zeichnet sie ein Bild für ein Zukunftsmodell eines lokalen Pflege-Netzwerks. Je nach Problemlage könnten sich verschiedene, interessierte Akteur*innen aus diesem großen Netzwerk zusammentun und gemeinsam ihre Anliegen voranbringen.

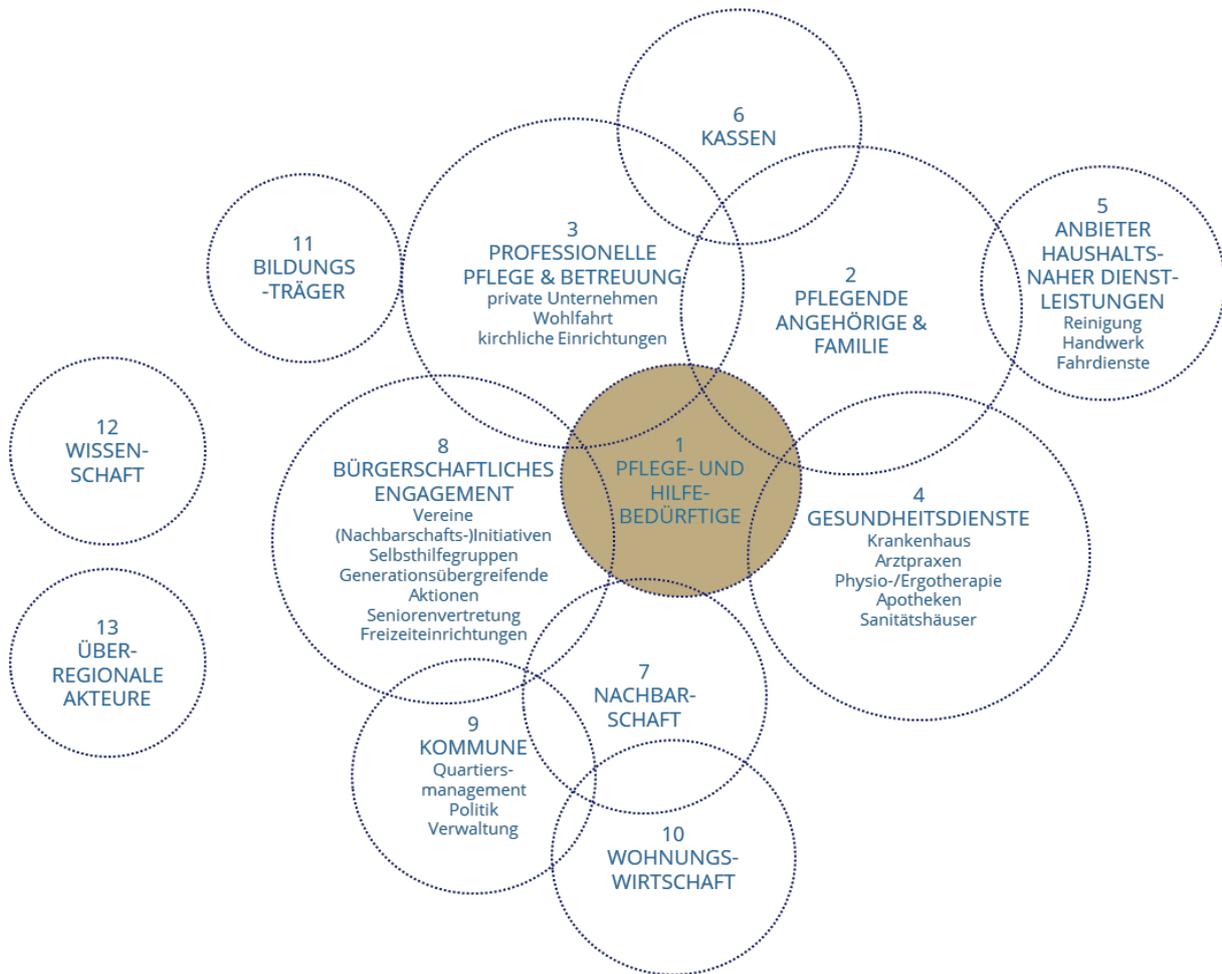


Abbildung 3: Übersicht der beteiligten Akteursgruppen in der Pflege (eigene Darstellung)

Ausgehend von der lokalen Akteurskonstellation in Stendal wurden für jede der identifizierten Akteursgruppen die relevanten Ansprechpartner*innen und Institutionen in Stendal recherchiert. Die Kontaktdaten wurden zentral in einer digitalen Datenbank (auf Excel-Basis) festgehalten, die Einträge wurden fortwährend erweitert und aktualisiert. Neben den üblichen Kontaktdaten wurde zudem auch die Kontakthistorie festgehalten, sodass nachvollzogen werden konnte, wann und in welchem Zusammenhang das PiQ-Projektteam in Kontakt mit den Ansprechpartner*innen stand (Gespräch, Veranstaltung, Telefonat usw.).

Zur Recherche von relevanten Akteur*innen wurden verschiedene Quellen und Ressourcen genutzt. Neben einschlägigen Internetquellen (Pflegenavigator¹³, Webseiten der Institutionen usw.) konnte auch auf bestehende Kooperationen und Netzwerkstrukturen zurückgegriffen werden. Zu Beginn des Projektes boten sich für die Recherche auch Anlässe wie die Auftaktveranstaltung an. Bei dieser Gelegenheit wurden die Teilnehmenden dazu eingeladen, Hinweise auf Personen und Institutionen zu geben, die aus ihrer Sicht in das Vorhaben mit

¹³ AOK-Bundesverband GbR (o.J.), in: <https://www.pflege-navigator.de/>, zuletzt abgerufen am 13.01.2021.

einbezogen werden sollten. Dazu wurde beispielsweise eine Kontaktbörse bei der Auftaktveranstaltung am 19. Februar 2019 eingerichtet.

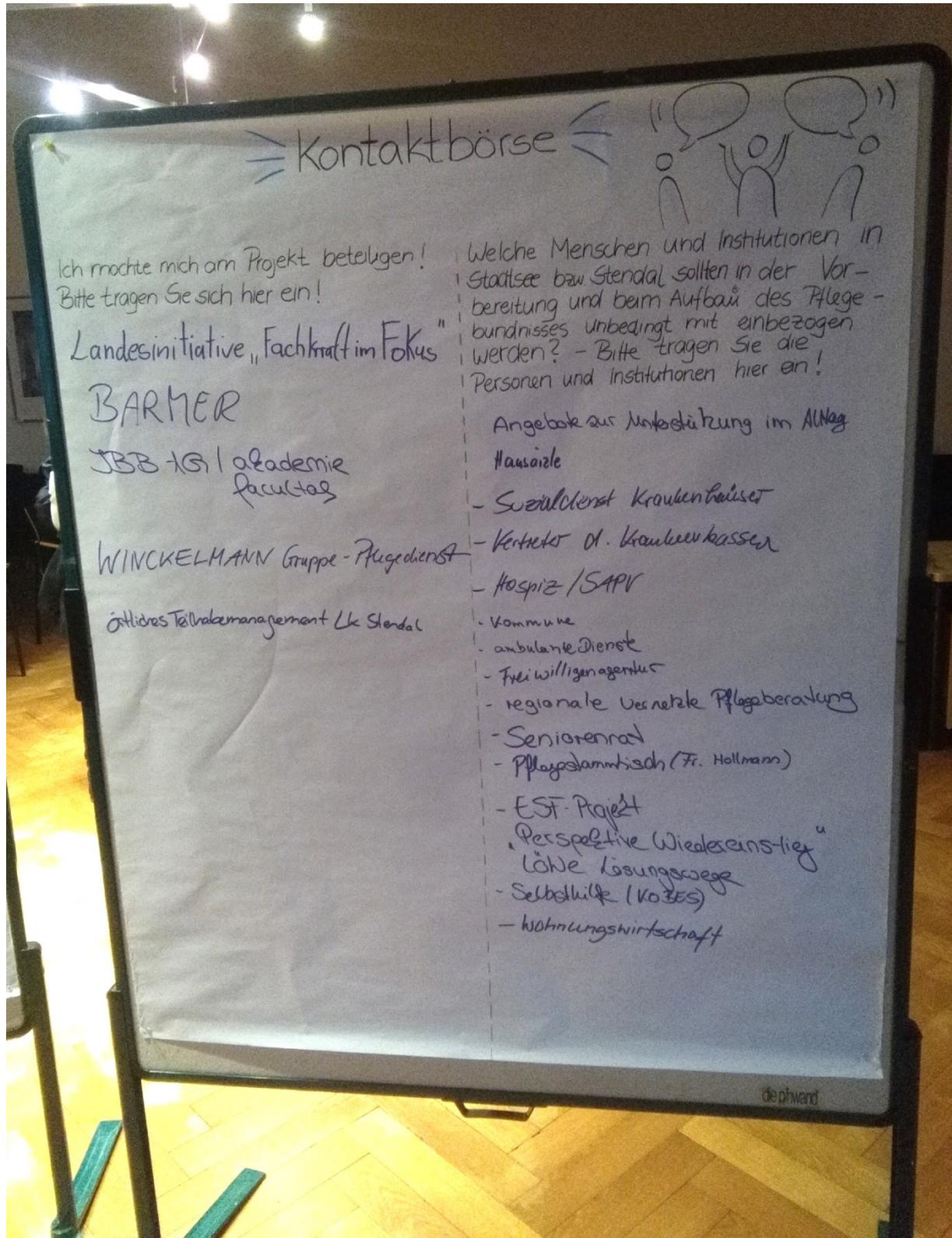


Abbildung 4: Stellwand Kontaktbörse bei Auftaktveranstaltung am 19.02.2019

Für einzelne Akteursgruppen wurden zudem systematische Beschreibungen angefertigt, die das mögliche Interesse an einer übergreifenden Zusammenarbeit und den erwarteten Input in das Netzwerk skizzierten. Es wurde auch überlegt, was passende Anlässe und Interessen sein könnten, um die jeweilige Akteursgruppe in den Aufbauprozess einzubinden. Schließlich wurden die Akteursgruppen in Bezug auf ihre mögliche Rolle und Bedeutung im Netzwerk eingeordnet. Hierbei war die Frage leitend, welche Schlüsselakteur*innen es braucht, um die Ziele des Projektes bzw. die eines erfolgreichen lokalen Netzwerkes zu erreichen.¹⁴ Die Schlüsselakteure wurden in vier Gruppen unterteilt, die in Tabelle 1: „Akteursgruppen“ benannt und beschrieben werden.

Initiatoren	Organisationen und Personen, die sich aufgrund von Eigenmotivation und Persönlichkeit dem Anliegen verschreiben; die durch ihre Kompetenzen und Ressourcen (eigene Kontakte) andere Akteure zum Mitmachen oder Unterstützen bewegen können.
Entscheider	Organisationen und Personen (Geschäftsführer*innen, Bereichsleiter*innen, kommunalpolitische Entscheidungsträger*innen), die aufgrund ihrer (hierarchisch hohen) Funktion im lokalen Versorgungssystem den Netzwerkaufbau dynamisieren können.
Impulsgeber	Organisationen und Personen (Fachexpert*innen, Vertreter*innen anderer Netzwerke), die durch ihr Fachwissen und ihre Erfahrungen mit hoher Glaubwürdigkeit einen wichtigen Beitrag zum Netzwerkaufbau und/oder zur Entwicklung von Lösungsansätzen leisten können.
Verhinderer	Organisationen und Personen, die aus Partikularinteressen dem Aufbau eines lokalen Netzwerkes im Wege stehen (können).

Tabelle 1: Akteursgruppen (eigene Darstellung)

Zur Einordnung der Schlüsselakteure können auch diese Leitfragen hilfreich sein:

- Wer könnte ein Interesse an einem Netzwerk haben?
- Wer könnte das Netzwerk unterstützen (ideell wie materiell)?
- Wer hat Einfluss auf die Gründung des Netzwerkes?
- Wer steht dem Vorhaben kritisch gegenüber?

Die Bestimmung von Schlüsselakteuren sollte sich nicht allein durch ihre Funktion, Sichtbarkeit und Größe (der Institution) leiten lassen. Einzelpersonen oder Organisationen, die wenig sichtbar sind, können ebenso entscheidende Beiträge für den Netzwerkaufbau leisten.

¹⁴ Zur Identifizierung von (kommunalen) Schlüsselakteuren siehe auch 4K | Kommunikation für Klimaschutz (o.J.), Schlüsselakteure bewegen kommunalen Klimaschutz, in: <http://schluesselakteure.de/>, zuletzt abgerufen am 05.01.2021.

Deshalb ist eine umfängliche Recherche von Akteuren auf verschiedenen formellen und informellen Wegen wichtig.

3.2. Bedarfe und Probleme kennen

In der Analysephase sollten möglichst vielfältige und valide Informationen über die lokalen Bedarfe und Probleme bei der Versorgung und Betreuung von pflege- bzw. hilfebedürftigen Menschen gesammelt werden. Wo zeigen sich möglicherweise Lücken oder „weiße Flecken“, die einer optimalen Versorgung entgegenstehen, die das individuelle Wohlbefinden beeinträchtigen, oder die gar ein Verweilen im vertrauten Umfeld verhindern? An welchen Stellen sehen die für die Versorgung verantwortlichen Personen und Institutionen in ihrem Tätigkeitsfeld möglicherweise Handlungsbedarfe und Potenziale? Diese Informationen waren Anlass und Grundlage, um Handlungsfelder zu identifizieren und darauf aufbauend Aktivitäten in einem Bündnis zu entwickeln (siehe Kapitel 4).

Im PiQ-Projekt wurde zunächst in einem Konzept festgelegt, wie in der Analysephase des Projektes vorgegangen werden sollte. Dabei wurden die einzelnen Arbeitsschritte der Analyse benannt und beschrieben. Anschließend wurde jeweils für die Arbeitsschritte das methodische Vorgehen definiert.

Folgende Arbeitsschritte waren Bestandteil der Analyse:

1. Quellenanalyse
2. Interviews mit Akteur*innen aus den Bezugsgruppen
3. Bürger*innenbefragung
4. Veranstaltungen

In einer Bestands- bzw. *Quellenanalyse (1)* wurden thematisch relevante Daten und Informationen von Untersuchungen und Erhebungen hinzugezogen, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt durchgeführt wurden, beispielsweise im Rahmen der Quartiers- und Stadtentwicklung, oder einer kommunalen Pflegebedarfs- oder Pflegestrukturplanung.

In einem weiteren Arbeitsschritt wurden *Interviews mit Akteur*innen aus den Bezugsgruppen (2)* geführt. Ausgehend von den Ergebnissen der Akteursanalyse wurden persönliche Gespräche mit ausgewählten Personen und Expert*innen bzw. Vertreter*innen von Institutionen vereinbart. Die Gesprächspartner*innen für die Einzelinterviews wurden zielgerichtet ausgewählt. Dabei war es wichtig, eine Stichprobe aus Akteur*innen zu treffen, die in dem Themenfeld Pflege und Unterstützung ein Überblickswissen hat (z.B. Verbände, Pflegeberatung), die Interessen des Gemeinwesens im Blick haben (z.B. Kommune, Stadtteilmanagement) und die berufspraktische bzw. sektorenspezifische Einblicke haben (z.B. Pflegedienste, Krankenhaus).

Zudem waren auch Institutionen zur Analyse der Bedarfs- und Problemanalyse interessant, die eine Funktion als Multiplikatoren innehaben. Dazu zählten beispielsweise große Wohnungsunternehmen, da sie wertvolle Informationen über die Situation der älteren Bewohner*innen liefern konnten.

Inhaltlich bezogen sich die Gespräche schwerpunktmäßig auf:

- die lokale Versorgungssituation und die ungedeckten Bedarfe;
- Handlungsfelder, die lokal und kooperativ bearbeitet werden könnten und die damit in Zusammenhang stehenden Entlastungs- und Entwicklungsmöglichkeiten;
- die Bereitschaft der Befragten, mit anderen Akteuren zu kooperieren.

Für die Gespräche wurde ein Leitfaden mit konkreten Fragen erstellt. Nach jedem Gespräch wurde ein ausführliches Protokoll angefertigt, somit konnten keine wichtigen Informationen verlorengehen. Aus dem Protokoll wurden mögliche Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten für weitere Schritte abgeleitet. Zudem wurden die Interessen und Potenziale des/der betreffenden Gesprächspartners/Gesprächspartnerin im Hinblick auf einzelne Kooperationen und bezüglich einer lokalen Netzwerkstruktur erfasst.

Ein wichtiger Bestandteil der Bedarfsanalyse war es, die Erfahrungen und Sichtweisen von pflegenden Angehörigen sowie von Bürger*innen aus Stadtsee bzw. Stendal in die Untersuchung mit einzubeziehen. Für *Bürgerbefragungen (3)* konnten verschiedene Anlässe, wie zum Beispiel öffentliche Veranstaltungen (thematische Vorträge, Mieter- oder Stadtteilst, Bürgerforen), genutzt werden.

- Mit einem kurzen standardisierten Fragebogen wurden die Seniorinnen und Senioren in der Tagesstätte der BIS zu ihrer Sicht der Dinge befragt.
- In verschiedenen Erfahrungsaustauschrunden mit einer Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger kamen Probleme zur Sprache.

Bei den Befragungen und in den Interviews ging es vor allem darum, Defizite in den Angeboten für Pflege- und Hilfebedürftige zu identifizieren und ihre Ursachen zu benennen. Ausschlaggebend waren nicht die Anzahl der Befragten oder die Repräsentativität der Auswahl, sondern eine möglichst präzise Erfassung von Ursachen und Wirkungszusammenhängen, die relevant für das Verständnis der Problem- und Bedarfslagen sind.

Die *Auswertung* der gesammelten Informationen und Daten zu den lokalen Bedarfen und Problemen in Stendal erfolgte nach qualitativen Maßstäben, um ein möglichst vielfältiges Bild der verschiedenen Blickwinkel der Befragten zu erhalten. Zunächst ging es darum, einen Überblick über das gesamte Material zu bekommen. Daran anschließend wurden die Daten inhaltlich zu einzelnen Themenfeldern (Clustern) zugeordnet. Für den weiteren Gebrauch wurden diese Themenfelder in einer grafischen Übersicht (Themenkarte, siehe Abbildung 5 „Schaubild

Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse“ auf der nachfolgenden Seite) zusammengeführt.

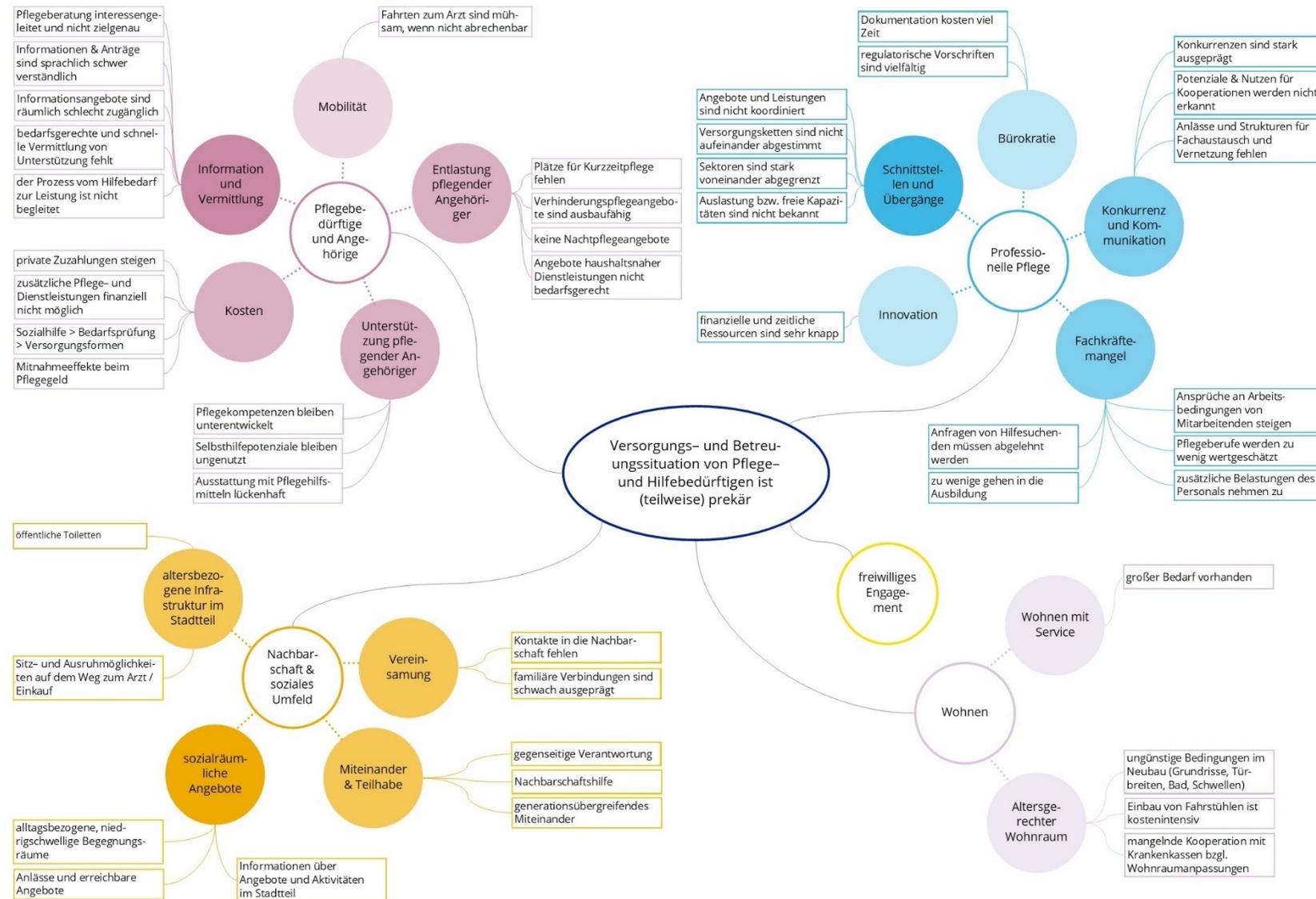


Abbildung 5: Schaubild Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse (eigene Darstellung)

Für die Weiterarbeit an einzelnen Themenfeldern wurde für jedes Themencluster ein Informationsblatt erstellt, welches neben der Grafik die Kernprobleme und Bedarfe in Stichpunktform enthielt. Diese Informationsblätter sind im Anhang beigefügt.

Die Auswertung umfasste nicht ausschließlich die inhaltlichen Aspekte des vorliegenden Materials. Es wurden auch Faktoren betrachtet, die den Aufbau von lokalen Kooperationsstrukturen beeinflussen könnten, darunter Beobachtungen und Wahrnehmungen zu folgenden Fragestellungen:

- Wie nehmen wir die Kommunikation zwischen den Akteur*innen bislang wahr?
- Wie verhält sich das Konkurrenzverhalten zur Kooperationsbereitschaft, die von vielen Akteur*innen geäußert wurde?
- Wie schätzen wir die Aussagen bezüglich der Motivation zu Veränderungsprozessen ein?

Ein wichtiges Element der Auswertungsphase war die wiederholte Rückkopplung mit verschiedenen Instanzen, um die Auswertungsergebnisse zu validieren und gegebenenfalls mit weiteren Aspekten anzureichern. Die Reflexion erfolgte mit mehreren Ansprechpartner*innen in verschiedenen Formaten:

- in Workshops (in Fokusgruppen) mit den potenziellen Kooperationsbeteiligten (Vertreter*innen von Pflegeanbietern, Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger u.a.);
- in Veranstaltungen;
- in Einzelgesprächen mit Vertreter*innen von Netzwerken an anderen Orten;
- in der Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes (SÖSTRA);
- mit dem Auftraggeber des KomZ im Zuge der regelmäßig stattfindenden Quartalstreffen.

Mit den *Veranstaltungen* konnte jeweils (nur) ein Teil der interessierten Fachöffentlichkeit erreicht werden. Angesprochen wurden insbesondere diejenigen, die Interesse für die Sache hatten und eine Bereitschaft zur Mitwirkung an der Optimierung von Versorgungsleistungen signalisierten. Mit der wiederholten Präsentation der Ergebnisse konnte der Kreis der Informierten sukzessive erweitert werden. Nichtsdestotrotz muss konstatiert werden, dass sich nicht alle Stakeholder, von denen ursprünglich ein Interesse am Vernetzungsprozess erwartet wurde, beteiligt haben. Vielmehr formierte sich ein kleiner Kreis von Personen und Einrichtungen, der sich auf einen bestimmten Ausschnitt im Feld der Gesundheits- und Pflegeversorgung konzentriert.

4. Handlungsansätze entwickeln

4.1. Vorgehen

Eine Voraussetzung dafür, dass alle Institutionen und Personen, deren Beteiligung am Netzwerk erwünscht ist, auch für die Mitwirkung gewonnen werden können, sind transparente und partizipativ angelegte Verfahren für die Verständigung über Zwecke und Ziele der Vernetzung. Wenn Möglichkeiten zur Mitgestaltung bestehen, steigert dies die Motivation derjenigen, die in der Zusammenarbeit ein geeignetes Mittel zu ihrer Realisierung erkennen können.

Eine weitere Voraussetzung für die Motivation zur Beteiligung ist die Komplementarität des Netzwerks. Wenn es bereits Arbeitszusammenhänge gibt, in denen die Ziele bearbeitet werden können, werden zusätzliche Zusammenschlüsse als überflüssige Parallelstrukturen empfunden und die Zeit und der Aufwand dafür als Verschwendung. Das Netzwerk muss die existierenden Formen der Kooperation also sinnvoll ergänzen, ohne die zeitlichen und ggf. auch personellen und finanziellen Ressourcen der Beteiligten zu überfordern. Transparenz, Komplementarität und Kohärenz in der Entwicklung von lokalen Lösungen sind wichtige Voraussetzungen. Es ist entscheidend, dass mit in der Zusammenarbeit Lösungen in Aussicht gestellt werden, die in den existierenden Arbeitszusammenhängen der Akteure bislang nicht realisiert werden können.

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung von Handlungsansätzen im PiQ-Projekt waren die Ergebnisse der Bedarfsanalyse. Die bereits erwähnten Arbeitstreffen (Fokusgruppen) dienten zum einen der Diskussion und Validierung der in mehreren Themenfeldern zusammengefassten Ergebnisse, zum anderen sollten die Akteur*innen möglichst frühzeitig gemeinsam an der Entwicklung von Lösungsansätzen beteiligt sein. Somit wurde in einem der ersten Arbeitstreffen danach gefragt, welche der Bedarfe und Problemstellungen für die Beteiligten eine besondere Relevanz haben und wo besonders dringlicher Handlungsbedarf gesehen wird, der zu wirkungsvollen Veränderungen auf lokaler Ebene führen könnte. Die Rückmeldungen zu den Themen bzw. Handlungsbedarfen wurden in den Themenkarten entsprechend markiert. (siehe rote Pfeile in den Abbildungen 6 und 7).

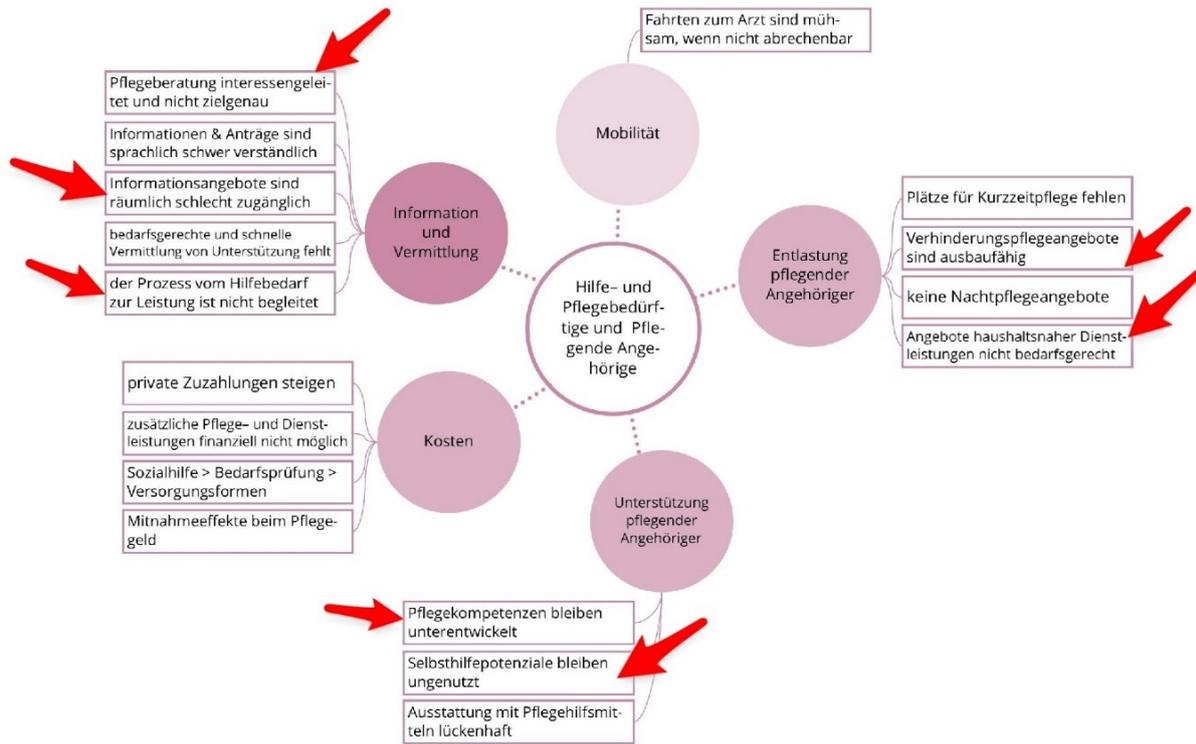


Abbildung 6: Relevante Bedarfe in Bezug auf ältere Hilfe- und Pflegebedürftige, Rückmeldungen beim Arbeitstreffen am 26.06.2019

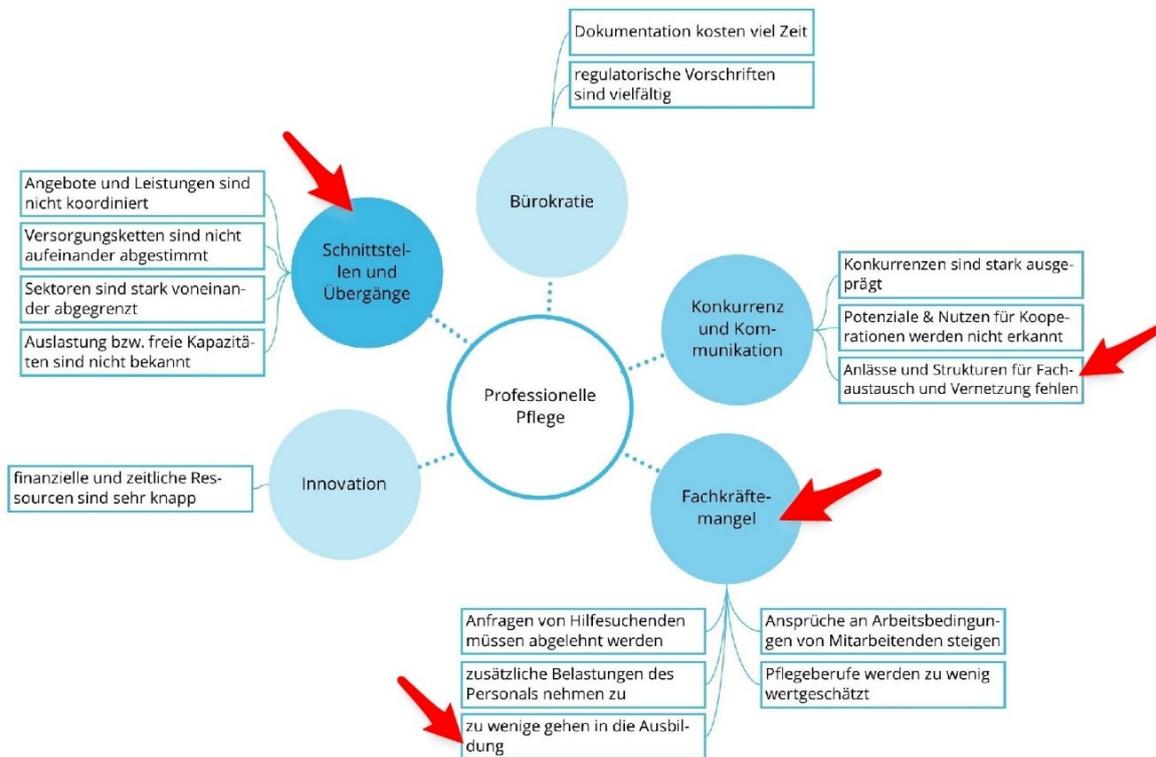


Abbildung 7: Relevante Bedarfe in Bezug auf die Professionelle Pflege, Rückmeldungen beim Arbeitstreffen am 26.06.2019

Die Auswahl und Priorisierung der zentralen Handlungsfelder erfolgten jedoch nicht im Rahmen *einer* gemeinsamen Beratung und Beschlussfassung durch alle (potenziell) Beteiligten, sondern wurden durch mehrere Faktoren bestimmt:

- die Resonanz der beteiligten Akteur*innen und Institutionen, insbesondere aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, auf die ermittelten Bedarfe und Probleme bei verschiedenen Anlässen: Arbeitstreffen, Einzelgespräche, andere Zusammenkünfte;
- die zeitliche Verfügbarkeit der potenziellen Netzwerkakteur*innen bei der weiteren Bearbeitung;
- Schwerpunktsetzungen durch das PiQ-Projektteam:
 - Die fachliche Expertise im Projektteam mit z.T. langjährigen Erfahrungen im Bereich sozialer Innovationen und Neuorganisation von Pflege in ländlichen Räumen übte ebenfalls priorisierenden Einfluss aus.
 - Inspiration und Impulse durch andere pflege- und gesundheitsbezogene Netzwerke und deren thematische Schwerpunkte, Aktivitäten und Erfolge.

Die ersten beiden dieser Faktoren fußen auch auf den personellen bzw. zeitlichen Ressourcen der beteiligten (institutionellen) Akteure. Gewöhnlich sind große Institutionen an der Stelle im Vorteil, weil sie über eine größere organisatorische Tiefe bzw. die notwendigen Personalressourcen verfügen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sie die Auswahl von Themen und Handlungsansätzen dominieren könnten und damit dem Netzwerk schon zu Beginn ihren Stempel aufdrücken. Insofern muss die Projekt- bzw. Netzwerkkoordination darüber nachdenken, wie auch kleine, ressourcenärmere Akteure an dem Prozess beteiligt bleiben können, auch wenn es ihnen nicht (immer) möglich ist, regelmäßig bei Treffen persönlich anwesend zu sein. Für diese Interessenten sollten Wege und Formate gefunden werden, um sie im Sinne der Transparenz zu informieren und ihnen eine Mitwirkung zu ermöglichen. Hierfür könnten beispielsweise Einzelgespräche (auch telefonisch oder digital) oder (Online-) Abfragen eingesetzt werden.

Die Einflussnahme des Projektteams in den Auswahlprozess der Handlungsfelder hat (mindestens) zwei Seiten: Zum einen kann der Prozess von den Erfahrungen, der fachlichen Expertise und den Einschätzungen der Situation vor Ort, die dort versammelt sind, ohne weiteres profitieren. Andererseits besteht die Gefahr, dass der Einfluss zu stark wird und letztlich die Arbeitsschwerpunkte und Zielstellungen nicht mehr hundertprozentig zu denen der Netzwerkpartner passen, dass diese sich darin nicht mehr wiederfinden. Aus diesem Grund sollte die eigene Rolle in dem Abstimmungsprozess regelmäßig reflektiert werden.

Um von den Erfahrungen von Pflege- und Gesundheitsnetzwerken in anderen Regionen zu lernen und um sich von ihren Schwerpunkten und Vorgehensweisen anregen zu lassen, war der persönliche Austausch ein wichtiges Element der Projektarbeit. Der Austausch hat sicherlich auch die Auswahl der Handlungsfelder und auch die Entwicklung der Lösungsansätze mit beeinflusst. Aus den Gesprächen mit den Netzwerken wurden zahlreiche Anregungen

bezogen und die eigene Praxis lässt sich im Spiegel ähnlicher Erfahrungen besser interpretieren und einordnen. Die Kenntnis verschiedener Erfahrungen ermöglicht Vergleiche und damit auch eine tiefere Reflexion der eigenen Praxis.

Als Ergebnis wurden die Schwerpunkte Schnittstellenmanagement (Abschnitt 4.2), die Einbindung kommunaler Akteure (Abschnitt 4.3) sowie Information und Beratung von pflegenden Angehörigen (Abschnitt 4.4) zur weiteren Bearbeitung ausgewählt.

Um aus den Handlungsfeldern gezielt nach Lösungsansätzen zu suchen und konkrete Umsetzungsmaßnahmen zu entwickeln, wurden im PiQ-Projekt noch einmal ein genauer Blick auf die Ursachen der zu diesen Themen genannten Bedarfe und Probleme (Symptome) geworfen. Das methodische Vorgehen stützte sich auf der diskursiven Erstellung von Ishikawa-Diagrammen. Ein Ishikawa-Diagramm ist ein Ursache-Wirkungs-Diagramm, es wird wegen seines Aufbaus auch Fischgrätendiagramm genannt. Ishikawa-Diagramme stellen die Ursachen eines problematischen Sachverhalts dar. Es werden alle Haupteinflussgrößen, die Ursachen des Problems sowie deren Abhängigkeiten und Zusammenhänge dargestellt. Ursachen werden so lange in Unterursachen zerlegt, bis der Kern des Problems erreicht zu sein scheint.¹⁵ Im Kapitel 4.2.2 ist exemplarisch ein Ishikawa-Diagramm zum Überleitungsmanagement dargestellt.¹⁶

Ein Mehrwert dieser der Diagramme liegt in ihrer diskursiven Erstellung und Bearbeitung mit den relevanten Stakeholdern. Allerdings musste die Bearbeitung ausschließlich im PiQ-Projektteam stattfinden, da die Kontaktbeschränkungen der COVID-19-Pandemie ab Frühjahr 2020 eine transdisziplinäre Bearbeitung verhinderten. Die Vorteile einer gemeinsamen Bearbeitung hätten im Einbringen verschiedener Perspektiven, Erfahrungen und Fachwissen in Bezug zum problematischen Sachverhalt gelegen. Hilfreich ist die Methode auch, um ein gemeinsames Problemverständnis zu formulieren.

Im folgenden Abschnitt werden Ideen und Ansätze, die im PiQ-Projekt entwickelt wurden, dargestellt und näher auf die Schnittstellenproblematik zwischen Akteur*innen der Versorgungsketten eingegangen, die stark „versäult“ arbeiten (siehe Abbildung 9: Ishikawa-Diagramm Überleitung stationär zu ambulant).

¹⁵ Vgl. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021), Organisationshandbuch - Ursache-Wirkungs-Diagramm, in: https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/Organisationshandbuch/6_MethodenTechniken/63_Analysetechniken/632_Ursache-Wirkungs-Diagramm/ursache-wirkungs-diagramm-node.html, zuletzt abgerufen am 10.01.2021.

¹⁶ Im Projekt wurden Ishikawa-Diagramme zu den Themenfeldern Unterstützung pflegender Angehöriger, sozialräumliches Umfeld, Pflegeberatung, Überleitung (vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung) und Fachkräftemangel erarbeitet.

4.2. Schnittstellen gestalten

4.2.1. Einführung

Die Bedarfsanalyse im PiQ-Projekt (siehe Abschnitt 3.2) hat gezeigt, dass an verschiedenen Schnittstellen und Übergängen eine fehlende Koordination von Leistungen und Angeboten besteht.

Die Kernaussagen der Bedarfsanalyse:

- Die einzelnen Sektoren in der Versorgung sind stark voneinander abgegrenzt.
- Vieles steht nebeneinander, ohne Bezug zueinander.
- In den Versorgungsketten könnten die einzelnen Elemente besser aufeinander abgestimmt sein, um mit knappen Ressourcen effizienter umzugehen.
- Bei Überleitungen wird das Potenzial von standardisierten Verfahren und Materialien zur Verbesserung von Informationsflüssen nur wenig ausgeschöpft.
- Der Informationsaustausch zwischen den Akteur*innen wird als gering eingeschätzt, um Auslastungskapazitäten anzuzeigen oder Anfragen bzw. Aufträge untereinander abzustimmen.

In Deutschland ist Versorgung mit Gesundheits- und Pflegeleistungen sektoral organisiert und finanziert. Zwischen den einzelnen Versorgungssektoren sind verschiedene Schnittstellen und Übergänge angesiedelt. In der Versorgung von Patient*innen entsteht ein erhöhter Koordinationsbedarf insbesondere dann, wenn die Beratung und/oder die Behandlung die Kompetenzen einer einzelnen Berufs- oder Fachgruppe übersteigt. Versicherte haben gemäß § 11 Abs. 4 SGB V einen gesetzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement dient dazu, Probleme beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche zu lösen. Das Schnittstellenmanagement als Teil des Versorgungsmanagements umfasst verschiedene Aspekte, wie zum Beispiel die Kommunikation mit den Patient*innen, Befundübermittlung und Medikationsüberprüfung. Dabei verlangt die Überleitung von besonders vulnerablen Patientengruppen mit komplexen Erkrankungen oder multiplen Risikofaktoren besondere Aufmerksamkeit.

Die sektorenübergreifende Versorgung wird zwar vom Gesetzgeber und den Kostenträgern unterstützt, dennoch ist die Schnittstellenproblematik mit mannigfaltigen Herausforderungen verbunden. Mit einer gut aufeinander abgestimmten übergreifenden Versorgung können Fehl-, Über-, Unterversorgung, Informationsverluste und möglicherweise Verzögerungen von weiteren Maßnahmen vermieden werden.

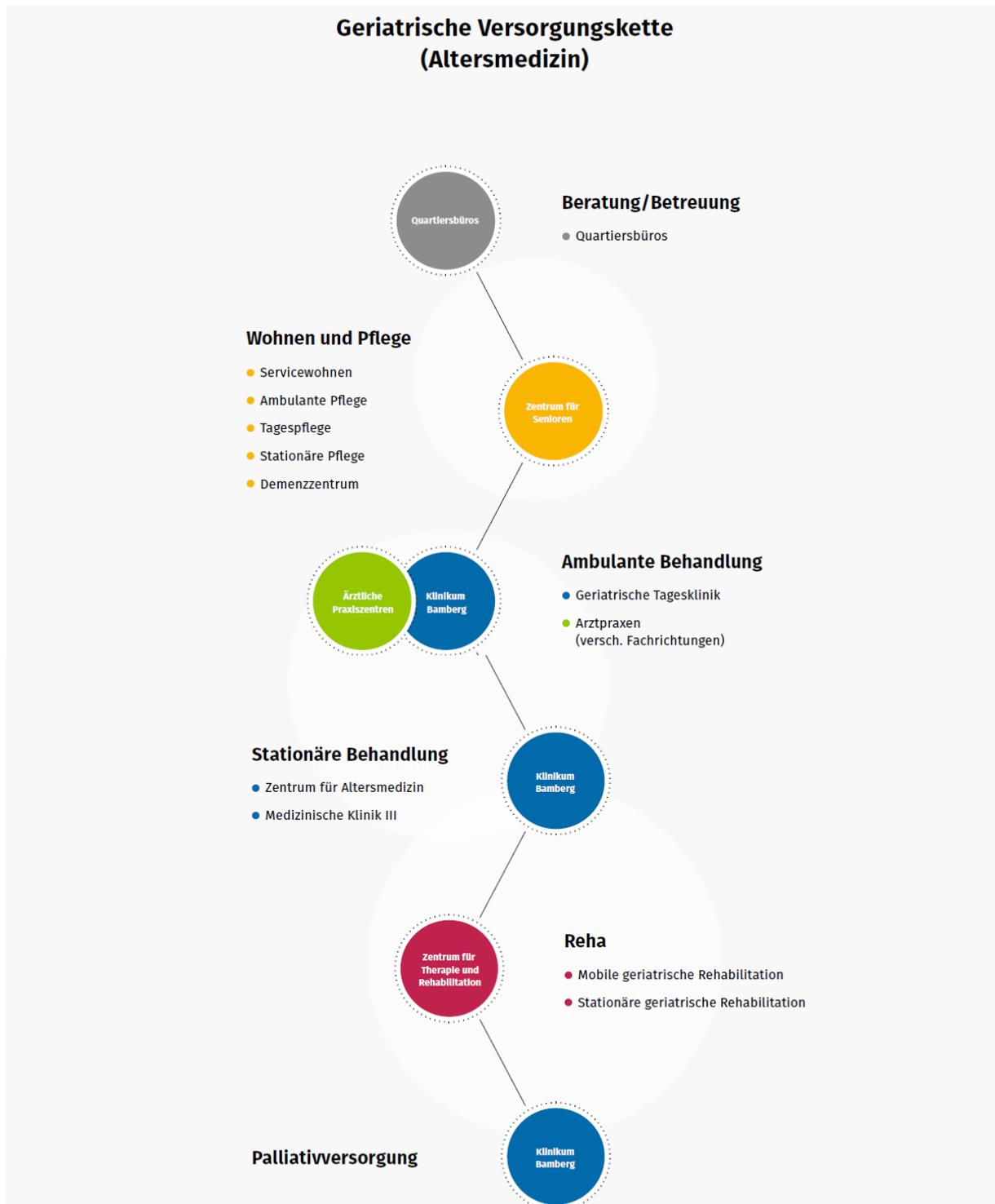


Abbildung 8: Geriatrische Versorgungskette 17

Eine bedeutende Schnittstelle besteht zwischen stationärer Versorgung im Krankenhaus und (anschließender) ambulanter Pflege und Betreuung. Mit der Einführung neuer

¹⁷ Darstellung übernommen aus Sozialstiftung Bamberg (2021), Geriatrische Versorgungskette, in: <https://www.sozialstiftung-bamberg.de/ueber-die-sozialstiftung/uebergreifende-vernetzung-wenn-sie-uns-brauchen/geriatrische-versorgungskette/>, zuletzt abgerufen am 27.01.2021.

Krankenhausvergütungssysteme und Fallpauschalen hat der Bedarf eines sorgfältigen Entlassmanagements aus der stationären Behandlung spürbar zugenommen. Eine Mehrzahl der Krankenhäuser hat ein eigenes Überleitungs- oder Entlassmanagement eingeführt. Allerdings folgt das Überleitungs- und Entlassmanagement häufig eigenen institutionellen Logiken, was eine Vereinheitlichung auf lokaler Ebene erschwert.

Besonders in ländlichen Regionen kann das Schnittstellenmanagement aufgrund von personellen und finanziellen Ressourcenproblemen besonders herausfordernd sein, da es häufig weniger Angebote gibt als in Ballungsgebieten. Nicht selten fehlen in ländlichen Regionen nach einem Krankenhausaufenthalt angemessene Nachversorgungsstrukturen. Auch große räumliche Entfernungen zwischen einzelnen Versorgungsangeboten wirken sich hinderlich auf eine angemessene Versorgung aus. Deshalb profitieren insbesondere ländliche Regionen von innovativen Lösungen, beispielsweise durch kooperative Ansätze.¹⁸

4.2.2. Vom Krankenhaus in die Anschlussversorgung

Problembeschreibung

Aus den Gesprächen mit Vertreter*innen vom Johanniter Krankenhaus Genthin-Stendal und AGAPLESION Diakoniekrankenhaus Seehausen hat sich folgende Situation gezeigt:

Im Krankenhaus werden auch Patient*innen versorgt, die nach der stationären Behandlung eine ambulante Anschlussversorgung benötigen. Hierfür gibt es verschiedene Ursachen: Zum einen machen die Krankheitsbilder und/oder therapeutische Erfordernisse eine ambulante Nachbehandlung notwendig, zum anderen sind Menschen aufgrund ihres Alters oder Pflegebedürftigkeit längerfristig auf Unterstützung angewiesen – können jedoch nicht auf die Unterstützung durch Familienangehörige, Bekannte oder das weitere soziale Umfeld zurückgreifen, oder der Unterstützungsbedarf ist so groß, so dass ihn die Angehörigen allein nicht bewältigen könnten.

Die Überleitung von stationärer zur ambulanten Versorgung liegt in der Verantwortung des Sozialdienstes im Krankenhaus. Dieser muss aktuell ambulante Pflegedienste nach freien Kapazitäten für die Weiterversorgung abtelefonieren. Allerdings ist aufgrund der knappen Kapazitäten bei den ambulanten Diensten die zügige Vermittlung häufig eine Herausforderung. Die Mitarbeitenden des Sozialdienstes verbringen einen großen Teil ihrer Arbeitszeit damit, ambulante Pflegedienste und stationäre Einrichtungen mit freien Kapazitäten ausfindig zu machen, die Patient*innen übernehmen können. Wenn keine ambulante Lösung gefunden wird, dann „droht“ die (zeitlich befristete) Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung. Der –

¹⁸ Vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017), Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor, in: [https://www.bestellen.bayern.de/application/e-shop_app000001?SID=2084822919&ACTIONxSESSxSHOWPIC\(BILDxKEY:%27Igl_versefor_0003%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\)](https://www.bestellen.bayern.de/application/e-shop_app000001?SID=2084822919&ACTIONxSESSxSHOWPIC(BILDxKEY:%27Igl_versefor_0003%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27)), zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

wenn auch temporäre – Verlust des gewohnten Umfeldes der eigenen Wohnung kann sich hemmend auf die Genesung auswirken oder gar den Krankheitsverlauf verschlimmern.¹⁹ In Einzelfällen verbleiben Pflegebedürftige schließlich vollständig in der stationären, pflegerischen Versorgung.

In anderen Fällen sind die Pflegebedürftigen direkt im Anschluss an die Krankenhausversorgung auf die Unterbringung in ein Pflegeheim angewiesen. Hier stellt sich im Landkreis Stendal die Herausforderung, dass die Pflegeheime zu einem großen Teil voll ausgelastet sind. Der Sozialdienst findet manchmal trotz stundenlanger Telefonate keine Einrichtung, die noch freie Plätze hat. Tritt dieser Fall ein, müssen Pflegebedürftige, länger als es nötig und möglich ist, im Krankenhaus verbleiben. Dies verhindert nicht nur eine bedarfsgerechte Versorgung des Pflegebedürftigen, sondern ist auch problematisch für das Krankenhaus, weil das weiter belegte Bett nicht für andere Patient*innen zur Verfügung steht.

Vor dem Entwickeln von Ideen für praktische Lösungsansätze sollte zuvor ein Blick hinter die Symptome der beschriebenen Situation geworfen werden. Hierbei sollte untersucht werden, mit welchen möglichen Ursachen die Feststellung, dass der Sozialdienst einen hohen Aufwand betreiben muss, um eine ambulante Anschlussversorgung zu finden, in einem Zusammenhang steht. Im Folgenden sind Ursachen und Wirkungen in einem Ishikawa-Diagramm dargestellt. Die methodische Vorgehensweise dafür ist in Kapitel 4.1 dargestellt. Die folgende Abbildung zeigt die Problembereiche und deren Ursachen nach Akteur*innen (siehe Abbildung 9 „Überleitung stationär zu ambulant“).

¹⁹ Diese Einschätzung wurde persönlichen Berichten von pflegenden Angehörigen in der Selbsthilfegruppe entnommen.

Überleitungsmanagement und Schnittstellen

Ishikawa-Diagramm

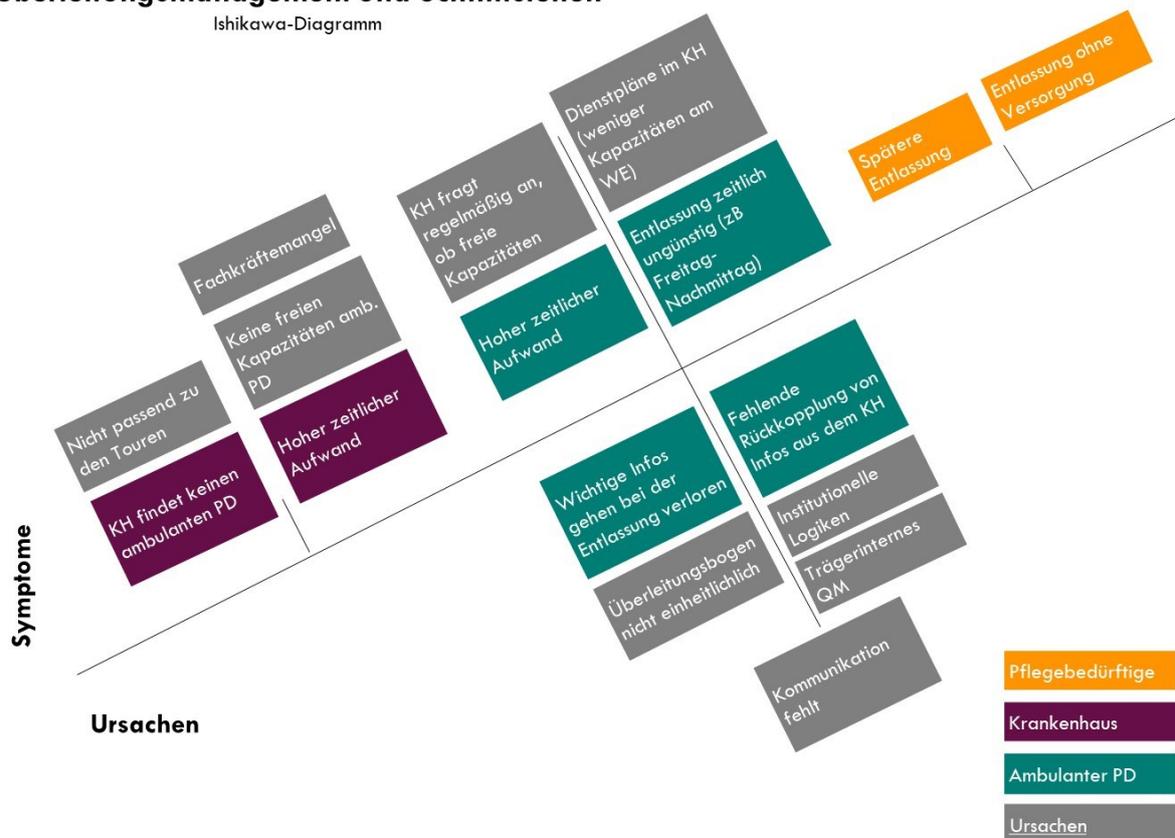


Abbildung 9: Ishikawa-Diagramm Überleitung stationär zu ambulant (eigene Darstellung)

Lösungsansatz

Bei der Suche nach guten Lösungsansätzen stand die Frage im Zentrum, wie man die beteiligten Institutionen (und ihr Personal) im Überleitungsprozess von stationärer Krankenhausbehandlung und ambulante Pflegeversorgung entlasten könnte. Fraglich war, wie sich der Informationsaustausch über freie Versorgungskapazitäten im ambulanten Bereich gestalten lässt, damit weniger Zeit für die Vermittlung verwendet werden muss.

Eine erste Idee war die Einführung einer digitalen Plattform bzw. Applikation, über die ambulante Pflegedienste als auch stationäre Einrichtungen angeben können, ob sie neue Patient*innen aufnehmen können. Die Umsetzung war als eine Art Ampelsystem gedacht, die dem Sozialdienst im Krankenhaus anzeigt, wie der Kapazitätsstatus bei den nachsorgenden Einrichtungen, die sich an dem Informationssystem beteiligen, in Echtzeit aussieht: Grün würde bedeuten, dass freie Kapazitäten vorhanden sind; Gelb signalisiert, dass nur sehr eingeschränkt Neuaufnahmen möglich sind; und Rot zeigt an, dass aktuell keine neuen Patient*innen versorgt werden können. Das setzt voraus, dass die beteiligten Pflegedienste ihren Status stets aktuell halten.

Darüber hinaus wäre das System mit weiteren Informationen zu ergänzen, welche die Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsakteur*innen erleichtert. Denkbar wäre es, bestimmte Versorgungsleistungen und räumliche Abdeckungen von Pflegediensten zu erfassen. Beispielsweise sind einige Pflegedienste hauptsächlich nur in Stendal tätig, sie decken mit ihren Touren nicht alle Gebiete in der Umgebung ab.

Die effektive Koordination von freien ambulanten und stationären Versorgungskapazitäten könnte einen Beitrag zur Entlastung darstellen, indem der Zeitaufwand reduziert und Leistungen systematisch und räumlich koordiniert werden. Die entlastende Wirkung bezieht sich (nur) auf die bestehenden Kapazitäten, der grundsätzliche Mangel an ambulanten (und in manchen Regionen auch stationären) Angeboten kann damit nicht behoben werden.

Im Zusammenhang mit den Aktivitäten zur Gestaltung des Übergangs von stationärer Krankenhausversorgung zur ambulanten (und stationären), pflegerischen Anschlussversorgung wurden im PiQ-Projekt auch Gespräche über die Vereinheitlichung von Überleitungsdokumenten geführt.²⁰ Die Standardisierung setzt auf Vereinfachung und bessere Verständlichkeit der Informationen, die für die (weitere) Versorgung benötigt werden. Somit soll die Kommunikation und Informationsübermittlung in den Schnittstellen verbessert werden.

Ergebnis

In mehreren Gesprächen, u.a. mit Vertreter*innen der Krankenhäuser in Stendal und Seehausen, und in den Workshops mit Vertreter*innen von ambulanten Diensten wurde die Ampel-Idee mit Interesse aufgenommen.

Die Unterstützung für die Idee von den betroffenen Fachleuten aus den Sozialdiensten der Krankenhäuser und Pflegediensten reichte jedoch nicht für ein eigenständiges Management der Entwicklung. Der Lösungsansatz ist daher nicht über den konzeptionellen Ideenstatus hinausgekommen. Hierzu hätte es einen vertieften Austausch bedurft: vor allem mit den Geschäftsleitungen der ambulanten Dienste und der Krankenhäuser, ebenso mit den Pflegedienstleitungen und den Sozialdiensten. Weder fanden sich genügend ambulante Dienste zu einer „kritischen Masse“ zusammen, um eine datengestützte Informationsplattform zu etablieren, noch konnten die Geschäftsleitungen der anfangs am Austausch beteiligten ambulanten Dienste und Krankenhäuser die notwendige zeitliche Aufmerksamkeit aufbringen. Doch gerade die zeitlichen Ressourcen sind nur sehr eingeschränkt vorhanden, weil erst einmal das Tagesgeschäft bewältigt werden muss. Hinzu kamen ab März 2020 die großen Belastungen, um die Folgen der COVID-19-Pandemie zu bewältigen. Diese für alle außergewöhnlichen Umstände und begrenzte Personalkapazitäten beim Projektträger BIS haben dazu geführt, dass letztendlich mit den Beteiligten nicht abschließend geklärt werden konnte, ob der skizzierte Lösungsansatz tatsächlich bis zur Umsetzungsreife gebracht werden kann.

²⁰ Das Referenzbeispiel war der Multiprofessionelle Pflegeüberleitungsbogen, der im Netzwerk Gute Pflege Magdeburg entwickelt wurde.

Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten

Um die Idee, mit Hilfe von digitalem Informationsaustausch die Überleitung von Patient*innen aus der stationären Behandlung in ambulante Versorgung zu erleichtern, bräuchte es eine gegenseitige Interessenbekundung der Krankenhäuser und einer kritischen Zahl von ambulanten Diensten, die diesen Ansatz ernsthaft weiterverfolgen möchten. In diesem Zusammenhang bedarf es einer vertieften Machbarkeitsprüfung durch die Beteiligten. Eine solche Prüfung müsste u.a. Szenarien für die Prozessabläufe, Fragen des Datenschutzes, Dateninfrastruktur und eine Kostenkalkulation umfassen.

Die Folgen der COVID-19-Pandemie und die (strukturelle) Überlastung des Personals in Krankenhäusern und bei ambulanten Pflegediensten sind sicher gewichtige Ursachen, warum die Umsetzung des Lösungsansatzes ins Stocken geraten ist. Allerdings erklären sie diesen Fakt nicht hinreichend. Es ist kritisch zu hinterfragen, ob sich dieser Lösungsansatz für ein Überleitungsmanagement für die Aufbauphase eines Pflegenetzwerks überhaupt eignet. Rückblickend gesehen, war dieses Vorhaben vielleicht zu komplex bzw. zu anspruchsvoll und voraussetzungsvoll. Gerade zu Beginn sollte es darum gehen, mit schnellen Erfolgen Handlungsfähigkeit nachzuweisen und angesichts manch skeptischer Stimme gegenseitiges Vertrauen zu schaffen. Die Ableitung von Handlungsansätzen sollte also nicht ausschließlich auf der Bewertung von Bedarfen und Problemen erfolgen, es geht auch darum, kritisch zu prüfen, ob sich die Maßnahmen auch wirklich eignen für die jeweilige Phase des Netzwerkaufbaus. Gerade zu Beginn sollte auf Einfachheit und schnelle Erfolgsaussichten geachtet werden.

Zu beachten ist, dass Krankenhäuser oftmals Teil eines Konzerns bzw. einer Krankenhauskette sind, deren Entscheider*innen nicht vor Ort sitzen. Dies erschwert die Entwicklung von lokalen Alternativlösungen. Auch weil diese Krankenhäuser ortsübergreifenden, institutionellen Vorgaben unterliegen. Häufig kommen konzerneigene Programme, Vorlagen und Abläufe zum Einsatz, die möglicherweise außer Kraft gesetzt werden müssten, damit Lösungen für den lokalen bzw. regionalen Bedarf entwickelt werden können. Hierfür braucht es auch entsprechende Gestaltungsbefugnisse und Spielräume vor Ort.

Für die erfolgreiche kooperative Gestaltung einer Schnittstelle braucht es zwingend die gemeinsame Verständigung über die Interessen und Ziele, die die Beteiligten in der Zusammenarbeit miteinander teilen, beispielsweise in einem Workshop oder – zeitlich gestreckt – in mehreren Treffen. Das setzt jedoch voraus, dass die beteiligten Akteur*innen und Institutionen zunächst ihre Eigeninteressen an der Zusammenarbeit geklärt haben, damit sie diese dann gegenüber den Partnern transparent kommunizieren können. Transparenz in der Interessenkommunikation führt zu gegenseitigem Vertrauen und trägt zu einer gelingenden Zusammenarbeit bei. Der Verständigungsprozess wird gefördert durch eine erfahrene (neutrale) Moderation, beispielsweise durch die Netzwerkkoordination, und eine achtsame Kommunikation unter den Beteiligten, gerade weil an Schnittstellen Fachexpert*innen bzw. Berufsgruppen unterschiedlicher Fachgebiete oder Branchen aufeinandertreffen, die mitunter eine andere Sprache sprechen. Sie sind möglicherweise stark fokussiert auf die eigenen Abläufe und

institutionellen Logiken, so dass erst einmal Raum geschaffen werden muss für den Blick auf die Realitäten der (potenziellen) Kooperationspartner.

Auch bei der Zusammenarbeit an Schnittstellen sind Zeit- und Personalressourcen wichtige Einflussgrößen. Zum einen ist es für viele Einrichtungen im Alltagsstress oftmals schwierig, die Potenziale für eine bessere und effizientere Zusammenarbeit zu erkennen und dann auch noch umzusetzen. Jedoch scheitern Kooperationen häufig nicht am fehlenden Interesse oder am mangelnden Willen, sondern an den zeitlichen Kapazitäten, die zur Verfügung stehen, um ein gemeinsames Vorhaben über längere Zeit hinweg zu verfolgen. Vertreter*innen der beteiligten Institutionen, die eine Schnittstelle gestalten wollen, müssen daher mit ausreichend Zeit ausgestattet sein. Gleichwohl sollte die Zusammenarbeit möglichst zeiteffizient organisiert werden.

4.2.3. Direkte Kommunikation zwischen mehreren Akteuren

Problembeschreibung

Ältere und Hilfebedürftige möchten so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld ihrer Gemeinde oder ihres Stadtteils leben. Sie wollen so weit wie möglich für ihre eigenen Angelegenheiten selbstbestimmt Verantwortung übernehmen. Mit zunehmendem Unterstützungsbedarf zeigt sich oftmals, dass die Angehörigen die anfallenden Aufgaben in ihrem Umfang und fachlich allein nicht bewältigen können. Hilfe- und Pflegebedürftige stehen somit – je nach Bedarf – direkt in Kontakt mit verschiedenen Akteur*innen, die sie in der Bewältigung ihres Alltags unterstützen, darunter Angehörige, Nachbar*innen, professionell Pflegende, Ehrenamtliche, Ärzt*innen und weitere Gesundheitsdienstleister u.v.a.m.

Die Kommunikation mit den Hilfeleistenden, egal ob Profi oder Ehrenamtliche*r, erfolgt in den meisten Fällen direkt über den Hilfebedürftigen und/oder seinen Angehörigen selbst. Vieles wird auch nur mündlich weitergegeben, so dass wichtige Informationen gar nicht oder falsch verstanden werden.

Lösungsansatz

Mit Blick auf die beschriebene Ausgangslage wurde im PiQ-Projekt überlegt, wie Kontakte zwischen einzelnen Akteuren, die mit Älteren bzw. Pflegebedürftigen in Beziehung stehen, hergestellt werden können. Wie kann Austausch gefördert werden, ohne immer durch das „Nadelöhr“ der Patient*innen und ihrer Angehörigen kommunizieren zu müssen; wie lassen sich die Schnittstellen zwischen verschiedenen Segmenten in der Versorgungskette kommunikativ verbinden?

Als ein möglicher Lösungsansatz kamen Plattformen und Applikationen in den Fokus, die Informationsaustausch und Vernetzung in Sozialräumen (Gemeinde, Stadtteil) digital unterstützen. In den letzten Jahren sind in diesem Einsatzbereich eine Vielzahl an Apps und Tools

entwickelt worden.²¹ Diese Softwarelösungen haben unterschiedliche Schwerpunkte bezüglich ihrer anvisierten Nutzergruppen (z.B. Ältere, Nachbarschaftsvereine, Kommunen, Ehrenamtliche, ambulante Pflegedienste u.a.), Funktionen und Einsatzgebiete (Kommunikation, gegenseitige Hilfe und professionelle Dienstleistungen). Sie werden zum Teil bereits langjährig eingesetzt. Das zeigt, dass sie praxistauglich sind – auch unter Beachtung der geltenden Bestimmungen zum Datenschutz.

Digitale Kommunikationsinstrumente haben in Bezug auf die skizzierte Problemsituation verschiedene Wirkungspotenziale:

- An den Schnittstellen zwischen Klienten und Unterstützern ergänzen sie den Informationsaustausch.
- Durch direkte Kommunikation der Beteiligten wird möglichen Informationsverlusten entgegenwirkt.
- Einzelne Unterstützungsmaßnahmen, bzw. Leistungen können besser aufeinander abgestimmt werden und somit zu besseren Versorgungsqualitäten führen.
- Ergänzend kann gegenseitige, nachbarschaftliche Hilfe gefördert werden, wenn (analoge) Bedarfe und Hilfeangebote auf digitalem Wege zusammengebracht werden.

Ergebnis

Das PiQ-Projektteam ist in einen vertieften Austausch mit Fachleuten gegangen, die bereits Kommunikationslösungen erproben oder bereits erfolgreich umgesetzt haben.²² Mit Blick auf die Situation in Stendal wurden verschiedene Einsatzmöglichkeiten diskutiert. Eine existierende Softwarelösung wurde im Rahmen einer Fachveranstaltung vorgestellt.

Aus Kapazitätsgründen im PiQ-Projekt konnte die Idee, die Kommunikation im Sozialraum an der Schnittstelle von Hilfebedürftigem und Dienstleistern digital zu unterstützen, nicht weiterverfolgt werden. Immerhin konnte ein Möglichkeitsraum für zukünftige Überlegungen geöffnet werden.

Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten

Andernorts haben in Erprobung befindliche Projekte gezeigt, dass als erstes ein Zusammenschluss interessierter Institutionen aufgebaut sein muss.²³ Erst dann kann mit einem gemeinsam ergründeten Einsatzziel eine digitale Lösung entwickelt und implementiert werden. Die

²¹ Vgl. Schelisch und Walter (2020), Digitale Vernetzung in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Untersuchung von Fallbeispielen. Abschlussbericht des Forschungsvorhabens „Digitale Vernetzung in Wohn- und Versorgungsformen für ältere Menschen“, in: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Wohnen/Wohnen_Dokumente/Bericht_DigitaleVernetzung2020.pdf, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

²² Beispielsweise mit den Machern von pengueen, vgl. M.F.G. Pengueen UG (2021), in: <https://www.pengueen.de/>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

²³ Vgl. ebd.

Erfahrung zeigt zudem, dass es die eine passende digitale Lösung für alle Bedarfe nicht gibt. Schließlich hängt die Wirksamkeit einer Anwendung stark davon ab, in welchem Umfang bzw. in welcher Intensität sie dann tatsächlich genutzt wird.

4.3. Die Kommune einbinden

4.3.1. Einführung

Die Bedeutung von wohnortnahen Versorgungsstrukturen und kommunaler Beteiligung bei der Versorgung älterer, hilfe- bzw. pflegebedürftiger Menschen wird unter dem Stichwort „Sorgende Kommune“ bereits seit einigen Jahren intensiv diskutiert. Dabei werden unter anderem die Handlungsmöglichkeiten von Kommunen und lokaler Politik als koordinierende und ermöglichende Akteur*innen in den Blick genommen. „Es ist eine Aufgabe der Kommunen, die gemeinschaftliche Produktion von Lebensqualität zu ermöglichen, indem sie relevante Akteure einbindet und ihr Zusammenwirken organisiert. Zusätzlich zu den klassischen Verwaltungsaufgaben muss kommunale Steuerung auf das Koordinieren, Aktivieren und Befähigen ausgerichtet werden.“²⁴ Den Kommunen kommt in der Gestaltung der Daseinsvorsorge und auch bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung demnach eine Schlüsselrolle zu.

Zuletzt hat der Bundesgesetzgeber 2017 durch das 3. Pflegestärkungsgesetz (PSG III) die Rolle der Kommunen insbesondere bei der Sicherstellung der Versorgung, der Pflegeberatung, bei den niedrigschwelligen Angeboten zur Unterstützung im Alltag sowie beim altersgerechten Wohnen betont.²⁵

Rechtlich gesehen sind die kommunalen Handlungsmöglichkeiten in der Pflege (noch immer) begrenzt. Die vielen Beispiele von kommunalem Engagement und Initiativen in Sachsen-Anhalt und an anderen Orten in Deutschland zeigen, dass es dennoch Spielräume gibt. Viele Kommunen sehen den Bedarf, bei der Entwicklung lokaler Strukturen tätig zu werden, damit die gesundheitliche und pflegerische Versorgung besser aufeinander abgestimmt ist. Angesichts der großen Herausforderungen (siehe Kapitel 1) gibt es überzeugende Gründe und Argumente, dass sich langfristig die Rolle der Kommunen in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung weiter wandeln muss.

Das PiQ-Projekt ist gestartet mit dem Wissen, dass die kommunalen Akteure eine bedeutende, unterstützende Rolle beim Netzwerkaufbau einnehmen (können). Die Kommune ist eine Schlüsselakteurin bei der Gestaltung des Gemeinwesens und trägt zu einer notwendigen

²⁴ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017), Sorge und Mitverantwortung in der Kommune, S. 18, in: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/sorge-und-mitverantwortung-in-der-kommune/112210>, zuletzt abgerufen am 15.01.2021.

²⁵ Vgl. web care LBJ GmbH (2021), Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III, in: <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/pflegestaerkungsgesetze/>, zuletzt abgerufen am 20.01.2021.

Legitimität von Maßnahmen eines übergreifenden Pflegenetzwerks bei. Als neutrale Stelle im Versorgungsmix kann die Kommune zwischen den verschiedenen Akteur*innen mit ihren Einzelinteressen und sektoralen Logiken vermitteln.

Die Stadt Stendal hatte vor Projektbeginn mit einer Absichtserklärung signalisiert, dass sie das Vorhaben unterstützen wird. Allerdings musste noch geklärt werden, in welcher Form und in welchem Umfang eine Mitwirkung erfolgen wird. Diese unklare Situation hat das PiQ-Projektteam dazu bewogen, die Einbindung von Kommunalpolitik und Kommunalverwaltung in die Netzwerkprozesse als ein eigenes Handlungsfeld zu definieren, das über die gesamte Laufzeit des Projektes bearbeitet werden sollte.

4.3.2. Vorgehen

Im PiQ-Projekt wurde sich von Beginn an darum bemüht, die verschiedenen kommunalen Akteur*innen von Stadt und Landkreis in das Vorhaben einzubinden. In der Vorbereitungs- bzw. Antragsphase des Projektes wurde bereits ein erster Schritt gemacht, da die Stadt Stendal der Bitte des Projektträgers BIS um Unterstützung mit einer Absichtserklärung entsprochen hatte. Darüber hinaus stellte die Stadt für die Auftaktveranstaltung im Februar 2019 geeignete Räumlichkeiten im Rathaus zur Verfügung. Der Landkreis war Gastgeber bei der sogenannten „Halbzeitveranstaltung“ im November 2019.

In der Phase der Akteursanalyse (siehe Kapitel 3.1) wurden die aus Sicht der Projektkoordination relevanten Schlüsselpersonen in der Kommunalverwaltung und Kommunalpolitik identifiziert, die in Stendal für die Themen Senioren, Pflege und Gesundheit die Verantwortung tragen, dazu zählten:²⁶

- der Oberbürgermeister
- der Landrat des Landkreises
- die Stadt- und Kreisverwaltung
 - Amt für Jugend, Sport und Soziales der Stadt Stendal
 - Sozialamt des Landkreises
 - Amt für Kreisentwicklung
- der Stadtrat
 - Ausschuss für Jugend, Frauen, Familien und Soziales

Aus Anlass der Analyse lokaler Bedarfe und Probleme bei der Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Menschen in Stendal (siehe Kapitel 3.2) wurde mit einer Auswahl dieser Akteure persönliche Gespräche geführt. Das war insbesondere auch deshalb wichtig, weil gewöhnlich kommunale Akteur*innen die Situation im Ort aus einer anderen Perspektive betrachten als

²⁶ Weitere kommunale Ansprechpersonen sind Sozialplaner*innen, Seniorenbeauftragte – wenn sie in der jeweiligen Kommune vorhanden sind.

beispielsweise Vertreter*innen der professionellen Pflege oder Initiativen pflegender Angehöriger. Ihre Rückmeldungen lieferten für die Analyse wichtige Beiträge, um ein umfassendes Bild der aktuellen Versorgungssituation älterer Hilfe- und Pflegebedürftiger zu bekommen.

Vertreter*innen von Stadt und Landkreis wurden zu verschiedenen Anlässen über die Ergebnisse der Bedarfserhebung informiert. Dabei wurden auch die (weitere) Unterstützungsbereitschaft der Kommune beim Netzwerkaufbau ermittelt. Beispielsweise sagte der Landkreis seine Unterstützung zu, falls ein Pflegenetzwerk einen Förderantrag nach §45c (9) SGBXI stellen wolle. Weitere Anlässe für den Informationstransfer waren eigene Veranstaltungen, zu denen die Kommunalvertreter*innen eingeladen wurden; oder andere Zusammenhänge, wie zum Beispiel ein Treffen des Arbeitskreises der Vernetzten Pflegeberatung, an dem auch eine Vertreterin der Landkreisverwaltung beteiligt war.

Ein weiteres wichtiges Element stellte die Zusammenarbeit mit dem Stendaler Stadtrat bzw. mit dem zuständigen Sozialausschuss dar. Der Ausschussvorsitz zeigte sich an dem Projekt sehr interessiert, was sich als hilfreich erwies. Dadurch ergab sich die Möglichkeit, das Vorhaben in einer Ausschusssitzung vorzustellen und mit einzelnen Ausschussmitgliedern ins Gespräch über lokale Unterstützungsbedarfe zu kommen. Mit den Veranstaltungen wurde der Diskurs um Ziele und das Anliegen der Netzwerkinitiative und pflegepolitische Themen durch das Projekt in der Stadtpolitik vorangebracht.

Um eigene Akzente zu setzen, wurden auch kommunale Beteiligungsprozesse genutzt, beispielsweise bei der Erstellung des Kreisentwicklungskonzepts „Landkreis Stendal 2030“.²⁷ In der Entwicklungsphase des Konzeptes wurde ein längeres und umfangreiches Beteiligungsverfahren durchgeführt. Der Projektträger BIS nahm dieses Beteiligungsverfahren zum Anlass, um eine schriftliche Stellungnahme anzufertigen. Durch die Zuarbeit konnte den Themen Pflege und Älterwerden im Quartier im Entwurf des Kreisentwicklungskonzepts mehr Gewicht verliehen werden. Mit dieser und weiteren Maßnahmen konnten die Verbindungen mit den kommunalen Stellen gestärkt werden und die Thematik um ein altengerechtes Stendal vorangerieben werden. Dazu zählte auch die Zusammenarbeit mit dem Örtlichen Teilhabemanagement beim Landkreis Stendal.²⁸ Das PiQ-Projekt war in die Arbeitsgruppe „Gesundheit & Pflege“ eingebunden und beim Fachtag Pflege im November 2019 wurde ein Workshop zum Thema „„Kooperation in der Pflege““ durchgeführt.

4.3.3. Ergebnisse

Zunächst kann festhalten werden, dass die Notwendigkeit und der Handlungsbedarf, die lokalen Versorgungsstrukturen und Angebote in Stendal zu sichern und weiterzuentwickeln, auch

²⁷ Vgl. Michaelis et al. (2020), Kreisentwicklungskonzept - Landkreis Stendal 2030, in: https://www.landkreis-stendal.de/de/datei/anzeigen/id/1007056,1037/entwurf_2030.pdf, zuletzt abgerufen am 22.01.2021.

²⁸ Vgl. Landkreis Stendal (o.J.), Örtliches Teilhabemanagement, in: <https://www.landkreis-stendal.de/de/teilhabe.html>, zuletzt abgerufen am 22.01.2021.

von Seiten der verschiedenen kommunalen Akteur*innen gesehen wird. Sowohl die Stadt als auch der Landkreis haben ihr grundsätzliches Interesse bekundet, an Maßnahmen mitzuwirken, die die Versorgungssituation in Stendal verbessern – sofern sie nach eigenem Ermessen dazu einen eigenen Beitrag leisten können. Die Absichtserklärung, das zur Verfügung stellen von Räumlichkeiten, die Offenheit des Sozialausschusses im Stadtrat und andere Unterstützungsleistungen zeugen von dieser Haltung.

In Bezug auf die Bedeutung von verstärkter Zusammenarbeit und die Entwicklung lokaler Netzwerkstrukturen im Bereich Pflege und Unterstützung älterer und pflegebedürftiger Menschen konnten durch das PiQ-Projekt auf kommunalpolitischer Ebene erste Akzente gesetzt werden (wie in Kap 4.3.2 beschrieben). Es wurde – nach Einschätzung der Projektpartner – gewissermaßen Pionier- bzw. Lobbyarbeit geleistet, indem die aktuelle und zukünftige Situation in der Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen in Stendal zum Thema gemacht wurde; und dabei darauf hingewiesen wurde, dass die Kommune hierfür eine Mitverantwortung trägt.

4.3.4. Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten

Die Erfahrungen des PiQ-Projekts – und die vieler anderer Netzwerkiniciativen – haben gezeigt, dass die aktive Beteiligung bzw. das Engagement von kommunalen Schlüsselpersonen beim Netzwerkaufbau unerlässlich sind. Wenn der Aufbau lokaler Zusammenschlüsse gelingen soll, dann braucht es die Rückendeckung und die Unterstützung der politisch Verantwortlichen und der Zuständigen in der Kommunalverwaltung. Damit wird signalisiert, dass die Anliegen im Netzwerk für die örtliche Versorgung relevant sind.

Wenn es aus der Stadtverwaltung und/oder der Kommunalpolitik an Unterstützung fehlt, dann stellt der langfristig angelegte Ausbau eines lokalen Netzwerkes eine große Herausforderung dar. In Sachsen-Anhalt ist eine kommunale Pflege- und Sozialraumplanung bei den Kommunen allerdings nicht verpflichtend, was dazu führt, dass die Thematik vielerorts (noch) nicht in der politischen Agenda verankert ist. Die sowieso schon knappen Ressourcen werden bislang auf andere thematische Schwerpunkte verteilt.

Auch in Stendal wurden Bemühungen, die kommunale Verantwortung stärker als bisher zu betonen, meist mit dem Verweis abgewehrt, man sei für Altenpflege nicht zuständig, habe weder rechtliche noch fachliche Kompetenzen und es mangle grundsätzlich an den notwendigen Ressourcen, sprich entsprechenden finanziellen und personellen Möglichkeiten. Außerdem lagen die Themen Pflege, Betreuung und ein „Gutes Leben im Alter“ bislang scheinbar nicht im Fokus kommunaler Entwicklungspolitik.

Die Argumentation vieler Kommunen bezüglich Zuständigkeiten, Kompetenzen und Finanzen, die aktuell für weitergehendes kommunales Engagement in der Pflege fehlen würden, sind

nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Dennoch ist klar, dass die Funktionalität der Versorgungsstrukturen an ihre Grenzen kommt und damit die Versorgungssicherheit vor Ort gefährdet ist. Somit sind weitere Veränderungen auch und insbesondere auf lokaler Ebene angebracht, wenn nicht gar unumgänglich. Ein stärkeres Gestaltenwollen der Kommunalpolitik und der Verwaltung in dem Themenfeld als bisher ist notwendig.

Damit Kommunen selbst Akzente in der kommunalen Daseinsfürsorge sowie im Bereich Alter und Pflege setzen können, brauchen sie selbst Unterstützung durch die Landes- und Bundespolitik. Seit Ende 2019 unterstützt die Beratungsstelle zur kommunalen Quartiersentwicklung in Sachsen-Anhalt (BEQISA) die Landkreise, kreisfreien Städte, Kommunen und Gemeinden in Sachsen-Anhalt bei der Quartiersentwicklung.²⁹ Welche Wirkungen dieses Angebot in den Kommunen mittel- und langfristige haben, das kann zum jetzigen Zeitpunkt (noch) nicht gesagt werden. In anderen Bundesländern wurden mit ähnlich ausgerichteten Unterstützungsstrukturen bereits gute Erfahrungen gemacht.³⁰

Auch wenn es beim Aufbau eines lokalen Pflegenetzwerks (zunächst) an Unterstützung der Kommunalverwaltung und/oder der Kommunalpolitik mangelt, dann muss das nicht bedeuten, dass die sich die Initiator*innen dieser Situation fügen müssen. Durch gezielte Maßnahmen kann möglicherweise auf das eigene Anliegen aufmerksam gemacht und Unterstützung eingefordert werden:

- Die kommunalen Akteure immer wieder in die eigenen Netzwerkprozesse einbinden. Immer wieder den persönlichen Kontakt mit politischen Verantwortlichen und der Verwaltung suchen.
- Die Anliegen des Netzwerks öffentlich zum Thema machen, zum Beispiel durch Pressearbeit bzw. Beiträge in der Lokalpresse, durch Aktivitäten in Sozialen Medien, durch Präsenz in Fachausschüssen des Stadtrats oder Landkreistags.
- Formate im öffentlichen Raum durchführen, die Aufmerksamkeit erzeugen, wie beispielsweise ein Aktionstag Pflege, Veranstaltungen und Diskussionen zu (pflege-)relevanten Themen, zu denen auch Kommunalvertreter*innen eingeladen werden.

4.4. Pflegerische Angehörige beraten und unterstützen

4.4.1. Einführung

Die Unterstützung pflegender Angehöriger hat sich im PiQ-Projekt als einer der thematischen Schwerpunkte herauskristallisiert. Dies ergab sich einerseits aus der Historie und den

²⁹ Vgl. Gesellschaft für Prävention im Alter (PiA) e.V. (o.J.), in: <https://www.beqisa.de/ueber-uns> zuletzt abgerufen am 22.01.2021.

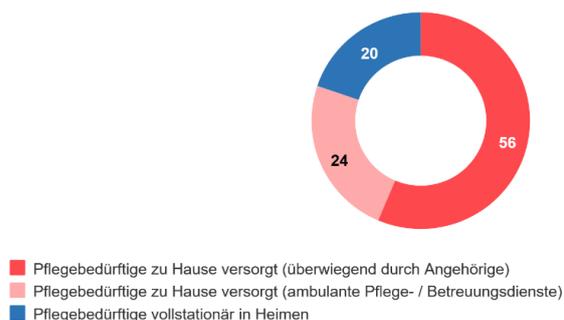
³⁰ In Brandenburg zum Beispiel Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg – FAPIQ (2021), in: <https://www.fapiq-brandenburg.de/>, zuletzt abgerufen am 24.01.2021.

Tätigkeiten des Projektträgers: Die BIS wurde gegründet, um pflegenden Angehörigen praktische Unterstützung zukommen zu lassen. Aus der anfänglichen Tagesbetreuung wurde im Laufe der Jahre eine Tagespflege. Seit 2015 wird zudem „Nachbarschaftshilfe“ geleistet, ein anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag. Dadurch hat die BIS jahrelange Erfahrungen in der Beratung, Pflege und häuslichen Hilfe pflegender Angehöriger. Diese Kompetenzen wurden im PiQ-Projekt genutzt. Zudem trifft sich in den Räumlichkeiten der BIS seit Jahren eine Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, die auch in die Bedarfsanalyse und Entwicklung von Lösungen im Projekt eingebunden werden konnte.

Außerdem sind häufig die Angehörigen die ersten, die die Unterstützung, Betreuung und Pflege übernehmen, meist lange bevor Hilfen von Professionellen hinzugezogen werden. Viele der Angehörigen pflegen über viele Jahre allein. Und selbst wenn ambulante und teilstationäre Pflegeleistungen hinzugezogen werden, dann sind dennoch sie es, die hauptsächlich die Verantwortung tragen.

Das allgemeine Ziel bei der Versorgung von älteren Pflegebedürftigen lautet ambulant vor stationär. Das bedeutet, Pflegebedürftigen soll so lange wie möglich ein Leben in den eigenen vier Wänden und der vertrauten Nachbarschaft ermöglicht werden. Ebenso möchten viele der Angehörigen so lange wie möglich den geliebten Ehemann, die Schwester oder die Mutter in ihrer Nähe wissen und sich um diese kümmern. Laut der aktuellen Pflegestatistik werden schätzungsweise 80% der Pflegebedürftigen in Deutschland Zuhause gepflegt.

Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019
in %, insgesamt 4,1 Millionen



© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

Abbildung 10: Aufteilung der Pflegebedürftigen nach Versorgungsart 2019³¹

Die Aufteilung für Sachsen-Anhalt sieht ähnlich aus: Laut Pflegestatistik 2019 werden hierzulande 77,6% der Pflegebedürftigen Zuhause gepflegt, davon 42,9% der Pflegebedürftigen

³¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2021), Pflegestatistik 2019 – Grafiken – Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019, in: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html;jsessionid=91C75C876B069F476F479FA2944C6CCE.live741#sprg234062, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

ausschließlich durch Angehörige. Bei weiteren 34,6% pflegen Angehörige zusammen mit professionellen Anbietern ambulanter und teilstationärer Pflege.³² Der hohe Anteil häuslicher Pflege durch Angehörige am Pflegemix zeigt, dass diese für das Versorgungssystem nicht nur wichtig sind, sondern das System von ihnen abhängig ist. Häufig werden Sie als „größter Pflegedienst Deutschlands“ bezeichnet.³³ Ohne sie ginge es nicht, sie sind ein unabdingbarer Bestandteil der Versorgungsstruktur.³⁴ Alle weiteren Akteur*innen (siehe Abbildung 3 „Übersicht der beteiligten Akteursgruppen in der Pflege“ auf Seite 14) sind somit nicht nur direkt oder indirekt für die Versorgung des Pflegebedürftigen zuständig, sondern auch potenzielle Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen.

Trotz ihrer Systemrelevanz findet die Arbeitsleistung pflegender Angehöriger nur wenig öffentliche und politische Anerkennung.³⁵ Aber auch vor der Corona-Krise fehlte es pflegenden Angehörigen an Unterstützung und Wertschätzung. Die beschlossenen Corona-Soforthilfen werden beispielsweise von verschiedensten Interessenvertretungen pflegender Angehöriger kritisiert und als nicht ausreichend eingestuft.³⁶ Pflegende Angehörige müssen oft ihren Beruf aufgeben, erfahren soziale Isolation und stoßen finanziell, psychisch sowie physisch an ihre Grenzen.³⁷

Im Folgenden wird anhand der Erfahrungen der BIS und der Interviews mit pflegenden Angehörigen und Expert*innen (von Pflegeanbietern, Pflegeberater*innen, Vertreter*innen der Kommune), die im Laufe des Projektes geführt wurden, die Situation der pflegenden Angehörigen in Stendal dargestellt. Es wird aufgezeigt, welche Bedarfe und Probleme die Angehörigen in ihrem Pflegealltag begleiten, welche Unterstützungsstrukturen es vor Ort gibt und wie diese von den Beteiligten und Befragten wahrgenommen wurden. Anschließend wird auf die

³² Vgl. Statistisches Bundesamt (2020), Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich – Pflegebedürftige 2019, Seite 18, in: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002199004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

³³ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020), Pressemitteilung - Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen, in <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen/155550>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

³⁴ Vgl. Meyer (2019), Pflegesystem würde ohne pflegende Angehörige zusammenbrechen, in: <https://www.finanzen.de/news/pflegesystem-wuerde-ohne-pflegende-angehoerige-zusammenbrechen>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

³⁵ Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020), Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen, in: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen/155550>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020; Hallermann (2017), PSG I, II, III. Wie geht es der Pflege? Erwartungen aus Sicht der pflegenden Angehörigen, in: https://deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2017/f-4448-17/hallermann_praesentationfinal.pdf, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

³⁶ Bach (2020), Die Sorgen pflegender Angehöriger. Demenzkranke in der Corona-Krise, gefunden auf: <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-pflege-demenzkrank-angehoerige-100.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020; Kaus (2020), Geschlossene Tagespflegeeinrichtungen – finanzieren pflegende Angehörige den Corona-Rettungsschirm?, gefunden auf: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/geschlossene-tagespflegeeinrichtungen-finanzieren-pflegende-angehoerige-den-corona-rettungsschirm.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

³⁷ Pöpl (2019), Die unsichtbare Not. Pflegende Beschäftigte werden häufig alleingelassen. Das Thema darf in Betrieben kein Tabu mehr sein, gefunden auf: <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/pflege-von-angehoerigen-die-unsichtbare-not/24098920.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

entwickelten Lösungsideen und ihren Umsetzungsstand eingegangen. Der letzte Abschnitt führt Gelingensbedingungen und Stolpersteine auf und gibt einen Ausblick auf künftige Arbeitsschritte in diesem Handlungsfeld. Die Lösungsideen stammen zum Teil aus Gesprächen mit Vertreter*innen anderer Pflege-Netzwerken. Das Projektteam fand sie so hilfreich und inspirierend, dass ihnen an dieser Stelle die gebührende Aufmerksamkeit zukommen soll, sodass gegebenenfalls auch die Leser*innen dieses Konzeptes zur Umsetzung in ihrer Region angeregt werden.

4.4.2. Situation pflegender Angehöriger in Stendal

Nicht nur in Stendal, sondern auch andernorts, sind pflegende Angehörige häufig überfordert und körperlich sowie psychisch überlastet. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger berichteten übereinstimmend, dass sie vor Eintreten der Pflegebedürftigkeit keinerlei Berührungspunkte mit der Thematik hatten und nicht vorbereitet waren, präventive Angebote waren ihnen nicht bekannt. Somit wussten sie nicht, welche Leistungen ihnen überhaupt zustehen und wo sie Hilfe bekommen können. Darüber hinaus wurde aus mehreren Gesprächen mit Expert*innen im Rahmen des Projektes klar, dass viele sich nicht mit der Begrifflichkeit „pflegende Angehörige“ identifizieren: Die Praxis zeigt, dass vielen nicht bewusst ist, dass sie im Sinne des Gesetzes pflegen und dass Ihnen dadurch Unterstützung zusteht.

Einen geliebten Menschen zu pflegen und hautnah mitzuerleben, wie sich der körperliche und psychische Zustand immer weiter verschlechtern, stellt die Betroffenen vor ungeahnte emotionale Herausforderungen. Angehörige aus der Selbsthilfegruppe berichteten, dass sie derart überfordert waren und unter Schock standen, dass sie nicht mehr erinnerten, ob sie beraten wurden und welche Informationen sie erhalten haben.

Die Pflege eines Angehörigen nimmt vor allem in den ersten Jahren, wenn Angehörige die anfallenden Aufgaben hauptsächlich allein bewältigen, viel Zeit in Anspruch. Auf den Punkt bringt es ein treffendes Zitat aus der Selbsthilfegruppe: „Der Tag hat 25 Stunden – 24 für meinen Mann und eine für mich.“ Der Mangel an Zeit hat für die pflegenden Angehörigen schwerwiegende Konsequenzen. Sie haben zum einen keine Zeit mehr, um sich von den Strapazen der Pflege zu erholen und sich um sich selbst zu kümmern. Sie berichten, dass sie mit der Zeit körperlich und psychisch ausgelaugt sind. Manche haben eine Reha gebraucht, um wieder auf die Beine zu kommen. Zum anderen haben sie keine Zeit mehr für ihr soziales Umfeld, was zu Rückzug und Vereinsamung führen kann.

Sowohl die psychische Belastung als auch die soziale Isolation werden durch gesellschaftliche Stigmatisierungen verstärkt. Freunde und Familienangehörige sind mit der Situation überfordert, mitunter fehlt ihnen der Zugang bzw. das Verständnis für „unsichtbare“ und komplexe Erkrankungen wie Demenz. Gelegentlich fehlt sogar das Verständnis dafür, dass Hilfe in Anspruch genommen wird, abfällige Kommentare und schiefe Blicke sind keine Seltenheit. Es wurde von einem Interviewpartner berichtet, dass ihm unterstellt wurde, dass er seine

Angehörige „abgeschoben“ hätte. Andere würden es doch auch ohne fremde Hilfe schaffen. Viele Betroffene ziehen sich aufgrund dieser negativen Reaktionen mit Scham- und Schuldgefühlen zurück.

Professionelle Pflegeanbieter berichten, dass viele Angehörige gerade wegen dieser Scham heraus und aus Angst sehr zögerlich sind, sich Hilfe zu suchen und die (entlastenden) Leistungen, die ihnen zustehen, auch vollumfänglich in Anspruch zu nehmen. Manchmal vergehen zwischen Beratung und die Inanspruchnahme von Leistungen mehrere Monate und gar Jahre.

4.4.3. Beratungsstrukturen in Stendal

In Stendal gibt es verschiedene Anlaufstellen, die pflegende Angehörige mit Beratungs- und Vermittlungsangeboten unterstützen. Dazu zählt in Sachsen-Anhalt die Vernetzte Pflegeberatung, auf welche im Folgenden näher eingegangen wird.

Vernetzte Pflegeberatung

In Deutschland haben seit 2009 alle Pflegebedürftigen und deren Angehörige einen gesetzlichen Anspruch auf eine individuelle, den persönlichen Bedarfen angepasste und kostenfreie Pflegeberatung. Diese Beratung im Sinne des SGB XI dürfen nur ausgebildete Pflegeberater*innen durchführen. Der Aufbau geeigneter Strukturen zur Gewährleistung der Pflegeberatung ist Ländersache.

14 Bundesländer haben sich für die Einrichtung von Pflegestützpunkten entschieden. Dies sind zentrale, vom Land finanzierte Anlaufstellen, in denen ausgebildete Pflegeberater*innen angestellt sind. Hilfebedürftige können sich hier unabhängig beraten lassen und Informationsmaterialien erhalten. Der Pflegestützpunkt unterstützt bei der Suche nach geeigneten Angeboten zur Pflege und zur Unterstützung im Alltag.

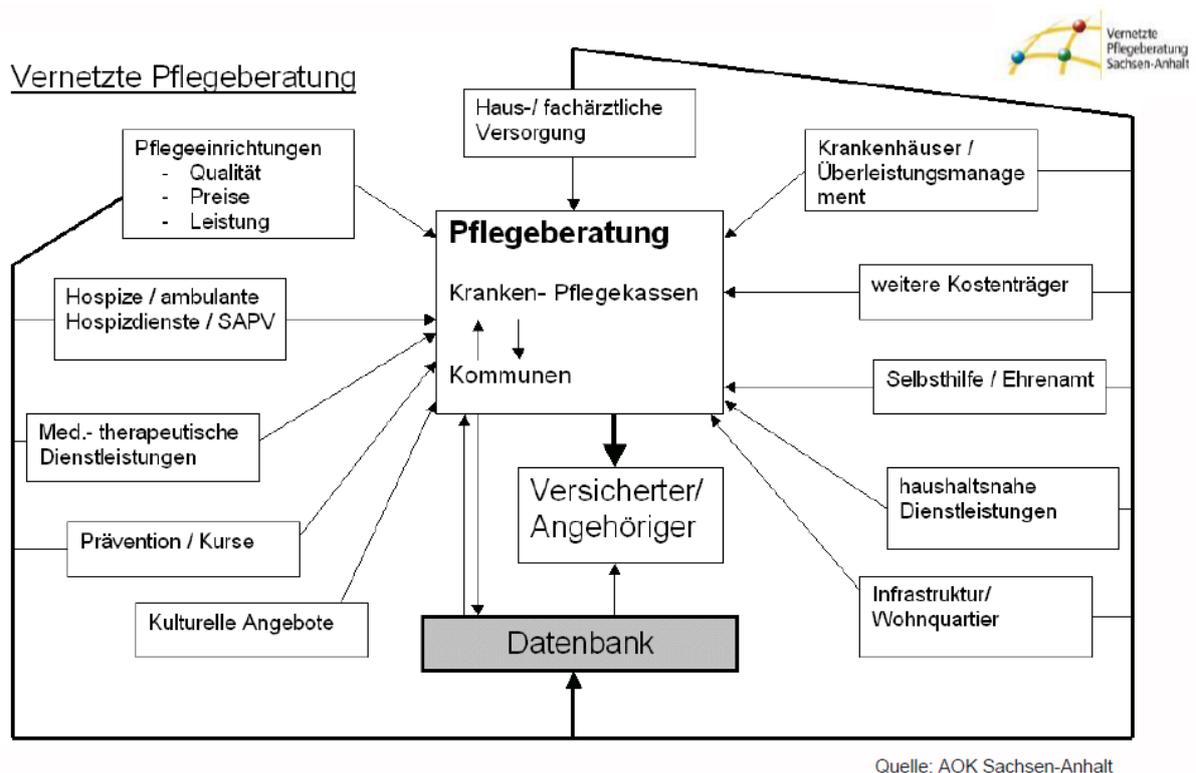


Abbildung 11: Modell der Vernetzten Pflegeberatung Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt und Sachsen wurden keine Pflegestützpunkte geschaffen. Stattdessen wurde im Jahr 2010 die „Vernetzte Pflegeberatung“ eingeführt, um eine flächendeckende und wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten und Bürger*innen bereitzustellen. Begründet wurde die Vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt über eine Kooperationsvereinbarung, die alle 11 Landkreise und 3 kreisfreien Städte unterzeichnet haben. An der Kooperation sind folgende Kassen beteiligt: Die Ersatzkassen, AOK Sachsen-Anhalt, BKK Landesverband, IKK gesund plus, LKK Landesverband, Knappschaft.

Die Pflegeberater*innen der Kassen vernetzen sich in regionalen Arbeitskreisen mit anderen Vertreter*innen der lokalen und regionalen Informations- und Vermittlungssysteme. So ist auch in Stendal jeweils eine Vertreter*in der Kommune und des Sozialdienstes des Krankenhauses Teil des Arbeitskreises und repräsentieren somit zwei weitere mögliche Anlaufstellen für pflegende Angehörige.

Im Unterschied zu den Pflegestützpunkten ist die Vernetzte Pflegeberatung dezentral organisiert. Die Pflegeberater*innen sind direkt bei den Pflegekassen angestellt und verortet. Grundsätzlich können sich Ratsuchende an jede Anlaufstelle der Vernetzten Pflegeberatung wenden, dabei spielt es keine Rolle, bei welcher Kranken- bzw. Pflegekasse ein Versichertenverhältnis besteht. Sie können sich unabhängig bei jeder Kasse beraten lassen, auf Wunsch auch in der eigenen Häuslichkeit. Der direkte Kontakt zu den Pflegekassen soll

kurze und schnelle Kommunikationswege ermöglichen. Leistungsanträge können durch die Pflegeberatung direkt an die Pflegekassen übermittelt werden.

Nach Auskunft der Vernetzten Pflegeberatung erreicht diese Beratungsstruktur in Sachsen-Anhalt einen höheren Versorgungsgrad als die Pflegestützpunkte in anderen Bundesländern: Mit Stand 12/2018 stehen insgesamt 145 Beratungsstellen zur Verfügung (114 der Kranken- und Pflegekassen und 31 Beratungsstellen der Landkreise und kreisfreien Städte). In jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt gibt es somit mindestens 6-18 Beratungs- und Anlaufstellen der Kassen und Kommunen. Im Vergleich zu anderen Bundesländern entspricht dies einem mindestens doppelt so hohen Versorgungsgrad pro Einwohner*in je Beratungsstelle. Der Versorgungsgrad in Sachsen-Anhalt ist zum Teil sogar zehn Mal höher als in einem Großteil des Bundesgebiets.³⁸

Das Ziel der Vernetzten Pflegeberatung ist eine umfassende Beratung und Betreuung nach dem Case-Management-Ansatz. Die Pflegeberater*innen ermitteln zuerst den Hilfe- und Unterstützungsbedarf und erstellen unverzüglich einen Versorgungsplan, der auch das sozial-räumliche Umfeld sowie den persönlichen Kontext der ratsuchenden Personen berücksichtigen soll. Bei der Erstberatung liegt das Hauptaugenmerk beim Versorgungsplan, der eine Dokumentation von Art und Umfang des Unterstützungsbedarfs enthält. Gemeinsam mit den Ratsuchenden werden konkrete Ziele benannt und Maßnahmen vereinbart, darunter auch Zuständigkeiten und Termine. Die individuellen Maßnahmen können von Stressbewältigungskursen für pflegende Angehörige bis hin zu vollstationärer Pflege des Pflegebedürftigen reichen. Auch die Anpassung des Wohnumfeldes spielt eine große Rolle in der Pflegeberatung der Kassen. Die Pflegeberatung ist dafür verantwortlich, dass festgelegte Maßnahmen ordnungsgemäß durchgeführt werden, die vereinbarten Ziele werden gegebenenfalls angepasst.

Pflegeanbieter

Auch Anbieter*innen von pflegerischen Leistungen wie z.B. ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen sind zur Beratung von pflegenden Angehörigen befugt. Das Fachpersonal verfügt über umfangreiches theoretisches sowie praktisches Wissen und kann teils aus jahrelangen Erfahrungen sowohl im Umgang mit Pflegebedürftigen als auch mit der Beratung ihrer Angehörigen schöpfen. Die befragten pflegenden Angehörigen erwähnten ganz explizit einzelne Stendaler Pflegedienste, bei denen sie sich gut beraten fühlten.

Bedarfe und Probleme

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse im PiQ-Projekt haben im Handlungsfeld Informationsvermittlung, Beratung und Begleitung von Hilfesuchenden bzw. pflegenden Angehörigen aufgezeigt, dass es in Stendal manche Auffälligkeiten und einige ungedeckte Bedarfe und Herausforderungen gibt.

³⁸ Lt. Vortrag der Vernetzten Pflegeberatung bei einem Arbeitstreffen am 16.12.2020.

Die pflegenden Angehörigen, die befragt wurden, konnten sich erinnern, dass sie bei der Kasse beraten wurden. Allerdings konnten viele Befragte mit dem Begriff der „Vernetzten Pflegeberatung“ nichts anfangen. Dieser Begriff wurde als abstrakt und nicht greifbar wahrgenommen. Das könnte darauf hindeuten, dass das Angebot wenig bekannt ist. Darüber hinaus wurde die Beratung der Kassen als nicht ausreichend beschrieben. Es waren zusätzliche Beratungsgespräche nötig, z.B. beim ambulanten Pflegedienst. Eine Teilnehmerin der Selbsthilfegruppe berichtete, dass ihre Krankenkasse gar nicht in Stendal beraten würde. Die Angehörige musste für ihre Beratung nach Schönebeck fahren (ca. 100 km Entfernung), erhielt dafür aber eine dreitägige Schulung. Sie hatte nicht gewusst, dass man die Pflegeberatung bei jeder Kasse wahrnehmen kann, unabhängig davon, wo man versichert ist. Einigen Mitgliedern der Gruppe war nicht einmal bekannt, dass sie einen Anspruch auf bestimmte Schulungen haben. Aus den persönlichen Darstellungen wurde deutlich, dass die Angehörigen sehr unterschiedlich informiert waren. Mitglieder der Selbsthilfegruppe schätzten ein, dass ihnen ein/e Vermittler*in, Begleiter*in oder Coach weitergeholfen hätte – ein Angebot, das über einzelne Beratungsgespräche hinaus geht und stärker einem Case-Management nahekommt. Auch in den Expertengesprächen gab es die Rückmeldung, dass der Prozess vom Hilfebedarf zur Leistung zu wenig begleitet sei. Es fehle an einer bedarfsgerechten und schnellen Vermittlung von Unterstützung. Dabei versucht die Pflegeberatung der Kassen genau diesen Bedarf zu erfüllen.

In den Expertengesprächen mit professionellen Pflegeanbieter*innen wurde aus den eigenen Erfahrungen mit pflegenden Angehörigen zurückgemeldet, dass die Pflegeberatung von Kasse zu Kasse recht unterschiedlich wahrgenommen wird. Es gäbe kein einheitliches System, keine standardisierten Dokumente. Angehörige seien beim Erstkontakt zu Pflegeanbieter*innen häufig unzureichend informiert.

Ein weiteres Problem wurde in der räumlichen Zugänglichkeit von Beratungsangeboten gesehen. Die Wege zur Hilfe werden als weit und mühsam wahrgenommen. Denn viele Angehörige sind selbst in einem hohen Alter, wodurch sie nur eingeschränkt oder gar nicht mobil sind. Insbesondere für Alleinstehende sind manche Distanzen kaum zu bewältigen. Die Vernetzte Pflegeberatung bietet gerade für diese Umstände auch Hausbesuche an.

Über mögliche Gründe für die Bedarfslücken und Probleme, die im Projektverlauf zurückgemeldet wurden, konnte das Projektteam im Laufe der Zeit einige Eindrücke zusammentragen:

- Bereits in den ersten Expertengesprächen ließ sich feststellen, dass die Vernetzung untereinander ausbaufähig ist: sowohl unter den Pflegeanbietern selbst als auch zwischen der Vernetzten Pflegeberatung und den Pflegeanbietern in Stendal. Die Mitglieder des Arbeitskreises der Vernetzten Pflegeberatung berichteten, dass es an kurzen Informationswegen und kleinräumigen Austauschrunden fehle. Auch wurde die Vermutung geäußert, dass bei den Pflegediensten oftmals keine Informationen vorlägen, was die Vernetzte Pflegeberatung sei bzw. welche Funktion sie habe. Diese Vermutung bestätigte sich im Laufe des Projektes. Das Angebot der Vernetzten Pflegeberatung war bei den (ambulanten) Pflegeprofis wenig oder gar nicht bekannt.

- Im System der Vernetzten Pflegeberatung sind die Pflegekassen für die Pflegeberatung zuständig. Dies soll kurze Wege für Hilfesuchende zum Beratungsangebot ermöglichen. Die Kassen sind gleichzeitig auch die Kostenträger, was scheinbar auch Ängste und Kritik hervorruft. So wurde in den Expertengesprächen deutlich, dass einige Akteure die Beratung der Kassen als „interessengeleitet“, also als nicht neutral, wahrnehmen. Pflegende Angehörige (der Selbsthilfegruppe) berichteten über Schwierigkeiten mit der Beantragung und Bewilligung des Pflegegrades. Anträge wären häufig zunächst abgelehnt worden. Daraufhin hätte Widerspruch eingelegt werden müssen. In der Vergangenheit hat es laut der Erfahrungsberichte manchmal mehrere Jahre gebraucht, bis eine Bewilligung erfolgte. Die Angehörigen berichteten von hohem bürokratischem Aufwand, der geleistet werden musste, was viel Zeit und Kraft gekostet habe. Eine Angehörige erzählte, dass sie irgendwann aufgegeben habe, weil sie diese Zusatzbelastung zur sowieso schon herausfordernden und zehrenden Situation nicht mehr bewältigen konnte.
- Auf Seiten der Angehörigen scheint es zudem häufig Verständnisprobleme zu geben. Anträge werden als kompliziert wahrgenommen, Informationen werden mitunter falsch verstanden. Angehörige werden aufgrund der fehlenden Präventionskultur in der Akutsituation mit Informationen überflutet und stehen durch ihre Betroffenheit unter einem emotionalen Schock. Das erschwert das Verstehen und auch Behalten von Informationen.
- Auch in Bezug auf die Leistungserbringer*innen konnten im Rahmen der Expertengespräche zahlreiche Stolpersteine identifiziert werden, die eine zielgenaue und bedarfsgerechte Beratung erschweren. Die Beratung begrenze sich oftmals zu sehr auf das eigene Leistungsspektrum, das nicht unbedingt für jeden individuellen Bedarf passen müsse. Außerdem wurde von der Mehrzahl der Befragten die Konkurrenzsituation genannt, in der sich die Pflegeanbieter nach wie vor befinden. Der allgegenwärtige Fachkräftemangel sorgt auch dafür, dass weniger Zeit für Beratungsgespräche zur Verfügung steht. Die Pflegekräfte sind in ihrem Arbeitsalltag voll ausgelastet und häufig überlastet. Für die Pflegeanbieter sind die persönlichen Beratungen von Hilfesuchenden auch eine Kostenfrage, nämlich dann, wenn sie in dem getätigten Umfang gegenüber der Pflegekasse nicht abgerechnet werden können.
- Darüber hinaus gibt es große Unterschiede, was die fachliche Qualifikation der Berater*innen angeht. Die Aus- und Weiterbildungen sind sehr unterschiedlich gestaltet. Die Ausbildungsdauer kann variieren zwischen wenigen Wochen und bis zu anderthalb Jahren.

4.4.4. Ergebnisse

Insgesamt entstand im Laufe des PiQ-Projektes der Eindruck, dass viele pflegende Angehörige in Stendal ungenügend Kenntnis über alle ihnen zustehenden Möglichkeiten haben und nicht immer die Hilfe erhalten, die sie benötigen und die mit der aktuellen Versorgungsstruktur möglich wäre. Zudem kommen sie mit Beratungs- und Unterstützungsleistungen erst im Akutfall in Kontakt.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse sowie der bestehenden Vorurteile, Ängste und fehlenden Kontakte untereinander wurden mögliche Bereiche identifiziert, um die Situation in Stendal zu verbessern:

- die Etablierung einer Präventionskultur: Aufmerksamkeit und Bewusstsein für das Thema Pflege im öffentlichen Raum schaffen, um im Akutfall besser vorbereitet zu sein;
- die Optimierung der vorhandenen Angebote durch bessere Vernetzung der vorhandenen Beratungsstrukturen und Öffentlichkeitsarbeit;
- die Schaffung von neuen, neutralen und niedrigschwelligen Beratungs- und Vermittlungsangeboten direkt im Quartier;
- die Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten pflegender Angehöriger.

Vernetzung vorhandener Angebote: Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Vernetzte Pflegeberatung

Am Thema der Vernetzung arbeitete das Projektteam des „Pflege-Netz Stendal“ zusammen mit dem regionalen Arbeitskreis der Vernetzten Pflegeberatung in Stendal. Ausgangspunkt der Zusammenarbeit war eine Präsentation der Ergebnisse aus der Bedarfsanalyse (siehe Abschnitt 3.2). Der Arbeitskreis der Vernetzten Pflegeberatung sah darin die Möglichkeit, das Angebot zur Pflegeberatung bekannter zu machen sowie den Kontakt zu Vertreter*innen der Pflegedienste in Stendal auszubauen.

Als erste Maßnahme konnten zwei Gesprächsrunden zwischen dem Arbeitskreis und Vertreter*innen Stendaler ambulanter Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen organisiert und umgesetzt werden. Ursprünglich war ein persönliches Kennenlernen geplant, aber durch die Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 mussten die Gesprächsrunden in einem virtuellen Konferenzraum stattfinden. In der gemeinsamen Arbeitsplanung zwischen Projektteam und Arbeitskreis wurden schriftliche Ziele vereinbart, die mit diesem Austausch erreicht werden sollten. Anhand dieser wurde auch die inhaltliche Gestaltung orientiert.

Folgende Punkte wurden mithilfe der Gesprächsrunden vorgebracht:

Kennenlernen: Kontakte herstellen und fördern

Die Anwesenden der beiden Austauschformate äußerten sich positiv darüber, dass sie nun eine Ansprechperson bei den anderen Institutionen namentlich kennen. Für den Austausch der Kontaktdaten erstellte das Projektteam eine Kontaktdatenbank der Anwesenden. Diese wurde Bestandteil des Protokolls der ersten Gesprächsrunde, welches allen Anwesenden im Nachgang zugeschickt wurde.

Von einem Teil der Teilnehmenden wurde vereinbart, sich gegenseitig zu Veranstaltungen einzuladen, z.B. zum Tag der offenen Tür. Auch dies bietet eine Möglichkeit, den persönlichen Kontakt zu fördern und einen Einblick in die anderen Institutionen zu erhalten.

Wissensvermittlung & Abbau von Berührungängsten

Für die erste Gesprächsrunde bereiteten zwei Mitglieder des Arbeitskreises Fachvorträge vor: Zum einen über die Vernetzte Pflegeberatung Sachsen-Anhalt und zum anderen über die Tätigkeit der/des Pflegeberater*in bei den Kassen. Das hatte nicht nur zum Ziel, über das Angebot informativ aufzuklären, sondern auch klarzumachen, dass die Pflegeberatung bei den Kassen kein Konkurrenzangebot darstellt. Vielmehr soll sie dort ergänzen und unterstützen, wo das Personal der Pflegeanbieter an seine Kapazitätsgrenzen stößt. Nach den Vorträgen räumten anwesende Vertreter*innen der Pflegedienste ein, dass sie dieses Beratungsangebot in der Form nicht kannten und/oder Ihnen der Umfang der Beratung zuvor nicht bewusst war.

Diskussion und Absprachen über Möglichkeiten einer zukünftigen Zusammenarbeit

In der ersten Gesprächsrunde gab es erste Bekundungen der Beteiligten, zukünftig stärker aufeinander aufmerksam zu machen, z.B. durch den Austausch von Informationsmaterialien wie Flyer und Visitenkarten, die sie dann bei Bedarf direkt an Hilfebedürftige weitergeben können.

In komplexen Fällen oder dort, wo präventive Beratung ratsam ist, wurden diese Möglichkeiten besprochen:

- Pflegeanbieter weisen auf das Angebot der Vernetzten Pflegeberatung hin.
- Da viele Hilfebedürftige sich selbst häufig nicht trauen oder lange zögern, bis sie sich Hilfe suchen, wurde die Möglichkeit besprochen, in Einzelfällen die Kontaktdaten von Hilfebedürftigen nach Einwilligung direkt an die Vernetzte Pflegeberatung weiterzugeben.

Bereits in der zweiten Gesprächsrunde bekundeten alle Teilnehmenden ihr Interesse daran, sich weiter auszutauschen. Da die Gesprächsrunden erst gegen Ende der Projektlaufzeit realisiert werden konnten und das Projektteam diese Runden somit nicht weiter organisieren und moderieren konnte, wurden Möglichkeiten für den zukünftigen Austausch besprochen.

Für den Austausch unter den Pflegeanbietern konnten innerhalb der Projektlaufzeit noch keine Vereinbarungen getroffen werden. Der Austausch zwischen Vernetzter Pflegeberatung und Pflegeanbietern wird dafür über die Öffnung des Arbeitskreises weitergeführt, zuvor bestand dieser ausschließlich aus Vertreter*innen der Pflegeberatung der Kassen, des Sozialamts des Landkreises und des Sozialdienstes des Stendaler Krankenhauses. Nach Projektende haben auch die interessierten Vertreter*innen der Leistungserbringer die Möglichkeit, an diesem Arbeitskreis teilzunehmen. Hierfür wurde sogar ein erstes Schwerpunktthema festgelegt:

der hohe Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger. Dieses und zugehörige Themen wurden in den Gesprächsrunden ausführlich diskutiert.

Die Vernetzte Pflegeberatung plante zu diesem Zweck vor der COVID-19-Pandemie eine Informationsveranstaltung für pflegende Angehörige. Hieran wollen die Anwesenden gemeinsam in einem nächsten Arbeitstreffen weiterarbeiten. Somit wird im Nachgang des Projektes nicht nur an die begonnene Netzwerkarbeit angeknüpft, sondern auch gemeinsam an einem Beitrag für eine stärkere Prävention und Information für pflegende Angehörige gearbeitet.

Darüber hinaus konnte noch vor Projektende der Kontakt zwischen der Vernetzten Pflegeberatung und der im Projekt eingebundenen Selbsthilfegruppe hergestellt werden, um auch diese Perspektive zukünftig zu integrieren.

4.4.5. Einordnung und weitere Handlungsmöglichkeiten

Für die *Arbeitsplanung und Dokumentation* wurden zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis ein Maßnahmenplan mit Zielen festgehalten. Der Plan gab dem Team eine Richtung vor, an der sich alle orientieren konnten. Hieraus ließ sich schnell die inhaltliche Gestaltung der ersten Veranstaltung entwickeln. Mithilfe von Protokollen wurden alle Absprachen, zu erledigende Aufgaben und Verantwortlichkeiten jeder Sitzung festgehalten. So wusste jeder genau was zu tun ist, wie weit wir im Plan waren und auch diejenigen, die mal nicht dabei sein konnten, waren informiert.

Die *Corona-Kontaktbeschränkungen* reduzierten die Möglichkeiten der Netzwerkarbeit immens. Ursprünglich war die Teilnahme an zahlreichen Veranstaltungen und Arbeitskreisen geplant, um auf das Projekt aufmerksam zu machen, weiteren Akteur*innen zu begegnen und diese für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Diese wurden ausnahmslos abgesagt. Eine eigene Netzwerkveranstaltung, die Gesprächsrunde zwischen Leistungserbringern und dem Arbeitskreis der Vernetzten Pflegeberatung, wurde über Monate geplant und musste dann kurzfristig in den virtuellen Raum verlegt werden. Dadurch wurde nicht nur viel Arbeitszeit aufgewendet, die sonst anderweitig hätte „investiert“ werden können, sondern es nahmen auch viel weniger Personen am virtuellen Ausweichformat teil.

Das *digitale Ausweichformat* bot wenigstens die Chance in den Austausch zu treten und es wurden auch Vereinbarungen für die zukünftige Zusammenarbeit getroffen. Aber es war *nicht das Format der ersten Wahl* der Beteiligten. Diese hatten sich ein persönliches Kennenlernen gewünscht. Zudem bekam das Projektteam Rückmeldungen, dass diese Form des Austausches viel Konzentration abverlangte und als sehr anstrengend empfunden wurde, vor allem von denjenigen, die nicht die technischen Voraussetzungen hatten und sich nur per Telefon einwählen konnten. *Technische Schwierigkeiten*, wie z.B. Probleme mit der Internetverbindung und dem Ton, erschwerten darüber hinaus den Austausch. Zudem ist der digitale Austausch

weniger verbindlich. Ist man persönlich in einem Raum, ist man zwangsläufig präsent und ansprechbar. Im digitalen Raum gibt es die Möglichkeit, Kamera und Mikrofon einfach auszustellen. Als Veranstalter oder Moderator fehlte dem Projektteam hierdurch auch der Überblick, wer wirklich anwesend und ansprechbar ist und ob die Teilnehmenden alles mitbekommen.

Erweiterung des Arbeitskreises

Die Erweiterung des Arbeitskreises um weitere Akteur*innen, z.B. Pflegeheime oder Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, stellt einen möglichen Lösungsansatz dar. Die Pflegeberatung stellt ein großes Entlastungspotential für pflegende Angehörige dar und wird dennoch viel zu wenig genutzt.

Gründung weiterer Arbeitskreise/-gruppen

Bei zunehmender Netzwerkgröße teilt sich in anderen Pflegenetzwerken der anfängliche Arbeitskreis irgendwann in schwerpunktbezogene Arbeitsgruppen. Zudem zeigte sich im Stendaler Projekt bereits, dass auch Austauschbedarf unter den Pflegediensten herrscht. Ergänzend kann dann ein bis zwei Mal jährlich ein Austausch aller Akteure in großer Runde organisiert werden. Elementar für das Gelingen solcher Arbeitskreise und -gruppen ist die Koordination der Zusammenarbeit, wie im Kapitel 5 beschrieben wird.

Stärkere Öffentlichkeitsarbeit und Entwicklung bedarfsgerechter Informationsangebote

Bereits zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis der Vernetzten Pflegeberatung zeigte sich, dass die öffentliche Bekanntheit dieser Beratungsstruktur begrenzt ist. Es gibt zwar eine gut strukturierte und informative Internetseite³⁹, die auch alle Kontaktdaten enthält. Aber pflegende Angehörige befinden sich selbst oft schon in einem höheren Alter, nicht alle sind internetaffin bzw. haben überhaupt die technischen Voraussetzungen.

Es braucht mehr analoge, leicht zugängliche und gut sichtbare Informationsangebote. Die geplante Informationsveranstaltung für pflegende Angehörige ist ein erster Schritt. Weitere Möglichkeiten wären z.B. Flyer, die neben einer inhaltlichen Information zu den Themen Pflege und Demenz auch wichtige Anlaufstellen und Kontaktdaten enthalten. Im Projekt wurden auch bereits mögliche Anlaufstellen pflegender Angehöriger besprochen und eruiert, wo diese ausgelegt oder präsentiert werden können. Viele pflegende Angehörige informieren sich zuerst bei ihrem Hausarzt. Dies hat das DemenzNetzwerk Region Hildesheim unter anderem herausgefunden und aufgrund dessen in einem Modellprojekt eine Informationsmappe Demenz für Hausarztpraxen entwickelt.⁴⁰

³⁹ Vgl. <https://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

⁴⁰ Weitere Informationen finden Sie unter: Landkreis Hildesheim (2018), Modellprojekt "Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz", in: <https://senioren-beratungsnetz-hildesheim.de/Quicknavigation/Startseite/Modellprojekt-Einbindung-der-Hausarztpraxen-bei-Demenz-.php?object=tx,2661.4&ModID=7&FID=2661.143.1&NavID=2661.1&La=1>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Ein weiteres interessantes Angebot des Hildesheimer Netzwerkes ist das „Machmits Infomobil“: Ein Kleinbus, der die Beratung zu den Menschen in die Ländlichkeit bringt⁴¹ – also dort, wo die Mobilität und technischen Möglichkeiten häufig stark eingeschränkt sind und die Möglichkeiten sich zu informieren dementsprechend geringer als in der Stadt.



Abbildung 12: DemenzNetzwerk Region Hildesheim zu Besuch bei der BIS in Stendal – Herr Manuel Stender vom Landkreis Hildesheim stellt interessierten Mitarbeitern der BIS im August 2020 das "Machmits Infomobil" vor.

Etablierung bedarfsgerechter Beratungs- und Vermittlungsangebote

Durch die Gespräche mit den Angehörigen und anderen Expert*innen konnte das Projektteam ein Bild davon erhalten, welche Bedarfe Angehörige haben und welche Defizite in den Angeboten sowohl in Stendal als auch andernorts vorliegen.

Demnach bedarf es einem Angebot, das:

- der Beratung vorgeschaltet ist. Es braucht Vermittler*innen oder Lotsen, die die Unterstützungsstrukturen kennen und zu vorhandenen Angeboten vermitteln können.
- über einzelne Beratungsgespräche hinaus geht. Manchen Angehörigen haben die einzelnen Beratungsgespräche nicht gereicht. Sie hätten sich eine engmaschigere Begleitung gewünscht, eine konstante, schnell erreichbare Ansprechperson.
- niedrigschwellig ist. Hilfe sollte zum einen gut räumlich zugänglich sein. Sie sollte dort sein, wo die Menschen leben. Da die Leute oft Angst haben, sich Hilfe zu holen, könnte es förderlich sein, wenn solche Angebote an neutralen Stellen angesiedelt werden. Mögliche Orte wären z.B. ein Quartiersmanagement oder direkt bei der Kommune.

⁴¹ Weitere Informationen finden Sie unter: Landkreis Hildesheim (o.J.), Machmits Infomobil, in: <http://www.die-machmits.landkreishildesheim.de/Gut-zu-wissen/Weitere-Informationen/Machmits-Infomobil>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

- über bürokratische Beratung hinaus geht. Angehörige befinden sich in einer hochkomplexen, schwer zu bewältigenden Situation. Sie geraten nicht nur an ihre körperlichen, sondern auch an ihre emotionalen Grenzen. Nicht immer haben sie jemanden, der auch mal ein offenes Ohr hat, wenn Überlastung, Kummer und Sorgen Überhand nehmen. Aber nicht immer braucht es gleich therapeutische Hilfe. Zudem ist das therapeutische Angebot nicht immer niedrigschwellig – Es braucht eine Diagnose von einem Facharzt und eine aufwändige und langwierige Therapeut*innensuche mit monatelangen Wartezeiten. Dies ist nicht das passende Angebot für pflegende Angehörige, die schnellstmöglich Unterstützung brauchen. Hier ist das Projektteam auf das Konzept der psychosozialen Beratung aufmerksam geworden: Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, neben dem Aufzeigen von möglichen Hilfsangeboten und der Hilfe bei Formularen einfach ein offenes Ohr zu haben und dem Angehörigen verbal Verständnis und auch Wertschätzung auszudrücken.

Im Projekt wurden von Seiten der BIS zahlreiche Schritte unternommen, um in Erfahrung zu bringen, was es für die Etablierung eben dieser niedrigschwelligen Unterstützungs- und Vermittlungsangebote braucht. Es wurde sogar überlegt, selbst ein solches Angebot aufzubauen. Letztlich war es während der Projektlaufzeit nicht möglich, dies zu realisieren. Für eine bedarfsgerechte Vermittlung braucht es zuerst ein funktionierendes Netzwerk. Hierfür konnte durch das PiQ-Projekt zumindest das Fundament errichtet werden. Darüber hinaus braucht es eine solide Finanzierungsgrundlage (siehe Kapitel 5.4).

4.5. Gelingensfaktoren und Stolpersteine

Eine grundlegende Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung von gemeinsamen Lösungsansätzen für lokale Bedarfe und Probleme ist die *Eigenmotivation* der beteiligten Organisationen und der sie vertretenden Personen. Sie müssen – institutionell wie individuell – davon überzeugt sein, dass die Zusammenarbeit für das eigene Handeln einen Mehrwert generiert, der für sie greifbar ist und zu einem sichtbaren Nutzen führt. Die Partner werden nur dann motiviert bleiben und sich aktiv beteiligen, wenn Sie den Eindruck gewinnen, dass sich das Engagement und damit die Investition ihrer nur begrenzt vorhandenen Ressourcen lohnt.

Die Bereitschaft zum Engagement für einen kooperativen Lösungsansatz kann insbesondere dann angenommen werden, wenn von den betroffenen Akteuren selbst ein besonders *hoher Problemdruck* empfunden wird und zugleich deren Bewältigung nicht in den aktuell existierenden Arbeitszusammenhängen, in denen sie sich befinden, realisiert werden kann.

Zugleich muss die Voraussetzung gegeben sein, dass die Beteiligten auch selbst *Einfluss auf die Problemlösung* nehmen können. Deshalb ist insbesondere in der Überleitung von der lokalen Bedarfs- und Problemanalyse hin zur Entwicklung von Handlungsansätzen kritisch zu

prüfen, ob für ein Problem, das identifiziert wurde, auf lokaler Ebene überhaupt eine passende und angemessene Lösung entwickelt werden kann, oder ob die Problemlösungskompetenz nicht eher auf Landes- oder Bundesebene liegt.

Ebenso entscheidend sind entsprechende *Ressourcen*, über die die Beteiligten verfügen sollten, wie fachliche Expertise, Erfahrungen, Arbeitszeit sowie auch finanzielle oder materielle Beiträge, die eingebracht werden können. Es sollte vermieden werden, dass sich Konkurrenzen zu bestehenden Angeboten oder Strukturen entwickeln. Wenn es bereits Arbeitszusammenhänge gibt, in denen Lösungsansätze bearbeitet werden können, werden zusätzliche Zusammenschlüsse als überflüssige Parallelstrukturen empfunden und die Zeit und der Aufwand dafür als Verschwendung. Das Zusammenarbeiten muss existierenden Arbeitsformen also sinnvoll ergänzen, ohne die zeitlichen und ggf. auch personellen und finanziellen Ressourcen der Beteiligten zu überfordern. Transparenz, Komplementarität und Kohärenz der Projektentwicklung sind daher wichtige Voraussetzungen und Indikatoren.

Im PiQ-Projekt wurde die Strategie verfolgt, die Anbahnung und Vorbereitung von Lösungsansätzen möglichst breit bzw. vielfältig anzulegen. Es sollten – wenn möglich – viele kleine, voneinander unabhängige Initiativen angestoßen werden, wovon dann eine Auswahl vielversprechender Ideen und Ansätze weiterverfolgt und verstetigt werden sollte. Die Entwicklung mehrerer Aktivitäten, so die Annahme, vergrößert die Chancen, dass zumindest einige wenige davon realisiert werden können. In gewisser Weise hat sich diese Ansicht auch bestätigt. Allerdings birgt dieses Vorgehen die Gefahr, dass sich die Netzwerkkoordination wie auch die engagierten Akteure in einer Vielzahl von Aktivitäten verzetteln und die eigenen Ressourcen überreizen. Deshalb muss darauf geachtet werden, dass sich die Beteiligten nicht überfordern. Sonst kann der mögliche Frust, der durch eine solche Situation entsteht, letztlich zu schwindendem Engagement führen. Wichtig bleibt also eine gewisse Fokussierung. Insbesondere in der Startphase sollte Maßnahmen ergriffen werden, die schnelle Erfolge sichtbar werden lassen (siehe auch Kapitel 5.5).

Zur besseren Steuerung kann auch ein *Ziele-Maßnahmen-Plan* eingesetzt werden, der ein vereinbartes Ziel mit einer oder mehreren Maßnahme(n) verknüpft. Für diese Maßnahme(n) werden dann Verantwortlichkeiten und Fristen festgelegt.⁴²

<i>Ziel</i>	<i>Maßnahme</i>	<i>Verantwortlich</i>	<i>Frist</i>
Persönliches Kennenlernen von Vernetzter Pflegeberatung und Pflegediensten	Kennenlernworkshop	Sprecherin Vernetzte Pflegeberatung (Frau Muster) und Netzwerkkoordinator (Herr Exempel)	Ende November

⁴² Vgl. FAPIQ (2018), S. 20f.

Die getroffenen Annahmen und Entscheidungen im Entwicklungsprozess von Lösungsansätzen sollten von den Beteiligten regelmäßig hinterfragt werden. Durch die wiederholte Überprüfung können zeitnah Anpassungen vorgenommen werden. Offenheit, Flexibilität und Anpassungsfähigkeit helfen dabei, dass der gesamte Prozess des Entwickelns von Lösungsansätzen nicht ins Stocken gerät und auf den tatsächlichen Bedarfen fokussiert bleibt.

5. Netzwerkarbeit nachhaltig gestalten

5.1. Das Projekt endet: Wie geht es weiter?

Idealerweise stellt ein lokales Netzwerk einen freiwilligen Zusammenschluss mehrerer Akteure dar, die in der Netzwerkarbeit einen Mehrwert sowohl für sich als auch die Pflege- und Hilfebedürftigen wahrnehmen. Im Falle des PiQ-Projektes ging der Impuls, ein lokales Netzwerk zu gründen, vom Auftraggeber KomZ sowie vom Projektträger BIS aus. Wie die letzten Kapitel gezeigt haben, war ein großes Interesse bei den Akteuren festzustellen, gleichzeitig wurde aber auch Skepsis zum Ausdruck gebracht, mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten; oder es wurde Besorgnis geäußert, dass ein Engagement in einem Zusammenschluss zusätzlichen Arbeitsaufwand mit sich bringen könnte.

Trotz aller Unsicherheiten und anfänglicher Skepsis wurde während der Projektlaufzeit die Basis einer gelingenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe geschaffen. Damit sich nach Projektende die ersten Erfolge nicht gleich wieder auflösen und die initiierten Aktivitäten nicht zum Erliegen kommen, wurden frühzeitig Maßnahmen ergriffen, um den angestoßenen Ansatz einer gemeinsamen und vertrauensvollen Zusammenarbeit fortsetzen zu können.

Im Hinblick auf die Fortführung der Aktivitäten und die Verstetigung der Zusammenarbeit stellten sich zwei zentrale Fragen:

- 1.) Wer koordiniert die zukünftige Netzwerkarbeit?
- 2.) Wie wird die Netzwerkarbeit finanziert?

Die Gespräche mit Vertreter*innen anderer Pflege-Netzwerke haben deutlich gemacht, dass neben der Eigenmotivation der Beteiligten diese beiden Fragestellungen auch andernorts Dreh- und Angelpunkt einer gelungenen, langfristig angelegten Netzwerkarbeit waren (und weiterhin sind).

Denn eines haben die Erfahrungen der zwei Jahre im PiQ-Projekt gezeigt: Die Zusammenarbeit in einem Netzwerk funktioniert nicht nebenbei. Sie umfasst eine Reihe von Aufgabenbereichen, die nachfolgend aufgezeigt werden sollen, um die Netzwerkarbeit möglichst erfolgreich und nachhaltig zu gestalten.

5.2. Aufgabenbereiche in einem Netzwerk

Netzwerktreffen: Organisation, Koordination, Durchführung und Nachbereitung

Es müssen regelmäßige Treffen organisiert werden. Hierfür müssen *Termine* abgestimmt werden, an dem möglichst viele Netzwerkmitglieder teilnehmen können. Schon hierin kann eine Herausforderung liegen: Je größer das Netzwerk ist, desto mehr Abstimmungsbedarf gibt es, da die Beteiligten sich zusätzlich zu ihrem Tagesgeschäft bzw. ihrer eigentlichen beruflichen Tätigkeit engagieren. Da sie für unterschiedliche Institutionen tätig sind, haben sie unterschiedliche Arbeitszeiten, Verantwortlichkeiten und Verpflichtungen. Damit die Terminfindung erfolgreich ist, sollte diese zentral koordiniert werden. Im Stendaler Projekt dauerte der Abstimmungsprozess mitunter mehrere Wochen. Besonders schwierig wurde es, wenn bestimmte Schlüsselpersonen involviert werden sollten, die nur schwer erreichbar waren. Nur mit hohem Organisationsaufwand, manchmal waren mehrere Telefonate nötig, konnten die richtigen Ansprechpartner*innen erreicht werden.

In der Vorbereitung des Treffens müssen Einladungen versendet werden. Es braucht eine *Räumlichkeit* (sowie ggf. Verpflegung) oder einen digitalen Videokonferenzraum. Beim Einsatz digitaler Technik ist die Frage des „Hosting“ und die technische Unterstützung der Teilnehmenden wichtig.

Um Besprochenes festzuhalten, sollte von den Treffen immer ein *Protokoll* angefertigt werden. Dadurch bekommen Aufgaben, die untereinander verteilt wurden, einen verbindlichen Charakter. Verantwortlichkeiten und Arbeitsschritte werden so transparent festgehalten. Beim darauffolgenden Treffen kann dann auf das Protokoll zugegriffen und daran angeknüpft werden.

Für jedes Arbeitstreffen sollte ein inhaltlicher Fahrplan erstellt werden. Eine *Agenda* dient dazu, die Termine inhaltlich zu strukturieren. Für die Teilnehmenden sollte es möglich sein, selbst Themen auf die Agenda bringen können, die sie als relevant erachten. Die Zusammenstellung und Vorbereitung der Inputs sollten koordiniert werden. Erfahrungen des PiQ-Projektes und die von anderen Netzwerken zeigen: Ohne inhaltliche Planung kann aus einem Netzwerktreffen schnell eine „Kaffeerunde“ werden. Dies ist per se nicht problematisch, es kann auch von Nutzen sein, seine Kolleg*innen kennenzulernen und sich ungezwungen bei einer Tasse Kaffee und einem Stück Kuchen über aktuelle Schwierigkeiten im Pflegealltag (oder auch Privates) auszutauschen. Auch das fördert das gegenseitige Vertrauen. Dennoch sollte auf die knappen Ressourcen der Teilnehmenden Rücksicht genommen werden und zielführend an den Zielen gearbeitet werden. Für den zielgerichteten Austausch leistet eine *Moderation* ebenso einen wichtigen Beitrag.

Wer etwas erreichen will, der braucht einen Plan, mit welchen Maßnahmen die Netzwerkziele erreicht werden können. Die vielen verschiedenen Interessen, Vorstellungen und Sorgen der

Netzwerkpartner*innen mit ihren unterschiedlichsten Hintergründen müssen in eine *Aufgabenplanung* überführt werden, die auf die gemeinsamen Zielstellungen ausgerichtet ist.

Kooperationsvereinbarungen

Viele Netzwerke halten die gemeinsamen Ziele sowie die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit in Kooperationsvereinbarungen fest. Eine Kooperationsvereinbarung gibt dem Netzwerk Orientierung und mehr Verbindlichkeit. Sie werden mit allen Netzwerkpartner*innen ausgehandelt und gegenseitig verabschiedet und sollten regelmäßig auf Aktualität geprüft und bei Änderungsbedarf gegebenenfalls angepasst werden.⁴³

Allerdings zeigt die Praxis, dass sowohl formell wie informell gegründete Netzwerke vielmehr vom Engagement der Beteiligten sowie von ihren Wirkungen bzw. Erfolgen leben, und nicht von schriftlichen Kooperationsvereinbarungen. Formale Regeln können das Engagement unterstützen, beispielsweise zur Zielorientierung oder in Konfliktfällen, garantieren können sie aktives Mitarbeiten jedoch nicht.

Controlling: Kritische Überprüfung der eigenen Arbeit

Wenn ein Plan zu Erreichung von Zielen aufgestellt wird, sollte regelmäßig kontrolliert werden, wie der aktuelle Stand der Umsetzung ist. Die Netzwerkarbeit kann von einem Controlling profitieren, in dem ein kritischer Blick auf die bisherige Zusammenarbeit (auch von Externen) und gezielte Fragen zugelassen werden:

- Was haben wir bereits erreicht?
- Was lief gut, was eher nicht und woran lag es?
- Was können wir tun, um bestimmte Fehler in Zukunft zu vermeiden?
- Welche Maßnahmen stehen noch aus?
- Passt der Plan noch zu den von uns gesteckten Zielen oder hat sich mittlerweile ein anderer Weg ergeben?

Umsetzung von Maßnahmen

Selbstverständlich benötigen nicht nur die Organisation des Netzwerkes und die Planungsprozesse eine gewisse Aufmerksamkeit, sondern auch – oder gerade – die Umsetzung der Maßnahmen. Beispielsweise planen die Stendaler Netzwerkakteure als eine gemeinsame Maßnahme eine Informationsveranstaltung für pflegende Angehörige (siehe Kapitel 4.4.4). Hierfür müssen ein Termin gefunden, ein Raum organisiert sowie ein Programm konzipiert werden. Einladungen müssen formuliert und versendet werden. Möglicherweise erfordern Kontaktbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie die Erstellung eines Hygienekonzeptes und eine Begrenzung der Teilnehmendenzahl.

⁴³ Für eine Musterkooperationsvereinbarung siehe FAPIQ (2018), S. 11

Öffentlichkeitsarbeit

Damit der Aufbau und die Existenz des Pflege-Netzwerkes nicht im Verborgenen bleiben, ist eine gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit vonnöten. Die Öffentlichkeitsarbeit kann mehrere Funktionen erfüllen: die interessierte Öffentlichkeit über die Netzwerkaktivitäten zu informieren, auf einzelne themenbezogene Veranstaltungen und Aktivitäten hinzuweisen, Schlüsselpersonen und weitere Akteure auf das Netzwerk aufmerksam zu machen.

Für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit kann ein eigener *Maßnahmenkatalog* erstellt werden, der die (geplanten) Aktivitäten für die Öffentlichkeitsarbeit sammelt und beschreibt. In dem Zusammenhang lassen sich Ziel(e) und Zielgruppe(n) jeder Maßnahme festhalten. Der Katalog legt Prioritäten und Fristen sowie die Zuständigkeiten im Netzwerk fest.

Damit die Materialien und Veröffentlichungen des Netzwerkes leicht wiedererkannt werden, sollte über eine einheitliche Gestaltung (Corporate Design) nachgedacht werden. Ein wichtiges Element für den Wiedererkennungswert ist beispielsweise ein *Netzwerklogo*, das für alle Materialien und Veröffentlichungen genutzt werden kann.

Für Gesprächstermine und Veranstaltungen können *Informationsmaterialien und Vorlagen* erstellt werden, wie zum Beispiel:

- Visitenkarten für die Netzwerkkoordination;
- ein Einleger für den Infolyer der Netzwerkpartner;
- Informationszettel oder Flyer mit einer umfangreicheren Beschreibung des Netzwerks;
- eine Standardpräsentation, die fortlaufend erweitert und angepasst werden kann.

Eine eigene *Webseite* für das Netzwerk zu erstellen, sollte nicht ausgeschlossen werden, aber gerade in der Aufbauphase übersteigt die Entwicklung einer solchen Seite häufig die zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Da das Netzwerk vom Engagement und Ressourcen seiner Mitglieder lebt, können Informationen auf bereits bestehenden Webseiten eingestellt werden, beim Träger der Netzwerkkoordination oder auf der Seite der Kommune. Ein gutes Beispiel aus der Praxis ist die Webseite der Stadt Brandenburg an der Havel, dort ist auch ein lokales Pflege-Netzwerk aktiv. Auf der Webseite wurde eine Karte mit den Orten eingebunden, die Hilfeleistungen für Senior*innen anbieten.⁴⁴

Ob es sinnvoll ist, dass das Netzwerk selbst über *Social Media-Kanäle* (Facebook, Twitter, Instagram u.a.) kommuniziert, sollte schon beim Erstellen des Maßnahmenkatalogs kritisch geprüft werden. Der Aufbau einer eigenen Community ist mit großem Aufwand verbunden. Effektiver erscheint es, wenn engagierte Akteure aus dem Netzwerk (Netzwerkkoordination,

⁴⁴ GDI Brandenburg, Stadt Brandenburg an der Havel (o.J.), in: https://gdi.stadt-brandenburg.de/mapbender3/app.php/application/gdibrb_senioren, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Einzelpersonen, Organisationen), die bereits stark in dem Bereich aktiv sind, über ihre Kanäle zu den Netzwerkaktivitäten kommunizieren.

Mit *Mailrundschriften* oder Newslettern können Interessierte in zeitlichen Abständen über Neuigkeiten aus dem Netzwerk in Kenntnis gesetzt werden. Eine aktive Pressearbeit ist insbesondere in Zusammenhang mit bestimmten Anlässen sinnvoll, wie Veranstaltungen oder anderen öffentlichen Aktionen.

5.3. Aufgaben der Netzwerkkoordination

Um den vielfältigen Aufgaben in einem Pflege-Netzwerk gerecht zu werden, ist die Verteilung der Verantwortlichkeiten von besonderer Bedeutung. Es sollte z.B. abgesprochen werden, ob jedes Treffen in einer anderen Einrichtung stattfindet oder die Verantwortlichkeiten für die Moderation der Treffen und das Protokoll rotieren. Mehrere Netzwerke, mit denen das Stendaler Projektteam in Kontakt stand, haben ihre Zusammenarbeit auf diese Art und Weise etabliert und über mehrere Jahre erfolgreich fortgesetzt.

Weil die Beteiligten beruflich stark eingebunden sind und die Pflege- und Gesundheitsbranche für das hohe Arbeitspensum ihrer Arbeitskräfte bekannt ist, kann dies zu einer großen Herausforderung werden. Viele haben schlichtweg nicht mehr genügend Kraft und Zeit, um an Treffen teilzunehmen, sich für diese vorzubereiten, Aktivitäten zu planen, sie durchzuführen und noch zusätzlich an der Netzwerkorganisation mitzuwirken. Der zusätzliche Aufwand kann abschreckend wirken. Es kommt nicht selten vor, dass Interessenten sagen, dass sie zwar Lust hätten sich engagieren, aber gleichzeitig unsicher sind, wie sie es zeitlich bewältigen sollen. In Stendal wollten sie daher keine tragende Verantwortlichkeit übernehmen.

Eine zentrale, dauerhafte Koordinierungsstelle im Netzwerk könnte Abhilfe schaffen. Jedes andere Pflege-Netzwerk, mit dem das PiQ-Projekt in Kontakt stand, hatte diese Stelle eingerichtet, entweder im Laufe der Zeit oder gleich von Beginn an seiner Gründung. Dort wo die Koordination im Verlauf aufgrund von Personalwechselln oder Finanzierungsschwierigkeiten wegfiel, war das Fortbestehen des Netzwerkes gefährdet.

Eine *Koordinierungsstelle* im Netzwerk kann im Detail folgende Aufgaben übernehmen:

Begleitung der Zielfindung für das Netzwerk

Die Zielstellungen eines Netzwerkes richten sich in erster Hand nach den Bedarfen der Netzwerkpartner*innen und können je nach Problemlagen in den Regionen unterschiedlich sein. Es gilt, diese Bedarfe zusammenzuführen, um gemeinsame Arbeitsgebiete herauszukristallisieren. Dieser Prozess kann durch die Koordinationsstelle moderiert werden.

Zentraler Ansprechpartner

Sowohl für alle Akteur*innen im Netzwerk als auch für Externe braucht es eine Ansprechperson. Sie hat Kenntnis über alle im Netzwerk entwickelten Themen und Inhalte und kann darüber Auskunft geben.

Netzwerktreffen und Veranstaltungen

Organisation und Vorbereitung, Moderation, Protokoll, Nachbereitung.

Kommunikation und Impulsgeber

Aufrechterhaltung und Förderung der Netzwerkarbeit durch aktive Kontaktpflege zu den Netzwerkpartner*innen.

Vergrößerung des Netzwerkes

Ansprache und Gewinnung weiterer Mitglieder, Partner*innen und Unterstützer*innen des Netzwerkes.

Arbeitsplanung

Organisation in Abstimmung mit den Netzwerkpartner*innen, z.B. Hilfe bei der Aufteilung in Arbeitsgruppen, Moderation der Erstellung eines Jahresplanes für Treffen und andere geplante Aktivitäten.

Sicherstellung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements

- Dokumentation der Aktivitäten und Prozesse im Netzwerk
- Evaluierung der Zusammenarbeit und Zielerreichung
- Wenn nötig: Einleitung von korrigierenden Maßnahmen
- Sicherstellung der Aktualität der Kooperationsvereinbarungen und Verträge, je nach vereinbarter Form der Zusammenarbeit
- Weiterentwicklung der Zusammenarbeit im Netzwerk und der Arbeitseffizienz der Koordinierungsstelle

Information und Öffentlichkeitsarbeit

- Weiterleitung von Informationen über aktuelle relevante Themen und Veranstaltungen
- Unterstützung der Netzwerkpartner*innen bei der Kommunikation aller netzwerkspezifischen Themen nach außen, z.B. über Beiträge in Printmedien (Zeitungen, Zeitschriften, Broschüren etc.) und Onlinekanäle (Webseite der Stadt, des Landkreises, der Netzwerkpartner*innen, Social Media)

- Repräsentation des Netzwerkes bei Veranstaltungen; Unterstützung bei Aufklärungsarbeit und Sensibilisierung von Politik und Öffentlichkeit für pflegespezifische Themen.

Auch wenn die Koordination des Netzwerkes ihre Mitglieder bei organisatorischen und operativen Aufgaben stark entlasten kann, hängt die Umsetzung und der Erfolg der Netzwerkarbeit nach wie vor maßgeblich vom Engagement der Beteiligten ab. Hierfür ist es ratsam, wenn die Mitgliedsinstitutionen eine feste Ansprechperson benennen, die:

- regelmäßig an Netzwerktreffen teilnimmt und über den Prozess informiert ist;
- die in der Institution vorhandenen Ressourcen soweit notwendig in die Netzwerkarbeit einbringt;
- sich aktiv an den im Netzwerk entwickelten Aktivitäten und Projekten beteiligt;
- als Mittler*in zwischen dem Netzwerk und der zugehörigen Einrichtung / Institution / Vereinigung fungiert und die im Netzwerk entwickelten Inhalte intern kommuniziert;
- an der Organisation von Netzwerkveranstaltungen mitwirkt;
- sich an der Arbeitsplanung des Netzwerkes beteiligt.

5.4. Finanzierung

Mit den vorangegangenen Abschnitten sollte deutlich gemacht werden, welche Aufgaben auf die Beteiligten zukommen können und welche entlastende Wirkung eine Netzwerkkoordination haben kann. Die Zusammenarbeit in einem Netzwerk und die Umsetzung von Maßnahmen erfordern von den Beteiligten nicht allein (zeitliches) Engagement, es entstehen auch Kosten.

Mögliche Kosten in einem Pflege-Netzwerk sind:

a. Personalkosten

- der Koordinierungsstelle beim koordinierenden Träger
- Arbeitszeit der Ansprechpersonen in den Institutionen

b. Sachkosten:

- Arbeitstreffen: Miete für Räumlichkeiten, Lizenz für Videokonferenzsoftware, Arbeitsmaterialien, wie z.B. Beamer oder Flipchart, ggf. Verpflegung
- Öffentlichkeitsarbeit: je nach geplanten Maßnahmen und Präferenzen der Beteiligten, z.B. Einladungen, Infomaterialien, Zeitungsartikel, Homepage, Social-Media-Kanal, usw.

Der Kostenaspekt sollte in der Gründungsphase des Netzwerkes sowie bei der Planung einzelner Maßnahmen berücksichtigt werden. Gegebenenfalls können Strukturen genutzt werden, die bereits bei teilnehmenden Institutionen vorhanden sind, wie Räumlichkeiten, technische Infrastruktur, Software-Lizenzen, usw. Vor allem für fortlaufende Fixkosten (z.B. Etablierung einer Netzwerk-Koordination oder regelmäßig wiederkehrende Kosten wie z.B. für die Öffentlichkeitsarbeit) braucht es eine solide Finanzierung. Eine kontinuierliche Finanzierungsbasis ist nicht nur für die Gründung und den Fortbestand des Netzwerkes essenziell, sondern signalisiert auch den Netzwerkpartnern eine Kontinuität und Verlässlichkeit. Sie bildet eine Vertrauensbasis in die Funktionsfähigkeit und Nachhaltigkeit des Netzwerkes.

Im PiQ-Projekt wurde mit der Zeit deutlich, dass die Koordination eines Pflege-Netzwerkes am besten bei einer neutralen Institution, beispielsweise bei der Stadt oder beim Landkreis oder, anzusiedeln wäre. Die Koordinationsstelle bei einer Mitgliedsinstitution unterzubringen, wurde in mehreren Gesprächen aufgrund der Konkurrenzsituation zwischen den (potenziellen) Netzwerkpartnern als kritisch bewertet. Bei der Landeshauptstadt Magdeburg wurde beispielsweise eine Stabsstelle für Seniorenpolitik geschaffen.⁴⁵ Die dortige Netzwerkkoordination wurde mittlerweile in eine eigenständige Stelle bei der „Beauftragten für Belange älterer Menschen“ integriert. Aber nicht jeder Landkreis oder jede Stadt hat die Mittel zur Verfügung, um eine solche Stelle zu installieren. Dies hängt ganz von der Finanzkraft der jeweiligen Kommune ab und ob die Themen „Pflege und Altern“ eine hohe Priorität in der Kommunalpolitik haben (siehe Kapitel 4.3).

Eine Möglichkeit zur Finanzierung der Netzwerkarbeit und der Netzwerkkoordination bietet die *Förderung regionaler Netzwerke nach § 45 c Abs.9 SGB XI*. Es handelt sich hierbei um eine Förderung der Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen für eben solche Vorhaben, die in diesem Konzept beschrieben werden. Weiterführende Informationen, wie z.B. die Beantragungsmodalitäten, sind im Anhang 5 zu finden. Viele der Pflegenetzwerke, mit denen das PiQ-Projekt in Kontakt stand, haben mithilfe dieser Förderung eine Koordinierungsstelle installiert, um ihre Arbeit voranzubringen. In der Auseinandersetzung mit dieser Fördermöglichkeit sind auch einige kritische Aspekte aufgefallen:

- Die Förderung beträgt aktuell maximal 20.000 Euro pro Jahr. Diese Summe reicht nur für eine Teilzeitstelle mit geringem Stundenumfang. Für diese Personalstelle aufzuwerten, bräuchte es Eigenmittel aus den Mitgliedsorganisationen oder weitere (öffentliche) Fördermöglichkeiten. Letztere sind nicht immer verfügbar oder nur mit hohem Aufwand zu akquirieren. Zudem stehen nur 20.000 Euro pro Landkreis zur Verfügung. Stellt noch ein weiteres Netzwerk im Landkreis einen Antrag, muss das Geld aufgeteilt werden.
- Für die Erfüllung aller Beantragungsmodalitäten braucht es bereits im Voraus einen gewissen Personalaufwand, um die umfangreiche Vorarbeit leisten zu können.

⁴⁵ Landeshauptstadt Magdeburg (o.J.), in: <https://www.magdeburg.de/Start/B%C3%BCrger-Stadt/Seniorenpolitik-.php?object=tx,698.85.1&ModID=10&FID=37.933.1&NavID=37.367&ort=> , zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

- Die Antragstellung ist in Sachsen-Anhalt erst ab dem 01. Januar des jeweiligen Kalenderjahres möglich, die Bewerbungsfrist endet am 31. März. Der Antrag wird erst nach Verstreichen der Frist geprüft, damit sich auch andere Initiativen bewerben können. Danach dauert es von der Antragsprüfung bis zur Auszahlung des Geldes mehrere Wochen. Dementsprechend gibt diese Förderung keine Planungssicherheit. Die Gelder müssen für die ersten Monate vorgestreckt werden. Das ist für viele Institutionen, insbesondere kleine Vereine, nur unter großen Anstrengungen oder gar nicht zu leisten. Eine Garantie, dass der Antrag genehmigt wird, gibt es selbstverständlich nicht, weil sich auch andere Netzwerke bewerben können. Es muss also Geld vorgestreckt werden, dass bei einer Ablehnung nicht refinanziert werden kann, was gerade für die erwähnten kleineren Vereine ein großes Risiko darstellt.
- Die Beantragungsmodalitäten unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland. Es gibt zum Beispiel unterschiedliche Fristen zur Beantragung, Prüfung und Auszahlung. In Nordrhein-Westfalen kann der Antrag bereits zum 30. September des Vorjahres eingereicht werden⁴⁶, in Bayern bis spätestens zum ersten Werktag des Kalenderjahres⁴⁷, in Sachsen-Anhalt bis zum 31. März. Demzufolge herrscht eine Chancen-Ungleichheit zwischen den Bundesländern. Und je später die Frist ist, desto größer ist die Planungsunsicherheit. Zudem können laut Erfahrungsberichten anderer Netzwerke zwischen der Bewilligung und Auszahlung mehrere Monate vergehen. Darüber hinaus ist in manchen Bundesländern die Förderung auf eine bestimmte Anzahl an Folgejahren begrenzt. Dadurch ist auch der Fortbestand bereits bestehender Netzwerke ungewiss.

Weitere Finanzierungsquellen für Aktivitäten und die Koordination im Netzwerk können Förderprogramme von Land und Bund sein, wie z.B. die „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“⁴⁸, die Förderung zur Einrichtung einer „Selbsthilfekontaktstelle Pflege“⁴⁹ oder Fördermittel der Deutschen Fernsehlotterie im Baustein „Stark im Quartier!“⁵⁰. Für Netzwerke (in Gründung) ist es ratsam, für konkrete Projekte und Maßnahmen nach passenden

⁴⁶ Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz - Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW (2020), Informationsblatt I: Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI, in: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2020/06/Informationsblatt-I.-u%CC%88ber-die-Fo%CC%88rderung-regionaler-Netzwerke-nach-%C2%A7-45c-Absatz-9-SGB-X.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

⁴⁷ vdek-Landesvertretung Bayern (2018), Prüfkonzept der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern zur Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI, in: https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/netzwerkfrderung/_jcr_content/par/download_1633671944/file.res/Konzeptpr%3%bcfung%20der%20F%3%b6rderung%20nach%20%2a745c%20Abs.%209%20SGB%20XI.PDF, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

⁴⁸ Weitere Informationen finden Sie unter: BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (o.J.), in: <https://www.netzwerkstelle-demenz.de/bundesprogramm>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

⁴⁹ Weitere Informationen finden Sie unter: Land Sachsen-Anhalt (o.J.), in: <https://pflege.sachsen-anhalt.de/angebote-zur-unterstuetzung-in-der-pflege-selbsthilfe/selbsthilfe/>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021; Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. (o.J.), in: <https://www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/pflege-kontaktstellen/>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

⁵⁰ Deutsche Fernsehlotterie (o.J.), in: <https://www.fernsehlotterie.de/foerdern-engagieren/stark-im-quartier>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021

Förderquellen⁵¹ bzw. regelmäßig nach öffentlichen Ausschreibungen zu suchen. Dort werden auch die Förderregularien beschrieben. Bei Fragen können Beratungsstellen zur Förderung kontaktiert werden, wie beispielsweise BEQISA.

Aber auch bezüglich der anderen beiden oben genannten Förderungen blieben kritische Stimmen nicht aus. Kritisiert wurden z.B. auch hier die zu geringe Förderungshöhe, die fehlende Planungssicherheit aufgrund zeitlicher Begrenzung, schwierige Beantragungsmodalitäten und/oder ein hoher bürokratischer Aufwand. Vor allem die Bürokratie, die mit der Beantragung und Verwaltung von Fördermitteln einhergeht, wurde von vielen konsultierten Vertreter*innen anderer Netzwerke häufig unterschätzt. Zwei der befragten Netzwerke haben ihre Arbeit sogar eingestellt, da die Höhe der Förderung dem Aufwand der Nachweispflichten sowie der Netzwerkarbeit im Allgemeinen nicht gerecht wurde. Tritt dieser Fall ein, gehen etablierte Strukturen und geleistete Erfolge verloren, da sich die Netzwerkstrukturen bei Wegfall der Förderung wieder auflösen.

5.5. Gelingensfaktoren und Stolpersteine

Zum Gelingen eines lokalen Netzwerks tragen viele verschiedene Faktoren bei, die in Beziehung zueinanderstehen und sich gegenseitig verstärken können. Wenn es gelingt, Synergien zu nutzen und dadurch vorhandene Potenziale auszuschöpfen, erhöht dies die Wirksamkeit der Zusammenarbeit und letztendlich die Versorgung von älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen. Kooperationen auf lokaler Ebene anzustiften und zu etablieren, ist eine komplexe Angelegenheit, die die Handelnden immer wieder vor Herausforderungen stellt. Zu berücksichtigen sind die Eigeninteressen der (potenziell) Beteiligten, die Eigenlogiken in den beteiligten Branchen sowie lokale Mentalitäten.

Für die Wirksamkeit der Netzwerkarbeit ist die Auswahl der beteiligten Akteure entscheidend und damit die Frage, ob alle relevanten Akteure vertreten sind und welchen Einfluss sie in ihren jeweiligen Funktionen bzw. Positionen geltend machen können. Die Ressourcen, die vor Ort zur Verfügung stehen, sollten genutzt werden. Darunter fallen die Kontakte (das „Sozialkapital“) und bereits bestehende Kooperationen der Netzwerk Beteiligten. Selbstverständlich fällt das in einem Umfeld leichter, wo bereits ein gewisser „Geist der Zusammenarbeit“ existiert, sei es auch in anderen thematischen Zusammenhängen bzw. Themenfeldern.

Zur *frühzeitigen Einbindung der betroffenen und beteiligten Akteur*innen* hat es sich als hilfreich erwiesen, eine engagierte Ansprechperson zu ermitteln und dieser die Möglichkeit einer aktiven Mitwirkung zu geben. Diese kooperative Zusammenarbeit ermöglichte das

⁵¹ Vgl. FAPIQ (2017), Infoblatt Förderquellen, in https://www.fapiq-brandenburg.de/wp-content/uploads/2017/12/FAPIQ-Info_F%c3%b6rderquellen_Quartier_1117.pdf, zuletzt abgerufen am 16.01.2021

Nutzbarmachen umfangreichen Wissens von Expert*innen, eine ausgeglichene Arbeitsteilung und motivierte die Beteiligten, am Ball zu bleiben.

Es braucht gegenseitiges *Vertrauen*, um miteinander zu kooperieren. Schnelle, kleine positive Ergebnisse können diesen Prozess unterstützen. „*Ellenbogen-Mentalität*“ und *Konkurrenzdenken* erschweren eine offene Kommunikation untereinander und machen die Zusammenarbeit für einige Akteure schwer vorstellbar. Sie sehen sich in einem Konkurrenzverhältnis mit anderen „Wettbewerbern“, das entweder auf organisationaler oder auf persönlicher Ebene existiert bzw. als solches wahrgenommen wird. Bis vor wenigen Jahren konkurrierten Anbieter professioneller Pflege um neue „Kund*innen“. Durch die steigende Nachfrage nach pflegerischen Leistungen ist nunmehr die Verfügbarkeit von qualifizierten Arbeitskräften der limitierende Faktor in der Branche. Viele Pflegedienste schauen erst einmal auf sich, wie sie ihren Bedarf an Arbeits- bzw. Fachkräften befriedigen können. Der (strukturelle) Fachkräftemangel in der Pflege könnte zukünftig eine große Hürde für lokale Kooperationsstrukturen darstellen. Es braucht ausreichend Zeit, um unter diesen Bedingungen eine Arbeitsatmosphäre zu schaffen, die auf gegenseitiges Vertrauen und Empathie für die Situation der Partner gründet.

Es braucht eine Kommunikationskultur, in der die Beteiligten sich trauen, Probleme in der Zusammenarbeit offen und konstruktiv anzusprechen, interne Informationen, die auch für andere hilfreich sein könnten, zu teilen und einfach mal den Hörer in die Hand zu nehmen, um einen Kollegen in einer anderen Einrichtung um Rat zu fragen. Neben gegenseitiger Wertschätzung sind Kompromissbereitschaft und Teamgeist wichtige Erfolgsfaktoren.

Wichtig sind zudem eine *Verbindlichkeit* in der Zusammenarbeit und *Verantwortungsbewusstsein* für Aufgaben, die einzelne Netzwerkakteur*innen übernehmen. Dies wird gewährleistet durch regelmäßigen Austausch in Form von Treffen oder Videokonferenzen, an denen die Netzwerkpartner verbindlich teilnehmen. Die zeitlichen Abstände zwischen den einzelnen Treffen sollten nicht zu groß sein. Als eine Art Selbstverpflichtung ließe sich ein regelmäßiges Austauschformat in einer Kooperationsvereinbarung festhalten. In einer Kooperationsvereinbarung können überdies gemeinsame Ziele, (überprüfbare) Kriterien für die Zielerreichung und weitere Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit schriftlich definiert werden. Damit gibt sie der gemeinsamen Arbeit nicht nur einen verbindlichen Charakter, sondern definiert auch die Basis für die Arbeitsplanung(siehe auch Kapitel 5.2).

Die kooperative Zusammenarbeit vieler verschiedener Akteure bringt einige organisatorische Herausforderungen mit sich. Selbst hinter der Abstimmung von Netzwerkterminen steht ein nicht geringer Arbeitsaufwand. Im PiQ-Projekt dauerte es oftmals Wochen, bis ein passender Termin für die nächste Arbeitssitzung gefunden werden konnte. Die Gründe waren häufig Zeitknappheit, unterschiedliche, asynchrone Arbeitszeiten und Verpflichtungen der Beteiligten.

Für die organisatorischen Aufgaben eines Netzwerks sollte im Bedarfsfall über eine Stelle nachgedacht werden, die die Zusammenarbeit im Netzwerk moderiert und koordiniert. Für die Einrichtung einer solchen Netzwerkkoordinierungsstelle wird eine Institution benötigt, die bereit ist, die Stelle formal an ihre Strukturen anzubinden – insbesondere dann, wenn eine Netzwerkförderung beantragt werden soll, um die Zusammenarbeit im Netzwerk langfristig zu sichern (siehe Kapitel 5.4). Es kann von Vorteil sein, wenn sich für die Koordination eine neutrale Institution findet, die nicht selbst direkt in das Versorgungssystem involviert ist, wie beispielsweise die Kommune. Sie steht nicht in Konkurrenz mit den Netzwerkmitgliedern. Gerade in der Aufbauphase kann ein gewisses Maß an Neutralität zur Vertrauensbildung beitragen. Die Person, die das Netzwerk koordiniert, sollte im günstigsten Fall entsprechende Kompetenzen, Erfahrungen und Kontakte mitbringen. Wenn die Koordinierungsstelle bzw. ihr Träger nicht die notwendigen arbeitsorganisatorischen Voraussetzungen mitbringt, dann kann sich das negativ auf den Erfolg der Netzwerkarbeit auswirken. Wenn es der Koordinierungsstelle beispielsweise an Infrastruktur mangelt, die/der Koordinator*in nicht über ausreichend Kompetenzen verfügt oder das Personal häufig wechselt, können Spannungen mit den Netzwerkpartner*innen auftreten. Gleiches gilt, wenn der Träger seine Rolle in der Netzwerkstruktur nicht eindeutig geklärt hat.

Außergewöhnliche Ereignisse können die lokalen Vernetzungsbemühungen behindern. Dies wurde durch die Einschränkungen der COVID-19-Pandemie 2020/21 deutlich, die gravierenden Auswirkungen auf den Pflegesektor und dessen Risikogruppen hatte. Die professionelle Pflege musste in kürzester Zeit Maßnahmen ergreifen, um die Versorgung ihrer Klient*innen zu sichern und vor einer Infektion zu schützen. Der Aufbau eines Netzwerkes lebt mitunter vom persönlichen Kontakt, welcher allerdings durch das Infektionsgeschehen reduziert wurde. An Planung und Umsetzung von trägerübergreifenden Aktivitäten war angesichts der Herausforderungen, die sich konkret und kurzfristig stellten, für viele nicht zu denken. Allerdings verdeutlicht die Pandemie umso eindrücklicher, wie wichtig eine Zusammenarbeit ist, um mit Krisen und knappen Ressourcen umzugehen. Im PiQ-Projekt konnte alternativ zumindest auf digitale Ausweichformate zurückgegriffen werden, welche zum einen eine Chance für Netzwerkarbeit in Pandemiezeiten darstellen, da sie zeitweise die eigentliche Möglichkeit waren und sind, um in Kontakt zu treten. Gleichzeitig bergen Videokonferenzen Schwierigkeiten: neben technischen Unwägbarkeiten, wie einer instabilen Internetverbindung oder fehlender bzw. nicht funktionaler Ausstattung (Kamera, Mikrofon), wird auch der Grad der Partizipation vermindert. Es ist weniger verbindlich als ein persönliches Treffen und erschwert den Überblick darüber, wer wirklich aktiv mitwirkt. Vertrauen und Kennenlernen brauchen letztlich persönliche Nähe. Digitale Tools können das nur bedingt herstellen. Deshalb sieht das Projektteam sie eher als möglichen Kontaktweg, wenn Arbeitsbeziehungen bereits stabil sind.

6. Fazit

Mit dem Fachkonzept des PiQ-Projekts sollte exemplarisch an der Situation in Stendal gezeigt werden, welche Möglichkeiten sich bieten, die lokale Situation bei der Versorgung von Älteren und Pflegebedürftigen durch gemeinsames Engagement vor Ort zu gestalten – damit es auch zukünftig möglich bleibt, dass die Hilfebedürftigen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können; und damit sie und ihre Angehörigen die Informationen und die Unterstützung erhalten, derer sie bedürfen.

Auch wenn der Aufbau von Kooperationen bzw. lokalen Netzwerkstrukturen mit mancherlei Hindernissen, Widerständen und Unwägbarkeiten verbunden ist, kann nach mehr als zwei Jahren PiQ-Projektlaufzeit resümiert werden, dass der Aufbau lokaler, kooperativer Strukturen in Stendal eine wichtige und hoffentlich nachhaltige Initiative war. Das Projekt, das im Wesentlichen aus Kommunikation, Erfahrungsaustausch und der Zusammenarbeit von Akteuren bestand, die bisher nicht oder nicht in adäquater Form kooperierten, war von der erzwungenen sozialen Distanz durch die Corona-bedingten Einschränkungen besonders stark betroffen. Viele geplante und erwünschte Zusammenkünfte konnten nicht oder nicht in der erwünschten Form stattfinden, wurden zeitlich verschoben oder fielen ganz aus. Dies hat den Aufbau einer umfassenderen Struktur der Zusammenarbeit stark eingeschränkt.

Gleichwohl konnten eine Reihe von Ideen entwickelt und Aktivitäten angestoßen werden, die, so der optimistische Blick in die Zukunft, zu positiven Ergebnissen führen könnten. Die begonnenen Aktivitäten zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und der Vernetzten Pflegeberatung haben aus Sicht der Projektverantwortlichen die größten Aussichten darauf, weitergeführt zu werden. Ob es jedoch tatsächlich dazu kommt, hängt sehr stark davon ab, inwieweit es gelingt, auch zukünftig engagierte Personen und Organisationen zu finden, die bereit ist, das Heft in die Hand zu nehmen und den Prozess weiterzuführen.

Die Reflexion des Aufbauprozesses bzw. seine kritische Betrachtung hat manche Einsichten, viele Faktoren des Gelingens sowie eine Reihe an Stolpersteinen sichtbar werden lassen, die auch für (potenzielle) Netzwerker*innen, Vertreter*innen von Pflege- und Gesundheitsdiensten und kommunal Verantwortliche in anderen Regionen und Kommunen Sachsen-Anhalts von Interesse sein könnten. Ihnen soll das hier vorgelegte Fachkonzept zugleich Anregung und Ermutigung für ihren eigenen Weg sein.

Die Untersuchung lokaler Bedarfe hat offengelegt, wo aktuelle Probleme und Leerstellen bei der Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in Stendal liegen. Angesichts sich weiter verknappender Ressourcen auf Seiten derer, die für die Pflege Verantwortung übernehmen, also die Familien bzw. Angehörigen sowie die professionell Pflegenden, besteht aktuell großer Handlungsdruck, um die Versorgung auch zukünftig sicherzustellen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten perspektivisch neben technischen Pflege-Innovationen auch soziale Innovationen, wie kooperative Organisationsformen (z.B. in Netzwerke, Genossenschaften

o.ä.) oder alternative Modelle des Wirtschaftens, eine stärkere Rolle spielen als bislang. Kooperationen möglichst vielfältiger Stakeholder sind *ein* möglicher Weg, um mit den knappen Ressourcen effizient umzugehen und die Bedarfe der Hilfe- und Pflegebedürftigen im Zentrum des Handelns zu wahren. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben der Zusammenarbeit bedürfen der transdisziplinären Beteiligung aller Bereiche.

Quellenverzeichnis

4K | Kommunikation für Klimaschutz (o.J.): Schlüsselakteure bewegen kommunalen Klimaschutz, in: <http://schluesselakteure.de/>, zuletzt abgerufen am 05.01.2021.

AOK-Bundesverband GbR (o.J.), in: <https://www.pflege-navigator.de/>, zuletzt abgerufen am 13.01.2021.

Bach, Daniela (2020): Die Sorgen pflegender Angehöriger. Demenzkranke in der Corona-Krise, gefunden auf: <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-pflege-demenzkrank-angehoerige-100.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020

BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (o.J.), in: <https://www.netzwerkstelle-demenz.de/bundesprogramm>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2017): Neue Formen der Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Sektor, in: [https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000001?SID=2084822919&ACTIONxSESSxSHOWPIC\(BILDxKEY:%27igl_versefor_0003%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27\)](https://www.bestellen.bayern.de/application/eshop_app000001?SID=2084822919&ACTIONxSESSxSHOWPIC(BILDxKEY:%27igl_versefor_0003%27,BILDxCLASS:%27Artikel%27,BILDxTYPE:%27PDF%27)), zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Bertelsmann Stiftung (o.J./a): *STENDAL - DEMOGRAPHISCHER WANDEL - 2016 – 2018*, in: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/stendal+demographischer-wandel+2016-2018+2030+tabelle>, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

Bertelsmann Stiftung (o.J./b): *STENDAL, LK - BASISDATEN PFLEGEVORAUSBERECHNUNG - 2013 - 2030*, in: <https://www.wegweiser-kommune.de/statistik/stendal-lk+basisdaten-pflegevorausberechnung+anteil-pflegebeduerftige+2013-2030+balkendiagramm>, zuletzt abgerufen am 20.11.2020.

Borris, Simone (o.J.), in: <https://www.netzwerk-gute-pflege-magdeburg.de/>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021.

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2021): *Organisationshandbuch - Ursache-Wirkungs-Diagramm*, in: https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/Organisationshandbuch/6_Methoden-Techniken/63_Analysetechniken/632_Ursache-Wirkungs-Diagramm/ursache-wirkungs-diagramm-node.html, zuletzt abgerufen am 10.01.2021.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune*, S. 18, in: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/sorge-und-mitverantwortung-in-der-kommune/112210>, zuletzt abgerufen am 15.01.2021.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020): *Pressemitteilung - Akuthilfe für pflegende Angehörige beschlossen*, in <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen/155550>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

Dehne, Peter (2020): *Vortrag „Daseinsvorsorge im Wandel“, Fachtagung „Vier Jahre FAPIQ“, 28.11.2019 in Potsdam*, in: https://prezi.com/4nhfwwyqr9k9/daseinsvorsorge-im-wandel-fapiq_28nov19/?to-ken=c8edcf72087e3620b212c619f8e608e75be2647b50c598d675c1a0d73a13159a&utm_campaign=share&utm_medium=copy, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Landesverband Sachsen-Anhalt e.V. (o.J.), in: <https://www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/pflege-kontaktstellen/>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Deutsche Fernsehlotterie (o.J.), in: <https://www.fernsehlotterie.de/foerdern-engagieren/stark-im-quartier> , zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ) (2017): Infoblatt Förderquellen, in: https://www.fapiq-brandenburg.de/wp-content/uploads/2017/12/FAPIQ-Info_F%3b6rderquellen_Quartier_1117.pdf , zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ) (2018): *Den Aufbau alternsge-rechter Strukturen durch gemeinsames Handeln meistern: So geht's! Grundlagen zum Aufbau von regionalen Netzwerken im Land Brandenburg*, in: <https://www.fapiq-brandenburg.de/wp-content/uploads/2018/08/FAPIQ-Leitfaden-Netzwerke.pdf>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021.

Fachstelle Altern und Pflege im Quartier im Land Brandenburg (FAPIQ) (2021), in: <https://www.fapiq-brandenburg.de/>, zuletzt abgerufen am 24.01.2021.

Fach- und Koordinierungsstelle der Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz - Eine gemeinsame Initiative zur Strukturentwicklung der Landesregierung und der Träger der Pflegeversicherung NRW (2020): *Informationsblatt I: Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Absatz 9 SGB XI*, in: <https://alter-pflege-demenz-nrw.de/wp-content/uploads/2020/06/Informationsblatt-I.-u%CC%88ber-die-Fo%CC%88derung-regionaler-Netzwerke-nach-%C2%A7-45c-Absatz-9-SGB-X.pdf>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

GDI Brandenburg, Stadt Brandenburg an der Havel (o.J.), in: https://gdi.stadt-brandenburg.de/map-bender3/app.php/application/gdibrb_senioren, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Gesellschaft für Prävention im Alter (PiA) e.V. (o.J.), in: <https://www.beqisa.de/ueber-uns> zuletzt abgerufen am 22.01.2021.

Hallermann, Susanne (2017): PSG I, II, III. Wie geht es der Pflege? Erwartungen aus Sicht der pflegenden Angehörigen, in: https://deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2017/f-4448-17/hallermann_praesentationfinal.pdf, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Kaus, Monika (2020), Geschlossene Tagespflegeeinrichtungen – finanzieren pflegende Angehörige den Corona-Rettungsschirm?, gefunden auf: <https://www.deutsche-alzheimer.de/ueber-uns/presse/artikelansicht/artikel/geschlossene-tagespflegeeinrichtungen-finanzieren-pflegende-angehoerige-den-corona-rettungsschirm.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.

Land Sachsen-Anhalt (o.J.), in: <https://pflege.sachsen-anhalt.de/angebote-zur-unterstuetzung-in-der-pflege-selbsthilfe/selbsthilfe/>, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

Landeshauptstadt Magdeburg (o.J.), in: <https://www.magdeburg.de/Start/B%C3%BCrger-Stadt/Seniorenpolitik-.php?object=tx,698.85.1&ModID=10&FID=37.933.1&NavID=37.367&ort=>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Landkreis Hildesheim (2018): *Modellprojekt "Einbindung der Hausarztpraxen bei Demenz"*, in: <https://senioren-beratungsnetz-hildesheim.de/Quicknavigation/Startseite/Modellprojekt-Einbindung-der-Hausarztpraxen-bei-Demenz-.php?object=tx,2661.4&ModID=7&FID=2661.143.1&NavID=2661.1&La=1>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Landkreis Hildesheim (o.J.): *Machmits Infomobil*, in: <http://www.die-machmits.landkreishildesheim.de/Gut-zu-wissen/Weitere-Informationen/Machmits-Infomobil>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.

Landkreis Stendal (o.J.): *Örtliches Teilhabemanagement*, in: <https://www.landkreis-stendal.de/de/teilhabe.html>, zuletzt abgerufen am 22.01.2021.

- Meyer, Annabel (2019): *Pflegesystem würde ohne pflegende Angehörige zusammenbrechen*, in: <https://www.finanzen.de/news/pflegesystem-wuerde-ohne-pflegende-angehoerige-zusammenbrechen>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.
- M.F.G. Pengueen UG (2021), in: <https://www.pengueen.de/>, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.
- Michaelis, Dirk et al. (2020): *Kreisentwicklungskonzept - Landkreis Stendal 2030*, in: https://www.landkreis-stendal.de/de/datei/anzeigen/id/1007056,1037/entwurf_2030.pdf, zuletzt abgerufen am 22.01.2021.
- Microsoft Corporation (2021): in: <https://www.microsoft.com/de-de/microsoft-365/microsoft-teams/group-chat-software>, zuletzt abgerufen am 12.01.2021.
- Pöpl, Michael (2019): Die unsichtbare Not. Pflegende Beschäftigte werden häufig alleingelassen. Das Thema darf in Betrieben kein Tabu mehr sein, gefunden auf: <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/pflege-von-angehoerigen-die-unsichtbare-not/24098920.html>, zuletzt abgerufen am 27.07.2020.
- Pusch, Thomas (2019): *Stendal verliert immer mehr Einwohner*, in: <https://www.volksstimme.de/lokal/stendal/verlust-stendal-verliert-immer-mehr-einwohner>, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.
- Schelisch, Lynn und Ricarda Walter (2020): *Digitale Vernetzung in der ambulanten Versorgung älterer Menschen. Untersuchung von Fallbeispielen. Abschlussbericht des Forschungsvorhabens „Digitale Vernetzung in Wohn- und Versorgungsformen für ältere Menschen“*, in: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Wohnen/Wohnen_Dokumente/Bericht_DigitaleVernetzung2020.pdf, zuletzt abgerufen am 17.01.2021.
- Sozialstiftung Bamberg (2021): *Geriatrische Versorgungskette*, in: <https://www.sozialstiftung-bamberg.de/ueber-die-sozialstiftung/uebergreifende-vernetzung-wenn-sie-uns-brauchen/geriatrische-versorgungskette/>, zuletzt abgerufen am 27.01.2021.
- Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021a): *Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt*, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de> (zuletzt abgerufen am 20.01.2021).
- Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021b): *Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt – Themenfeld Alter*, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/wissen/alter/>, zuletzt abgerufen am 20.01.2021.
- Staatskanzlei und Ministerium für Kultur Sachsen-Anhalt (2021c): *Pflege im Quartier: heute und morgen/Entwicklung eines Handlungsleitfadens*, in: <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/soziale-innovationen-und-projekte/pilotprojekte/pflege-im-quartier-entwicklung-eines-handlungsleitfadens/>, zuletzt abgerufen am 11.01.2021
- Stackfield GmbH (2021), in: <https://www.stackfield.com/de/>, zuletzt abgerufen am 12.01.2021.
- Statistisches Bundesamt (2020): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Ländervergleich - Pflegebedürftige 2019*, in: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegebeduerftige-5224002199004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.
- Statistisches Bundesamt (2021): *Pflegestatistik 2019 – Grafiken – Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2019*, in: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html;jsessionid=91C75C876B069F476F479FA2944C6CCE.live741#sprg234062, zuletzt abgerufen am 21.01.2021.

vdek-Landesvertretung Bayern (2018): *Prüfkonzept der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern zur Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI*, in:
https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/netzwerkfrderung/_jcr_content/par/download_1633671944/file.res/Konzeptpr%3%bcfung%20der%20F%3%b6rderung%20nach%20%2a745c%20Abs.%209%20SGB%20XI.PDF, zuletzt abgerufen am 16.01.2021.

web care LBJ GmbH (2021): *Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III*, in:
<https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/pflegestaerkungsgesetze/>, zuletzt abgerufen am 20.01.2021.

Anhangverzeichnis

Anhang 1: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse – Hilfe- und Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige

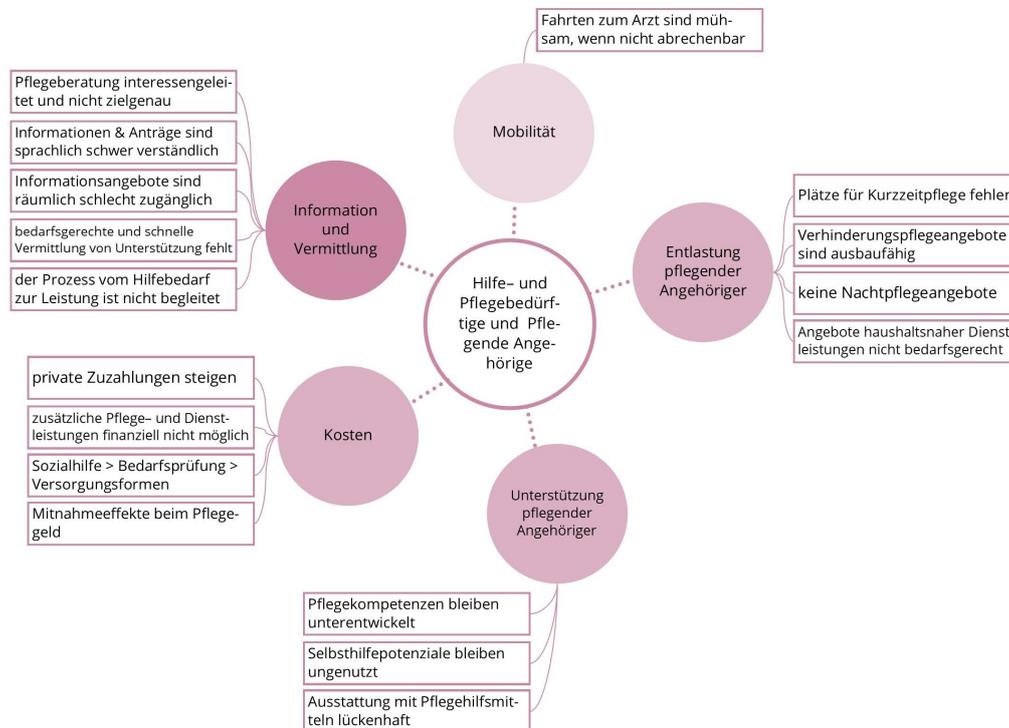
Anhang 2: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse – Professionelle Pflege

Anhang 3: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse – Nachbarschaft und soziales Umfeld

Anhang 4: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse – Wohnen

Anhang 5: Förderung regionaler Netzwerke nach § 45 c Abs.9 SGB XI

Anhang 1: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse Hilfe- und Pflegebedürftige sowie pflegende Angehörige



INFORMATION UND VERMITTLUNG

- unzureichende Informationen für Betroffene
 - gilt insbesondere in Akut- bzw. Notsituationen
 - mangelnde (räumliche und sprachliche) Zugänglichkeit zu Informationen
 - * räumlich: die Wege zur Hilfe sind oft recht weit und mühsam, die insbesondere für Alleinstehende kaum zu bewältigen sind
 - * sprachlich: Anträge sind zu kompliziert, Informationen werden mitunter falsch verstanden
 - keine unabhängige Pflegeberatung zu den Leistungsansprüchen und Gestaltungsmöglichkeiten
 - * Beratung ist von Kasse zu Kasse unterschiedlich: kein einheitliches System, keine standardisierten Dokumente
 - * Kassen und Pflegedienste agieren auch interessengeleitet
 - * Rolle des Landkreises ist nicht bekannt
 - * Ratsuchende bekommen häufig nicht die umfassenden Informationen über ihnen zustehende Leistungen
- Beratungen sind für die Pflegedienste aufwendig und kostenintensiv
 - nicht jeder Mitarbeitende kann beraten, dafür braucht es spezifische Kompetenzen und Erfahrungen
- bedarfsgerechte und schnelle Vermittlung von Unterstützungs- und Informationsangeboten ist ausbaufähig
 - es fehlen ehrenamtliche Vermittler auf kleinräumiger Ebene (Gemeinde, Stadtteil), die selbst nicht beraten, aber zu den vorhandenen Angeboten vermitteln können
 - niederschwellige Angebote werden zu wenig kommuniziert
- Prozessbegleitung bei auftretenden Problemen (Einschränkungen, Hilfebedarf) bis zur Unterstützung durch professionelle Pflege oder andere Unterstützer

ENTLASTUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

1. Kurzzeitpflegeplätze sind sehr schwer zu finden
 - Ursache: unzureichende Finanzierung von vorgehaltenen Kapazitäten, deshalb bevorzugen die Träger Langzeitpflegeplätze; schwierige Planbarkeit der Auslastung
 - Angehörige reservieren Kurzzeitpflegeplätze bereits 1 Jahr im Voraus
2. es fehlen Angebote für Verhinderungs- und Nachtpflege
3. abgerechnete Entlastungsangebote kommen mitunter nicht vollständig an
4. es werden mehr bedarfsgerechte Angebote von haushaltsnahen Dienstleistungen benötigt

KOSTEN

1. finanzielle Mittel der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen sind oft gering
2. bei Altersarmut übernimmt die Sozialhilfe
 - barrierefreier Wohnraum sowie technische Hilfsmittel können weniger in Anspruch genommen werden, weil kostenintensiver
 - Wohnraum, auch in Wohngemeinschaft, wird auf Bedarf und Angemessenheit geprüft und vereinzelt als zu groß eingeschätzt; Folge: Umzug in eine stationäre Einrichtung
3. Kosten für zusätzliche Pflege und Dienstleistungen können nicht privat übernommen werden
4. Mitnahmeeffekte beim Pflegegeld in den Familien; Geld ist Haushaltseinkommen und wird nicht für die Pflege eingesetzt

UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

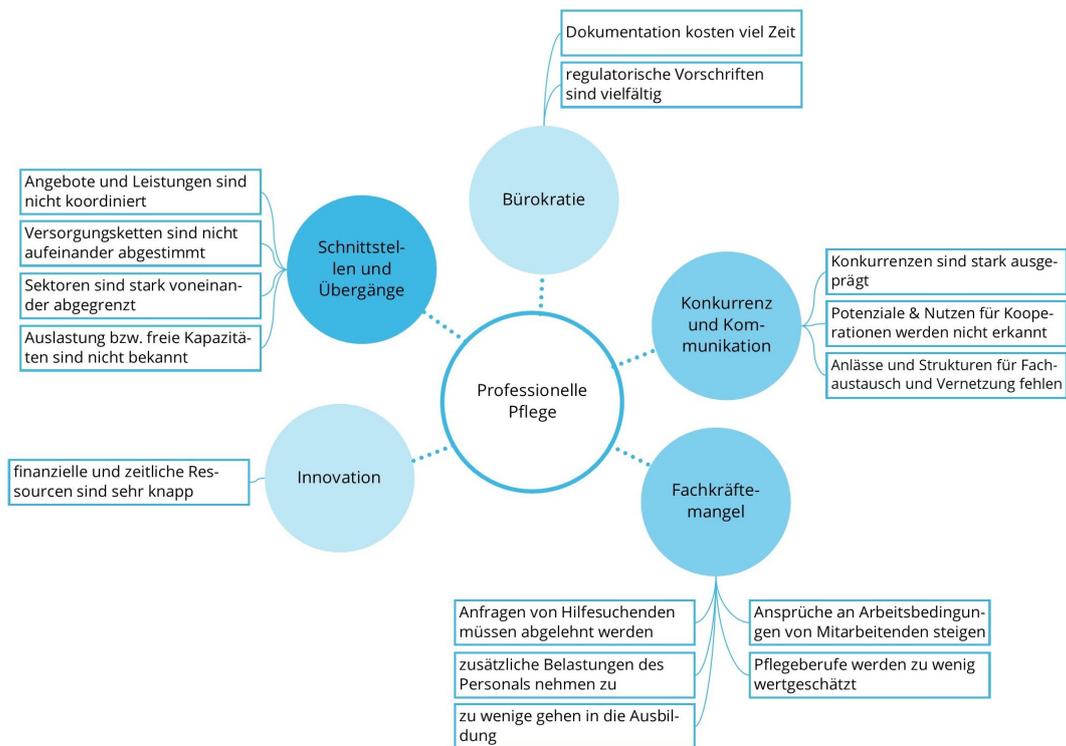
1. Kompetenzen von Angehörigen, insbesondere von "Pflegeneulingen", könnten gezielter gefördert werden
 - gesammelte Erfahrungen und Wissen werden unter den pflegenden Angehörigen kaum weitergegeben
 - Kurse und Schulungen der Kassen haben viel mit Pflegehandlungen zu tun, hingegen braucht es mehr emotionale Stabilisierung (Demenz)
2. Selbsthilfe der Betroffenen könnte gestärkt werden
3. die Ausstattung an Pflegehilfsmitteln ist häufig nicht ausreichend

MOBILITÄT

1. Fahrten zum Arzt, Apotheke usw.: wenn nicht über die Kassen finanziert, dann können die Fahrten aufwendig (ÖPNV) und kostenintensiv sein (Taxi)
2. Hindernisse im öffentlichen Raum (Schwellen, Barrieren, fehlende Übergänge) schränken die Bewegungsmöglichkeiten ein

Anhang 2: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse

Professionelle Pflege



SCHNITTSTELLEN UND ÜBERGÄNGE

1. fehlende Koordination von Leistungen und Angeboten
 - vieles steht nebeneinander, ohne dass es aufeinander bezogen ist
2. Schnittstellen bzw. Übergänge in den Versorgungsketten sind zu wenig aufeinander abgestimmt
 - z.B. die Zusammenarbeit mit Sozialdienst des Krankenhauses könnte verbessert werden
 - Überleitungen sind zu wenig standardisiert
3. Sektoren sind stark voneinander abgegrenzt
4. geringer Informationsaustausch, um Auslastungskapazitäten anzuzeigen oder Anfragen bzw. Aufträge untereinander abzustimmen

KONKURRENZ UND KOMMUNIKATION

1. starke, verfestigte Konkurrenzen
 - um Kunden
 - neuerdings stärker um geeignete Mitarbeitende bzw. Fachkräfte
2. Unterschiede in der Selbstwahrnehmung und der Wahrnehmung der anderen Pflegedienste
 - sich selbst schätzt man als kooperationsbereit ein, den anderen wird mangelnde Kooperationsbereitschaft attestiert
3. Potenziale für gemeinsames Arbeiten werden oft nicht erkannt
 - Pflegedienste wissen nicht, wo sie kooperieren sollen
4. regelmäßiger Fachaustausch und Vernetzung fehlt
 - es existieren kaum Strukturen oder Anlässe
 - Pflegestammtisch, koordiniert durch die Agentur für Arbeit, kommt einmal im Jahr zusammen

FACHKRÄFTEMANGEL

1. keine ausreichende Entlohnung von professionell Pflegenden
2. mangelnde Wertschätzung für Pflegeberufe
3. Anfragen von Hilfebedürftigen müssen abgelehnt werden, da Belastungsgrenzen erreicht sind

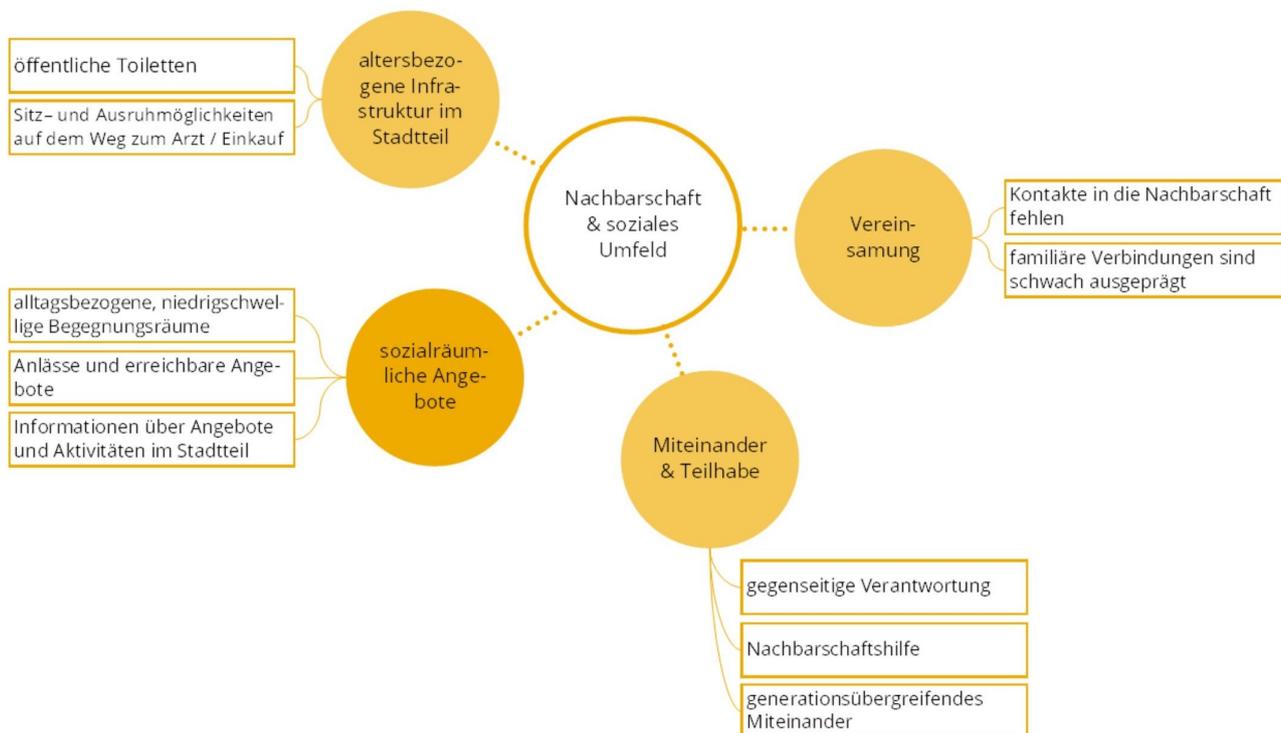
SONSTIGES

1. viel Bürokratie & vielfältige regulatorische Vorschriften
2. fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen und Kompetenzen für zusätzliche, zukunftsfähige Angebote

4. zu wenige Menschen nehmen eine Ausbildung in den Pflegeberufen auf
5. Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung und Personalentwicklung werden nicht ausgeschöpft

Anhang 3: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse

Nachbarschaft und soziales Umfeld



SOZIALRAUMBEZOGENE ANGEBOTE

1. offene Begegnungsräume
 - Gemeinschaftsräume (Keller)
 - Werkstatt f. Kleinreparaturen
2. Anlässe & passende, erreichbare Angebote
 - Spazieren
 - Handarbeit
 - Infovorträge (Pflege, Patientenrechte usw.)
 - Sport
 - Kunst
 - Wanderungen
 - Kochen
 - gemeinschaftliches Gärtnern
3. Information über Unterstützungsangebote in der Nachbarschaft
 - Schaukasten, Infotafel

MITEINANDER UND TEILHABE

1. mehr Nachbarschaftshilfe und gegenseitige Verantwortung
2. mehr generationsübergreifendes Miteinander
3. besseres Zusammenbringen von Hilfebedarfe und Hilfsbereitschaft
 - Hilfe geben leichter als Hilfe annehmen
4. höhere Mobilisation der Nachbarschaft
5. mehr Informationen über Möglichkeiten sich zu engagieren
6. mehr Vernetzung unter den Mieter/innen
7. mehr Integration zwischen neuen und alten Mietern

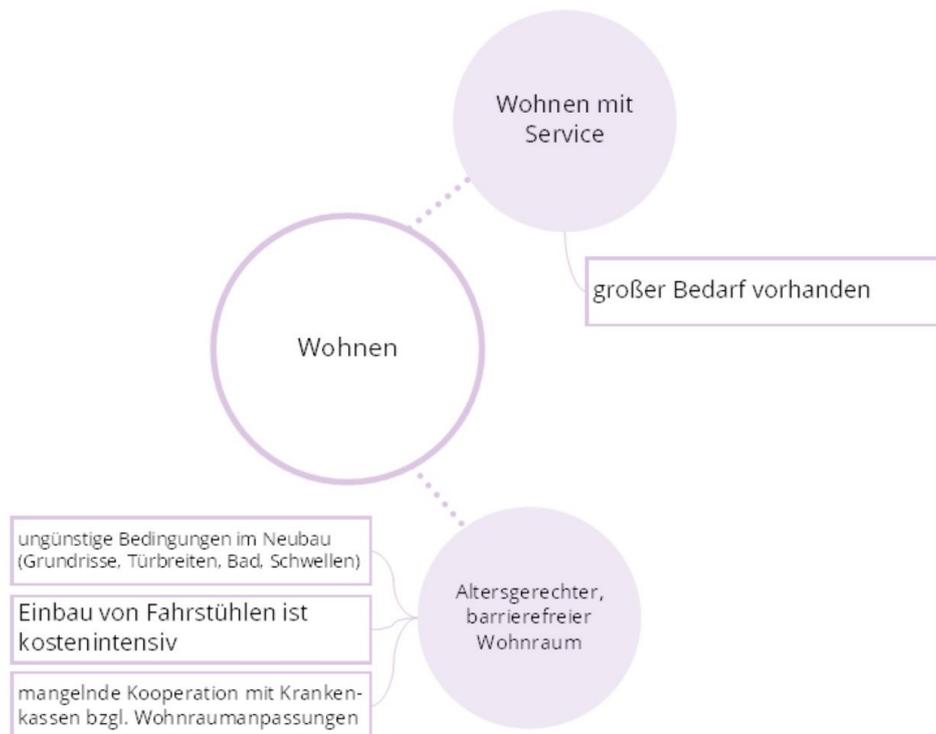
VEREINSAMUNG

1. zunehmende Zahl alleinlebender Älterer
 - insbesondere „Risikogruppe“ alleinstehende Männer
 - Wie lässt sich im Bedarfsfall Hilfe nachbarschaftliche organisieren?
2. zunehmend fehlende familiäre Kontakte
 - aufgrund veränderter Familienstrukturen und hoher Abwanderungszahlen von zumeist Jüngeren in dne 90er & 2000er Jahren

ALLTAGSBEZOGENE INFRASTRUKTUR IM STADTTEIL

1. Sitzbänke
2. öffentliche Toiletten

Anhang 4: Ergebnisse der Bedarfs- und Problemanalyse Wohnen



WOHNRAUM

1. Mangel an altersgerechtem, barrierefreiem Wohnraum
 - ungünstige Wohnraumstrukturen in Neubau-
blöcken: Grundrisse, Türbreiten, kleine innen-
liegende Bäder, Schwellen
 - Einbau von Fahrstühlen nicht überall sinnvoll
(halbe Treppen) und kostenintensiv
 - höhere Mietpreise für angepasste Wohnun-
gen können von vielen Interessenten nicht
bezahlt werden
 - mangelnde Kooperation mit den Krankenkas-
sen bzgl. Wohnraumanpassung

WOHNEN MIT SERVICE

1. Nachfrage nach Angeboten zum Wohnen mit
Service ist größer als das Angebot

SONSTIGES

1. geeignete Wohnformen für demenziell Erkrank-
te
2. bezahlbarer Wohnraum
3. altersgerechte Wohnumfeldgestaltung

Anhang 5: Förderung regionaler Netzwerke nach § 45 c Abs.9 SGB XI

Was wird gefördert?

Gefördert werden „selbstorganisierte regionale Netzwerke (...), die der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen¹.“

Fördermittelgeber:

Die Auszahlung erfolgt über die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Fördervolumen:

Es stehen **20.000 Euro** pro Jahr UND (Land-) Kreis oder kreisfreie Stadt zur Verfügung. Das heißt, wenn mehrere Träger aus einem/r Landkreis/Stadt eine Bewilligung erhalten, werden die 20.000 Euro aufgeteilt.

Beantragungsmodalitäten:

1. Ansprechpartner

In Sachsen-Anhalt wird der Antrag an die folgende Adresse geschickt

AOK Sachsen-Anhalt

4.0 Frau **Sylvia Berlin**

39084 Magdeburg

2. Beantragungsfrist

Stichtag in Sachsen-Anhalt ist der **31. März des Kalenderjahres**, für das die Fördermittel beantragt werden.

3. Einzureichende Unterlagen:

- Anschreiben
- Netzwerksteckbrief
- Ausgaben- und Finanzierungsplan für das Förderjahr
 - Personalkosten (hauptamtlich angestellte Fachkräfte)
 - Sachkosten (Fortbildung von Netzwerkpartnern, Öffentlichkeitsarbeit, Miete, Versicherungsschutz, Büro- und Geschäftsbedarf/ Telekommunikation, sonstige Aufwendungen).
 - Andere dem Netzwerk zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (z. B. kommunale Fördermittel/Spenden, Eigenmittel).

¹ Vgl. <https://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/wir-ueber-uns/foerderung.html> (aufgerufen am 18.01.2021)

- Kurzkonzept (maximal 2 Seiten)
- Nachweis der Organisation (z. B. Auszug aus dem Handelsregister, Vereinsregister, etc.)
- Kopie der Kooperationsvereinbarung
 Inhalt: beteiligte Akteure, Ziele, Inhalte, Durchführung, Kosten, Beginn
 In Sachsen-Anhalt sind anfänglich zwei bis drei Kooperationspartner ausreichend. Die Vergrößerung des Netzwerks um weitere Partner kann als mögliches Ziel beschrieben werden.
- Nachweis eines Qualitätsmanagements (Kurzbeschreibung, wie die Qualität sichergestellt werden soll z.B. über die regelmäßige Dokumentation von Prozessen und die Einreichung eines Verwendungsnachweises/Jahresberichtes einmal im Jahr)
- Stellungnahme des Landkreises/der kreisfreien Stadt zu einer möglichen Beteiligung am Netzwerk
 Diese muss in Sachsen-Anhalt keinen großen Umfang haben, ein kurzes Anschreiben genügt. Es geht lediglich darum, dass der Landkreis/die kreisfreie Stadt als Teil des Versorgungssystems mit in den Entscheidungsprozess eingebunden ist.

Prüfung und Auszahlung:

Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden **innerhalb von drei Monaten ab dem Stichtag**, stellen die entsprechenden Bescheide aus, ob gefördert wird oder nicht und veranlassen bei einem Förderbescheid die Auszahlung.

Nachweispflichten:

Ein Verwendungsnachweis ist bis zum **31. März des Folgejahres** vorzulegen.

Gut zu wissen:

Bei der Ansprechperson der Kassen können folgende Dokumente und Angaben erfragt werden:

- Netzwerksteckbrief
- „Allgemeinen Nebenbestimmungen“: Hierin findet man Details darüber, welche Kosten förderfähig sind und was z.B. zu „sonstigen Aufwendungen“ gehört.
- Umfang des einzureichenden Konzeptes
- Art und Umfang des Qualitätsmanagements
- Art und Umfang der Stellungnahme des Landkreises/der kreisfreien Stadt
- Art und Umfang des Verwendungsnachweises/Jahresberichtes

Nicht verwendete oder nicht zulässig verwendete Mittel sind an das Bundesversicherungsamt zurückzuzahlen.

Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung hatte in Sachsen-Anhalt noch kein Netzwerk den Antrag gestellt.

Gesetzesgrundlage:

Es gelten die gesetzlichen Regelungen des § 45c Abs. 9 SGB XI sowie die „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, ehrenamtlichen Strukturen der Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI sowie zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c SGB XI Abs. 9 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 05.12.2016“².

Weiterführende Links:

Weitere Informationen wie Ansprechpartnerinnen der Pflegekassen sind auf der folgenden Seite zu finden: <https://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/wir-ueber-uns/foerderung.html> (zuletzt abgerufen am 18.01.2021)

Ein Musteranschreiben für das Land Sachsen-Anhalt ist hier zu finden:

https://pflege.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Schulung/Dokumente-Agentur/Antragsunterlagen_Foerderung_Pflegekassen/Netzwerk_Antrag-45c.pdf (zuletzt abgerufen am 18.01.2021)

² Vgl. https://www.pflegeberatung-sachsen-anhalt.de/images/foerderung/Empfehlungen_45cd_SGB-XI.pdf (aufgerufen am 18.01.2021)