

Die Praxis des Care Managements in Vorarlberg

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Carmen Miller

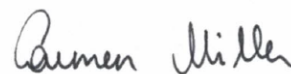
51807391

Begutachterin: Mag. Stefanie Kuso, Bakk.

Fraxern, Mai 2020

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Armin Müller'. The script is cursive and somewhat stylized.

17.05.2020

Unterschrift

Abstract

Netzwerke stellen eine Form von zwischenbetrieblichen Kooperationen dar, in denen durch zusammengelegte Ressourcen und abgestimmte Handlungen Vorteile gegenüber der Erbringung von Einzelleistungen erzielt werden können. Gerade im Gesundheitsbereich bietet die Organisationsform Netzwerk große Vorteile. Auf der Ebene der Leistungsanbieter wurde im Bundesland Vorarlberg Care Management als Instrument für die Vernetzung flächendeckend implementiert.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Praxis des Care Managements in Vorarlberg. Die Grundlage der Bewertung bilden fünf problemzentrierte Interviews, deren Inhalte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen, dass viele der in der Bachelorarbeit I identifizierten Erfolgsfaktoren für Vernetzung in den analysierten Planungsregionen bereits gelebte Praxis sind. Bei einzelnen Faktoren ist eine Weiterentwicklung des Systems als sinnvoll und ratsam zu erachten. Aufgrund der großen Unterschiede in den einzelnen Planungsregionen lässt die durchgeführte Forschungsarbeit keine Rückschlüsse auf die restlichen Planungsregionen zu.

Schlüsselbegriffe: Care Management, Vernetzung, Erfolgsfaktor, Vorarlberg

Abstract

Networks represent a form of inter-company cooperation in which advantages can be achieved compared to the provision of individual services through pooled resources and coordinated actions. In the health sector in particular, the organizational form of network offers great advantages. At the level of service providers, care management was implemented across Vorarlberg as an instrument for networking.

The present work deals with the practice of care management in the Austrian province of Vorarlberg. The assessment is based on five problem-centered interviews, the content of the interviews was evaluated using Mayring's qualitative content analysis.

The results show that many of the success factors for networking identified in Bachelor thesis I are already in practice in the analyzed planning regions. Further development of the system ist useful and advisable for individual factors. Due to the large differences in the individual planning regions, the research does not allow any conclusions to be drawn in regards to the remaining planning regions.

Key words: care management, networking, success factor, Vorarlberg

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Forschungsfragen.....	4
1.2	Zielsetzung der Arbeit.....	4
1.3	Aufbau der Arbeit.....	4
2	Methoden	6
2.1	Erhebung	6
2.1.1	Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner.....	8
2.1.2	Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens.....	9
2.1.3	Vorbereitung und Durchführung der Interviews	10
2.1.4	Transkription	12
2.2	Auswertung.....	13
2.2.1	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	13
2.2.2	Kategorienbildung	16
2.2.2.1	Deduktive Kategorienanwendung.....	16
2.2.2.2	Induktive Kategorienbildung.....	17
2.2.2.3	Ergebnis der Analyse.....	18
3	Ergebnisse	21
3.1	Oberkategorie 1: Ansiedlung Care Management.....	21
3.2	Oberkategorie 2: Aufgaben des Care Managements.....	22
3.2.1	Hauptaufgaben.....	22
3.2.2	Schwerpunkte in der Tätigkeit.....	23
3.3	Oberkategorie 3: Netzwerkpartner	24
3.3.1	Vernetzte Leistungsanbieter.....	24
3.3.2	Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten	25
3.3.3	Beteiligung von Betroffenen	26
3.3.4	Entlassungsmanagement.....	27
3.4	Oberkategorie 4: Aktivitäten.....	27
3.4.1	Gesetzte Aktivitäten	27
3.4.2	Rhythmus der Absprachen.....	28
3.4.3	Schriftliche Rahmenbedingungen	28
3.4.4	Digitale Vernetzung.....	29
3.5	Oberkategorie 5: Faktoren für gelingende Zusammenarbeit	29

3.5.1	Systembezogene Faktoren	29
3.5.2	Personenbezogene Faktoren	30
3.5.3	Herausforderungen in der Zusammenarbeit.....	31
3.6	Oberkategorie 6: Beurteilung aktuelle Lage.....	32
3.6.1	Positive Faktoren	32
3.6.2	Entwicklungspotenziale	33
4	Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen..	35
5	Schlussfolgerung und Ausblick	40
	Literaturverzeichnis.....	42
	Abbildungsverzeichnis.....	44
	Tabellenverzeichnis	45

1 Einleitung

Manche Anreizsysteme im Gesundheitswesen bringen es mit sich, dass teilweise ökonomische Entscheidungen getroffen werden, die wohl aus Sicht der Einzelorganisation vorteilhaft sind, bezogen auf die Gesamtsituation jedoch zu Ineffizienzen und suboptimalen Versorgungssituationen führen (Angerer, Liberatore, & Schmidt, 2017, S. 2).

Dies zeigt sich in der Praxis beispielsweise durch leistungsorientierte Finanzierungsmodelle. Solche Finanzierungsformen können zur Folge haben, dass Einzelorganisationen ihr Hauptaugenmerk auf die Maximierung ihrer Leistungsstunden legen, und dadurch das Patientenwohl in den Hintergrund rückt. Auch ist es für einzelne Organisationen schwierig, einen Überblick über die verschiedenen Leistungen und Angebote im Gesundheitsbereich zu behalten.

In der Organisationsform Netzwerk, welche neben einigen anderen Modellen eine Form der zwischenbetrieblichen Kooperation darstellt, soll durch die Zusammenlegung von Ressourcen und durch die Abstimmung von Handlungen ein Wettbewerbsvorteil gegenüber der Selbsterstellung einer Leistung erzielt werden (Knop, 2009, S. 24).

Im Netzwerk der Leistungsanbieter soll eine Kombination von einzelnen Angeboten erfolgen, sodass diese Leistungspakete schlussendlich tatsächlich zur Problemlage der betroffenen Person passen. Diese Vorgangsweise entlastet die Betroffenen davon, einzelne Angebote selbst zusammenzustellen und auf die individuelle Situation anzupassen (Huchler, et al., 2019, S. 138).

Weil Netzwerkarbeit im Gesundheitsbereich oftmals als nicht vollkommen unproblematisch beschrieben wird, wurde in der Bachelorarbeit I (Miller, 2020, S. 19ff.) gezielt nach Faktoren geforscht, welche einen wichtigen Beitrag für gelingende Netzwerkarbeit in diesem Feld leisten können. Es konnten neun Erfolgsfaktoren identifiziert werden, die nachfolgend kurz beschrieben werden.

1. Kooperativen Mehrwert schaffen

Durch die Bildung eines kooperativen Mehrwertes können Synergieeffekte geschaffen werden. Für die Netzwerketeiligten entsteht dadurch die Erwartung nach einer verbesserten Gesamtleistung, nach dem Zugang zu unterschiedlichen Ressourcenquellen, nach Verringerung des Konkurrenzdruckes und nach einer Steigerung des Wissenstransfers. Eine gemeinsame Vision unterstützt die Beteiligten

dabei, das gemeinsame Ziel auch in schwierigen Zeiten nicht aus den Augen zu verlieren (Porschen-Hueck, Wehrich, & Huchler, 2018, S. 245).

2. Einbeziehung von Patientinnen und Patienten

Damit Patientinnen und Patienten ihren Beitrag zum „Gesund-werden“ leisten können, sollen sie direkt am Gesundheitsnetzwerk beteiligt werden. Sie erhalten dadurch bessere Informationen und erlangen die Möglichkeit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Hildebrandt, Stunder, Wetzel, & Gröne, 2016, S. 67).

3. Interaktive Koordination im Netzwerk

Interaktive Netzwerkkoordination beschreibt die Kooperation gleichberechtigter und selbstständiger Leistungsanbieter, welche die gemeinsame Fallbearbeitung in den Vordergrund stellen, gleichzeitig jedoch ihre eigenen Interessen möglichst wahren (Huchler, et al., 2019, S. 140). Die Basis dafür bilden ein gemeinsamer Erfahrungsprozess zur Schaffung einer Vertrauensbasis, die Verfolgung eines gemeinsamen Zieles und eine besondere Arbeitsgestaltung (Huchler, et al., 2019, S. 133). Als weiteren Faktor für das Gelingen der Netzwerkkoordination werden Schlüsselpersonen gesehen, welche eine individuelle Motivation aufweisen und die Chance auf Mitgestaltung für sich entdeckt haben (Huchler, et al., 2019, S. 133).

4. Entlassungsmanagement

Besonders für das Behandlungsergebnis bei chronisch schwerkranken Menschen ist ein reibungsloser Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung in Form eines erfolgreichen Entlassungsmanagements ein wesentlicher Erfolgsfaktor (Scholz, Cifrain, & Richter, 2016, S. 109ff.). Im Optimalfall beinhaltet funktionierendes Entlassungsmanagement die rechtzeitigen Informationen zur Entlassung sowie eine sorgfältige Einschulung aller Beteiligten in der häuslichen Versorgung (Scholz et al., 2016, S. 115).

5. Grenzmanagement

Leistungsanbieter stehen in Gesundheitsnetzwerken der Herausforderung gegenüber, einerseits ihre eigene Organisation zu vertreten und andererseits eine gemeinsame Netzwerkidentität zu entwickeln. Grenzmanagement stellt dabei eine Hilfe zur Entwicklung dynamischer Identitäten dar (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 237f.). Im Netzwerk soll einem dynamischen Grenzmanagement gegenüber einer

vertikalen Grenzziehung Vorrang gegeben werden (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 247).

6. Besetzung von Schlüsselpositionen

Der Netzwerkarbeitsplatz ist eine relevante Position, deren Besetzung auch mit Macht zu tun hat. Sie verlangt spezielle Kompetenzen wie beispielsweise Interaktions- und Koordinationskompetenz. Genauso gefragt sind die Fähigkeiten, Spielräume zu kommunizieren und durch Einbezug von Partnerinnen und Partnern Vertrauensverhältnisse zu schaffen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 248).

7. Kommunikation auf Augenhöhe

In Gesundheitsnetzwerken gelten jene Führungsansätze als erfolgreich, welche mit Überzeugung, Motivation und Einsicht arbeiten. Um positive Effekte bei Effizienz und Fehlervermeidung zu erzielen, ist es notwendig, die individuellen Fähigkeiten der einzelnen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner zu berücksichtigen und als gleichwertig zu betrachten. Kommunikation auf Augenhöhe mit allen am Netzwerk Beteiligten gilt dabei als Erfolgsfaktor (Hildebrandt et al., 2016, S. 67f.).

8. Räumliche Nähe der Akteure

Die räumliche Nähe der Akteure bietet in der Netzwerkarbeit den Vorteil, dass Beteiligte sich eventuell bereits kennen oder leichter kennenlernen können. Auch persönliche Treffen sind einfach umzusetzen. Die räumliche Nähe bildet demnach das Fundament für den Aufbau von vertrauensvollen persönlichen Beziehungen, welche sowohl beim Aufbau von Netzwerken als auch bei deren Aufrechterhaltung ein wesentlicher Faktor sind (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 242f.).

9. Digitalisierung

Die Schaffung einer Online-Plattform, welche allen Netzwerkmitgliedern gemeinsam für die Abstimmung und Koordination der Netzwerkaktivitäten zur Verfügung steht, wird als zentrales Element der Netzwerkarbeit gesehen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 248f.). Weiters wird auch die Koppelung der Anwendungssysteme einzelner Leistungsanbieter als wichtiger Impulsbringer für die gemeinsame Arbeit im Netzwerk gesehen (Munshi, Heinze, Merzweiler, & Bergh, 2016, S. 85f.).

Als Instrument für die Vernetzung der Leistungsanbieter im Gesundheitsbereich wurde im Bundesland Vorarlberg das Care Management flächendeckend in 19 Planungsregionen etabliert. Care Management wird hier gesehen als „der Aufbau, die Planung

und die Steuerung einer weitestgehend verbindlichen, standardisierten und aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit professioneller und freiwilliger Akteure in der Region, die Hilfe anbieten und die für den Einzelfall koordiniert abgestimmt werden können.“ (Herburger, et al., 2017, S. 8).

Während also Care Management die Schaffung von regionalen und organisationsübergreifenden Netzwerken anstrebt, wird im Bereich des Case Managements versucht, durch Nutzung dieser Netzwerke eine optimale Versorgung für jeden Einzelfall zu gewährleisten (www.oegcc.at, 16.05.2020). Care Management bildet demnach die Grundlage und Voraussetzung für die Etablierung von Case Management.

1.1 Forschungsfragen

Mithilfe von problemzentrierten Interviews und einer qualitativen Inhaltsanalyse der erhobenen Interviewdaten sollen im Zuge der Arbeit folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wie finden die Vernetzungstätigkeiten auf Basis der Organisationen im Care Management in Vorarlberg derzeit statt?
- Welche der identifizierten Erfolgsfaktoren für Vernetzung im Gesundheitswesen finden sich dabei in der Praxis?

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Mithilfe der geplanten Forschung soll einerseits analysiert werden, wie die gelebte Praxis des Care Managements in Vorarlberg derzeit stattfindet. Andererseits soll die vorliegende Arbeit die Frage beantworten, ob sich einzelne (oder auch alle) der identifizierten Erfolgsfaktoren für gelingende Vernetzung im Gesundheitsbereich im Care Management in Vorarlberg finden.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Kapitel 1 beinhaltet die Einleitung zum Thema, die Forschungsfragen sowie die Zielsetzung und den Aufbau der Arbeit.

Im Kapitel 2, „Methoden“, wird die Art der Datenerhebung und der Datenauswertung beschrieben.

Kapitel 3, „Ergebnisse“, beinhaltet die Darstellung der Forschungsergebnisse in den einzelnen Auswertungskategorien.

Im Kapitel 4 werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet.

Kapitel 5 schließt die Arbeit mit der Schlussfolgerung und einem Ausblick ab.

2 Methoden

Im folgenden Kapitel wird erläutert, welche Forschungsmethoden in der vorliegenden Arbeit in Bezug auf die Erhebung und die Auswertung des Datenmaterials angewendet wurden.

2.1 Erhebung

Froschauer und Lueger (1998, S. 12) beschreiben das Handeln von Personen niemals unabhängig von ihrem Lebenskontext bzw. ihrer aktuellen Lebenssituation. Menschliche Handlungen sind demnach an die Situation und an die Gesellschaft angepasst. Daraus ergibt sich eine Wechselwirkung, in der die Gesellschaft das Individuum selbst und auch seine Handlungen sowie Einstellungen prägt, und im Gegenzug das Individuum durch seine Handlungen eine Veränderung der Gesellschaft bewirkt. Ausgehend von dieser Vorstellung sollen empirische Analysen auf diese Zusammenhänge zwischen den Individuen und den Umwelten abgestimmt werden. Interviews werden dabei als geeignete Methode betrachtet, um über persönliche Kommunikation zu erfahren, wie Menschen die Gesellschaft erleben und wie sie ihr Handeln auf dieser Basis gestalten.

Für die vorliegende Arbeit wurde als Erhebungsmethode das problemzentrierte Interview gewählt. Zur Festhaltung des eruierten Materials wurde mit Einverständnis der interviewten Personen eine Tonbandaufzeichnung erstellt.

Mayring (2016, S. 66f.) beschreibt als Erhebungsverfahren die drei auf sprachlicher Basis arbeitenden Methoden problemzentriertes Interview, narratives Interview und Gruppendiskussion. Aufgrund der unterschiedlich verwendeten Bezeichnungen ist eine terminologische Klärung vonnöten.

Abbildung 1: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen

Offenes (vs. geschlossenes) Interview	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des Befragten	Er kann frei antworten, ohne Antwortvorgaben, kann das formulieren, was ihm in Bezug auf das Thema bedeutsam ist.
Unstrukturiertes (vs. strukturiertes) bzw. unstandardisiertes (vs. standardisiertes) Interview	bezieht sich auf die Freiheitsgrade des Interviewers	Er hat keinen starren Fragenkatalog, er kann Fragen und Themen je nach Interviewsituation frei formulieren.
Qualitatives (vs. quantitatives) Interview	bezieht sich auf die Auswertung des Interviewmaterials	Die Auswertung geschieht mit qualitativ-interpretativen Techniken.

Quelle: Mayring, 2016, S. 66

Der Terminologie folgend handelt es sich beim problemzentrierten Interview um ein offenes, halb strukturiertes, qualitatives Verfahren.

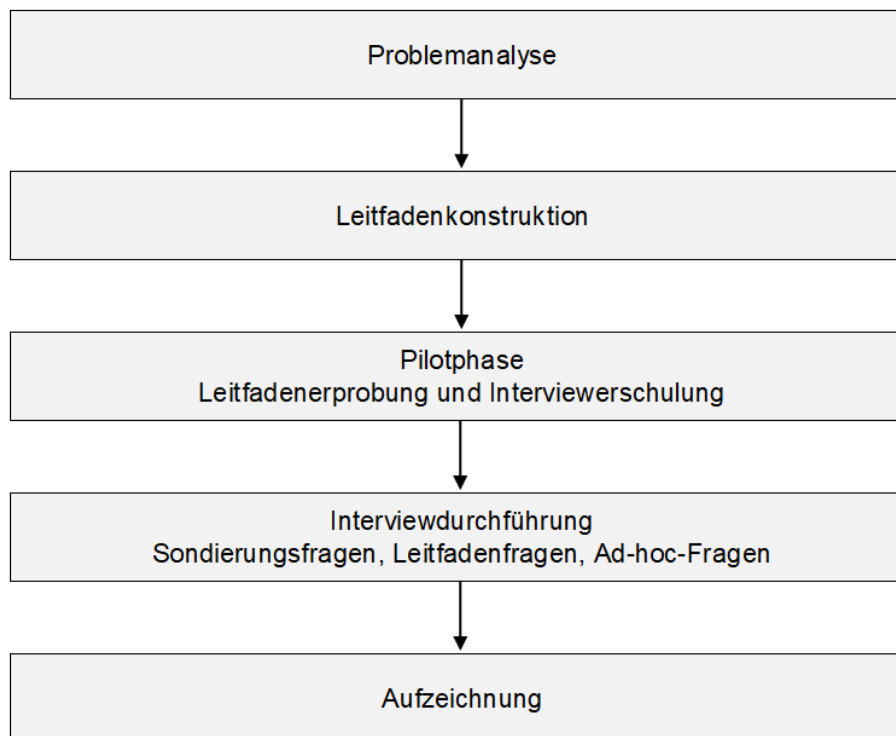
Das problemzentrierte Interview ist fokussiert auf eine Problemstellung, die von der Interviewerin bzw. vom Interviewer vorgegeben wird und auf die immer wieder zurückgefunden wird. Bestimmte Aspekte einer vorab analysierten Problemstellung werden in Form eines Interviewleitfadens zusammengestellt und im Interviewverlauf angesprochen. Die befragten Personen kommen aber frei zu Wort und die Interviewsituation kommt dadurch einem offenen Gespräch möglichst nahe (Mayring, 2016, S. 67).

Mayring (2016, S. 69) formuliert vier Grundgedanken, welche eine wesentliche Aussage über den Ablauf von problemzentrierten Interviews tätigen:

- Das problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst zu eruieren.
- Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewerin bzw. Interviewer und interviewter Person entstehen.
- Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wird.
- Die Interviewten werden zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, sollen aber offen, das heißt ohne Antwortvorgaben, darauf reagieren.

Im Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews nach Mayring (2016, S. 71), wird das angewendete Verfahren grafisch dargestellt.

Abbildung 2: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews



Quelle: Mayring, 2016, S. 71

2.1.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Für die vorliegende Arbeit wurden fünf Interviews geführt. Einerseits wurde als Interviewpartnerin Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker, welche beim Amt der Vorarlberger Landesregierung verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Care Management ist, ausgewählt. Sie hat die Rolle des zentralen Care Managements im Land Vorarlberg inne. Bereits im Zuge der Recherchearbeit für die Bachelorarbeit I hat sie ihre Bereitschaft zu einem persönlichen Interview bekundet. Die weiteren vier Interviews wurden mit regionalen Care Managerinnen und Care Managern geführt.

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden zwei Auswahlkriterien festgelegt:

1. „Regionalität“: dieses Auswahlkriterium beinhaltet eine regionale Aufteilung auf die vier politischen Bezirke.
2. „Umfang des Tätigkeitsgebietes“: Dieses Auswahlkriterium verfolgte das Ziel, zwei Care Managerinnen oder Care Manager zu finden, deren Tätigkeit sich auf eine einzelne politische Gemeinde erstreckt und weitere zwei Care Managerinnen oder Care Manager, deren Tätigkeitsgebiet mehrere politische Gemeinden umfasst, um

eventuelle Unterschiedlichkeiten durch organisatorische Gegebenheiten feststellen zu können.

Nach Bekanntgabe der oben genannten Auswahlkriterien wurde vom zentralen Care Management ein Vorschlag für die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erstellt. Aufbauend auf diesen Vorschlag erfolgten telefonische Anfragen bei den vorgeschlagenen Personen. Zwei Personen sagten ihre Interviewteilnahme spontan zu. Die dritte vorgeschlagene Person musste ihre Interviewteilnahme absagen, da sie erst sehr kurz als regionale Care Managerin tätig ist und momentan noch keine Aktivitäten in diesem Bereich setzt. Um das Auswahlkriterium „Umfang des Tätigkeitsgebietes“ erfüllen zu können, wurde deshalb in zwei politischen Bezirken eine Änderung der ausgewählten Person vorgenommen. Auch diese beiden Personen sagten die Teilnahme am Interview bei der telefonischen Anfrage spontan zu.

2.1.2 Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Um den Verlauf eines Interviews bewusst mitzugestalten, ist es essenziell notwendig, die „Kunst des Fragens“ zu beherrschen. Gezielte Fragestellungen motivieren zu Erzählungen und halten so die Kommunikation aufrecht (Helfferich, 2009, S. 102).

Die untenstehende Tabelle zeigt die grundsätzlichen Typen von Fragestellungen nach Helfferich (2009, S. 102ff.) und deren Bedeutung:

Tabelle 1: Fragetypen

Fragetypen	Charakteristik	Beispiele
Erzählaufforderung	Können an den Anfang des Interviews gesetzt werden und den Rahmen für eine längere Erzählung öffnen.	„Erzählen Sie doch mal, wie ...“
Aufrechterhaltungsfragen	Haben die Funktion, die Erzählung aufrecht zu erhalten.	„Wie war das für Sie?“ „Können Sie das noch ausführlicher beschreiben?“
Steuerungsfragen	Steuern sowohl das Tempo als auch die inhaltliche Entwicklung des Interviews.	„Können Sie ein Beispiel dafür nennen?“ „Spielt das ... eine Rolle?“
Zurückspiegeln, Paraphrase, Angebot von Deutungen	Aussagen der Erzählpersonen werden zusammengefasst, indem Gedanken der Erzählpersonen aufgegriffen, fortgesetzt oder ergänzt werden.	„Das kann ich mir vorstellen.“ „Meinten Sie, dass ...?“
Aufklärung bei Widersprüchen	Erzählpersonen werden mit Widersprüchen konfrontiert.	„Sie haben vorhin gesagt, dass ...“

Quelle: Helfferich, 2009, S. 102ff. (Eigene Darstellung)

Mit der Erstellung des Interviewleitfadens wird festgelegt, welche Fragen in welcher Reihenfolge an die interviewten Personen gestellt werden und zu welchen Themen sie zur Erzählung aufgefordert werden.

Cornelia Helfferich (2009, S. 178ff.) beschreibt die Klärung der Fragestellungen als wichtigste Vorarbeit nach der Entscheidung für die Interviewform und nennt folgende Anforderungen an einen Leitfaden:

- Er muss den Grundprinzipien qualitativer Forschung entsprechen und Offenheit möglich machen.
- Der Leitfaden darf nicht zu viele Fragen enthalten und dadurch überladen sein.
- Durch formale Übersichtlichkeit soll der Fragenkatalog einfach zu handhaben sein, damit die volle Aufmerksamkeit für die Erzählperson gegeben ist.
- Die Abfolge der Fragen sollte einem „natürlichen“ Erinnerungs- und Argumentationsfluss angepasst werden, damit keine abrupten Sprünge und Themenwechsel stattfinden.
- Die Fragen sollen nicht abgelesen werden.
- Der Leitfaden soll nicht bewirken, dass weiterführende Informationen und Vertiefungen übergangen werden. Spontane Erzählungen haben Priorität.

Für die vorliegende Arbeit wurde einerseits ein Interviewleitfaden für das Interview mit Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker erstellt und andererseits ein Gesprächsleitfaden für die Interviews mit den regionalen Care Managerinnen und Care Managern. Beide Leitfäden enthalten sechs Hauptfragen als Erzählaufforderungen und je nach Fragestellung keine oder bis zu vier Aufrechterhaltungs- oder Steuerungsfragen. Beide Interviewleitfäden liegen der Arbeit im Anhang bei.

2.1.3 Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Nach Helfferich (2009, S. 177) können Interviews grundsätzlich an jedem Ort durchgeführt werden, wenn die Bedingungen ungestörter Aufmerksamkeit und guter Akustik für eine Tonbandaufnahme gegeben sind. Es gilt dabei zu bedenken, dass ein Büro in einer Institution eine andere Position vermittelt, als beispielsweise das Wohnzimmer. Wenn die Erzählperson selbst den Ort bestimmt, bietet dies den Vorteil, dass die Person sich dort wohlfühlt. Für die Interviewerin bzw. den Interviewer bedeutet dies jedoch, dass möglicherweise sehr unterschiedliche Intervieworte gewählt werden. Es

wird als wichtig erachtet, genügend Zeit einzuplanen, da Interviews länger dauern können als angekündigt.

In der Einstiegsphase gilt es als hilfreich, sich Zeit für ein kurzes informelles Gespräch zu nehmen. Außerdem sollte die Bereitschaft zur Teilnahme am Gespräch gewürdigt werden. Darüber hinaus ist es von großer Bedeutung, die Einwilligungserklärung bereitzuhalten und auch den Umgang mit der Aufnahmetechnik zu üben (Helfferrich, 2009, S. 177).

Ursprünglich wurden für alle fünf Interviews persönliche Termine vor Ort in den Büros der ausgewählten Care Managerinnen und Care Manager vereinbart. Während die ersten vier Interviews wie geplant persönlich durchgeführt werden konnten, musste das fünfte Interview aufgrund der sich zuspitzenden Maßnahmen und Vorgaben bezüglich der Pandemie COVID-19 per Skype durchgeführt werden.

Die Einverständniserklärung im Anhang wurde von allen fünf Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern vor Beginn der Gespräche unterzeichnet.

Die Dauer der Interviews lag zwischen 15 und 31 Minuten. Die genaue Interviewdauer aller Gespräche wird in der folgenden Tabelle dargestellt. Interview eins wurde mit Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker vom Amt der Vorarlberger Landesregierung geführt. Die restlichen vier anonymisierten Interviews wurden mit regionalen Care Managerinnen und Care Managern geführt.

Tabelle 2: Interviewdauer

Interview Nummer	Dauer des Interviews
Interview 1	00:31:14
Interview 2	00:31:05
Interview 3	00:23:56
Interview 4	00:29:37
Interview 5	00:15:16

Quelle: Eigene Darstellung

2.1.4 Transkription

Die in den Interviews erhobenen Informationen müssen festgehalten und aufgezeichnet werden. Ebenfalls bedarf es einer Aufbereitung und Strukturierung des Datenmaterials, bevor mit einer Auswertung begonnen werden kann (Mayring, 2016, S. 85).

Die Überleitung von gesprochener Sprache in eine schriftliche Fassung wird als Transkription bezeichnet. Die Erstellung von Transkripten ist wohl sehr aufwendig, für die Durchführung einer nachfolgenden Auswertung jedoch unerlässlich (Mayring, 2016, S. 89).

Neben dem gesprochenen Wort, können auch non-verbale Äußerungen wie zum Beispiel Lachen, Weinen oder Husten, oder hörbare Handlungen wie beispielsweise Klatschen festgehalten werden. Das durchgeführte Gespräch wird durch die Transformation in ein schriftliches Datenmaterial in eine gegenständliche Form gebracht und dient als Ausgangsbasis für die wissenschaftliche Analyse (Fuß & Karbach, 2019, S. 17).

Fuß und Karbach (2019, S. 18f.) beschreiben die Möglichkeit einer zusammenfassenden Transkription, welche Interviews und Gruppendiskussionen nur zusammenfassend verschriftlicht. Diese Form der Transkription wird beispielsweise in der Marktforschung verwendet und dokumentiert nur die wichtigsten Aussagen des Gesprächs.

Eine Transkriptionsform, welche weit mehr Details enthält als das zusammenfassende Transkript ist die wissenschaftliche Transkription. Bei diesem Transkript werden sämtliche Interviewinhalte wortwörtlich wiedergegeben. Neben dem Sichtbarwerden des dramaturgischen Gesprächsaufbaus wird auch sichtbar, wer ein Gesprächsthema einführt bzw. wie sich ein Thema im Verlauf der Unterhaltung weiterentwickelt. Es werden keine Gesprächspassagen zusammengefasst und auch keine scheinbar nebensächlichen Aussagen ausgelassen. Unvollständige Sätze und Wortabbrüche bleiben ebenfalls im Transkript enthalten. Neben der wörtlichen Verschriftlichung des Gesagten finden auch Variationen im Sprachklang hinsichtlich Lautstärke oder Betonung im Transkript Platz. Der Detaillierungsgrad des Transkriptes wird mithilfe von Transkriptionsregeln festgelegt (Fuß & Karbach, 2019, S. 19f.).

Die Transkripte für die vorliegende Arbeit wurden nach den Transkriptionsregeln des Bachelorstudienganges Aging Services Management erstellt, welche sich im Anhang der Arbeit befinden. Es wurden sämtliche Audioaufnahmen der Interviews lückenlos verschriftlicht.

2.2 Auswertung

Die persönlichen Aussagen aus den Interviews wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und dienen dazu, die Forschungsfragen zu beantworten. Ziel dieser Inhaltsanalyse ist es, „Material, welches aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt“, zu analysieren (Mayring, 2015, S. 11).

2.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Mayring (2015, S. 12f.) nennt folgende sechs Spezifika der Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode:

1. Kommunikation bildet den Gegenstand der Inhaltsanalyse.
2. Kommunikation liegt in irgendeiner Art protokolliert vor.
3. Inhaltsanalyse geht systematisch vor.
4. Die Regelgeleitetheit der Analyse macht sie auch für Außenstehende verständlich, nachvollziehbar und überprüfbar.
5. Inhaltsanalyse geht theoriegeleitet vor.
6. Durch Aussagen über das Material werden Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation gezogen.

Zusammengefasst hat die Inhaltsanalyse demnach zum Ziel, durch regelgeleitetes, theoriegeleitetes sowie systematisches Vorgehen eine Analyse von Kommunikation durchzuführen, um dadurch Rückschlüsse auf einzelne Aspekte dieser Kommunikation ziehen zu können (Mayring, 2015, S. 13).

Qualitative Inhaltsanalyse ist nicht als Alternative zur quantitativen Inhaltsanalyse konzipiert. Sie versucht ihre Stärken aufrechtzuerhalten und auf diesem Hintergrund die Entwicklung von Verfahren zu systematischer und qualitativ orientierter Textanalyse durchzuführen (Mayring, 2015, S. 50).

Mayring (2015, S. 50ff.) beschreibt diesen grundlegenden Ansatz in den folgenden acht Punkten:

1. Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang:
Eine Besonderheit, welche in der qualitativen Inhaltsanalyse jedenfalls beibehalten werden soll, gibt an, dass das Material immer eingebettet in den Kommunikationszusammenhang betrachtet wird. Die Interpretation erfolgt im Kontext des Textes und untersucht das Material hinsichtlich Entstehung und Wirkung.

2. Systematisches, regelgeleitetes Vorgehen:

Das systematische Vorgehen erfolgt anhand von Regeln der Textanalyse, welche vorab festgelegt werden. Zentral erscheint dabei die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells für die Analyse. Obgleich die Inhaltsanalyse immer an das Material angepasst und auf die konkrete Fragestellung abgestimmt sein muss, wird die Definition und Reihenfolge der Analyseschritte vorab durch ein Ablaufmodell festgelegt. Ergänzend dazu erfolgt eine laufende Festlegung von Regeln. Sämtliche Analyseschritte und Entscheidungen sollen auf eine Regel zurückgeführt werden können, welche sowohl begründet als auch getestet ist.

3. Kategorien im Zentrum der Analyse:

Das Kategoriensystem stellt zwar ein zentrales Merkmal der quantitativen Inhaltsanalyse dar, es soll aber auch in der qualitativen Inhaltsanalyse angewendet werden. Als zentrales Analyseinstrument macht es die Arbeit für Außenstehende nachvollziehbar. In der qualitativen Inhaltsanalyse wird besonders auf die Konstruktion und Begründung der Kategorien geachtet. Die Bildung des Kategoriensystems verbessert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

4. Gegenstandsbezug statt Technik:

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt keine reine Technik dar, sondern sie bezieht sich auf den konkreten Analysegegenstand. Dieser steht im Vordergrund und macht es unmöglich, das Verfahren ohne Modifizierung von einem Gegenstand auf den anderen zu übertragen.

5. Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilotstudien:

Durch Rücklaufschleifen in den Ablaufmodellen wird das Verfahren in Pilotstudien getestet. Um die Nachprüfbarkeit zu gewährleisten, werden die Probendurchläufe dokumentiert.

6. Theoriegeleitetheit der Analyse:

Die qualitative Inhaltsanalyse stellt keine fixierte Technik dar. Theoriegeleitetheit bedeutet, dass die Beziehung der Forschung zum Forschungsgegenstand bei sämtlichen Verfahrensentscheidungen einbezogen wird. Inhaltliche Argumente stehen vor Verfahrensargumenten und damit steht Validität vor Reliabilität.

7. Einbezug quantitativer Analyseschritte:

Die Einbeziehung quantitativer Analyseschritte erfolgt dahingehend, dass Bereiche im Analyseprozess angegeben werden, in denen quantitative Methoden eingebaut werden. Begleitend erfolgt eine klare Begründung und Interpretation der Ergebnisse. Zur Verallgemeinerung der Ergebnisse erscheinen quantitative Analyseschritte als sinnvoll.

8. Gütekriterien:

Die Ergebnisse müssen nach Gütekriterien wie beispielsweise *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* eingeschätzt werden.

Weil die Inhaltsanalyse eine Auswertungsmethode darstellt, welche mit fixem sprachlichem Material arbeitet, gilt es als essenziell, das Ausgangsmaterial anfangs genau zu analysieren. Dies geschieht durch die Definition, welches Material der Analyse zugrunde gelegt wird, durch die detaillierte Beschreibung der Produktionsbedingungen des Materials und durch die charakteristische Beschreibung, in welcher Form das Material vorliegt (Mayring, 2015, S. 54f.).

Durch die Festlegung eines Ablaufmodelles der Analyse werden spezielle Analysetechniken festgelegt. Durch Zerlegung der Analyse in vorab festgelegte Interpretationsschritte wird sie für Außenstehende nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar. Obgleich das Ablaufmodell der Analyse an das jeweilige Material angepasst werden muss, kann zur Orientierung ein allgemeines Ablaufmodell aufgestellt werden. Die Entwicklung eines *Kategoriensystems* wird hier als zentraler Baustein genannt. Die Kategorienbildung erfolgt in einem Wechselspiel zwischen der Theorie und dem konkreten Material und wird im Laufe der Analyse fortlaufend überarbeitet und überprüft. Schlussendlich erfolgt eine Interpretation in Richtung der Hauptfragestellung (Mayring, 2015, S. 61).

Bei der Interpretation des vorliegenden Materials unterscheidet Mayring (2015, S. 67) folgende drei Grundformen:

1. Zusammenfassung:

Hat zum Ziel, das Material zu reduzieren, aber wesentliche Inhalte zu erhalten.

2. Explikation:

Hat zum Ziel, zu fraglichen Textteilen zusätzliches Material zu ergänzen, um mehr Verständnis zu schaffen.

3. Strukturierung:

Hat zum Ziel, gewisse Aspekte des Materials hervorzuheben und nach bestimmten vorab festgelegten Kriterien einzuschätzen.

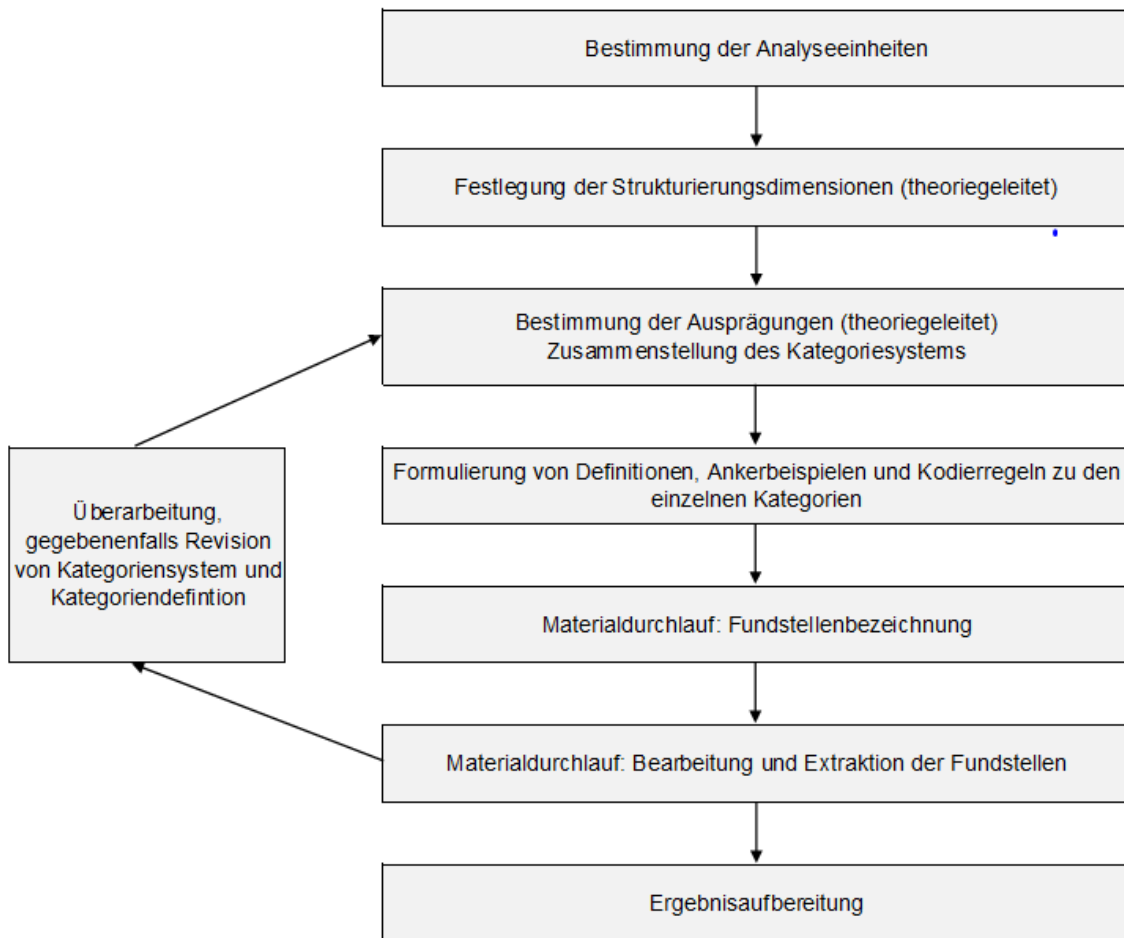
2.2.2 Kategorienbildung

Wie vorab beschrieben, identifiziert Mayring (2016, S. 51) die Kategorienbildung als zentrale Methode der quantitativen Inhaltsanalyse, der jedoch auch in der qualitativen Inhaltsanalyse eine große Bedeutung zukommt.

2.2.2.1 Deduktive Kategorienanwendung

Die deduktive Kategorienanwendung ist eine inhaltsanalytische Technik, die darauf abzielt, das Material in eine bestimmte Struktur zu zerlegen, welche in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen wird. Dabei werden die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen aus der Fragestellung abgeleitet und theoretisch begründet. Die weitere Differenzierung erfolgt durch Aufspaltung dieser Strukturierungsdimensionen in einzelne Ausprägungen und die nachfolgende Zusammenstellung zu einem Kategoriensystem. (Mayring, 2015, S. 97). In der Abbildung 3 wird das Ablaufmodell grafisch dargestellt.

Abbildung 3: Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse (allgemein)



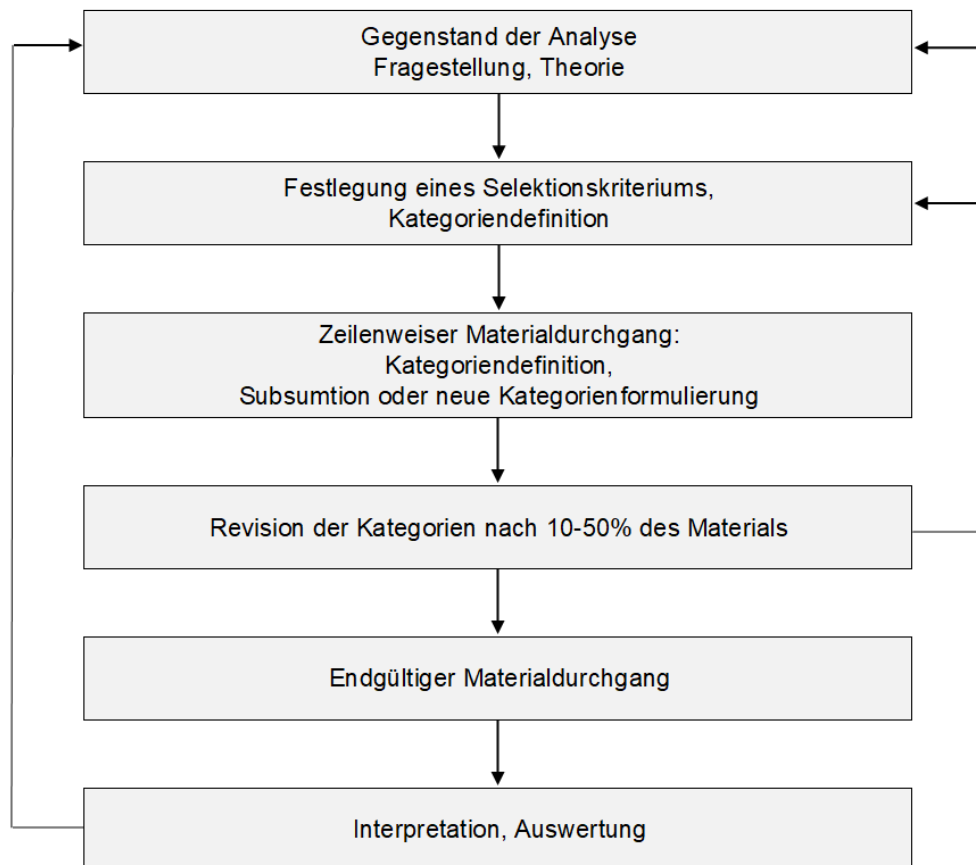
Quelle: Mayring, 2015, S. 98

2.2.2.2 Induktive Kategorienbildung

Unter induktiver Kategorienbildung wird die systematische Ableitung von Auswertungskriterien aus dem vorliegenden Material verstanden. Der Ablauf der Analyse wird in der folgenden Abbildung 4 grafisch dargestellt. Der Gegenstand der Analyse sowie die Selektionskriterien für die Kategorienbildung werden vorab festgelegt. Das Material wird vor dem Hintergrund dieser Definition zeilenweise durchgearbeitet. Für Textstellen, welche zu einer Kategoriendefinition passen, wird eine Kategorie konstruiert, wobei als Kategorienbezeichnung ein Begriff gewählt wird, der möglichst nahe am Material formuliert ist. Im weiteren Verlauf der Analyse werden weitere passende Textstellen zu dieser Kategorie zugeordnet (Subsumtion). Für Textstellen, welche die Kategoriendefinition erfüllen, zu der erstellten Kategorie aber nicht passen, werden neue Ka-

tegorien induktiv gebildet. Nach ca. 10 – 50 % des Materials, wird das gesamte Kategoriensystem auf Überlappungen und Abstraktionsgrad zum Forschungsgegenstand und zur Fragestellung überprüft. Sollten dadurch Veränderungen am Kategoriensystem notwendig sein, wird das Material nochmals von Beginn an bearbeitet (Mayring, 2016, S. 115ff.).

Abbildung 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung



Quelle: Mayring, 2016, S. 116

2.2.2.3 Ergebnis der Analyse

Als Endprodukt der Analyse erhält die Forscherin bzw. der Forscher ein Kategorienset zu einer bestimmten Themenstellung, dem Textstellen individuell zugeordnet werden. Für die weitere Auswertung kann das gesamte Kategoriensystem in Hinblick auf die Fragestellung und die dahinter liegende Theorie interpretiert werden. (Mayring, 2016, S. 117).

Eine exakte Definition des Kategoriensystems ermöglicht in weiterer Folge die eindeutige Zuordnung des Textmaterials zu den einzelnen Kategorien. Ein bewährtes Verfahren hierfür ist die Unterteilung in folgende drei Schritte:

1. Definition der Kategorien: Eindeutige Definition, welche Textstellen unter eine Kategorie fallen.
2. Ankerbeispiele: Angabe von konkreten Textstellen, welche als Beispiel für die Kategorie gelten.
3. Kodierregeln: Formulierung von Regeln an jenen Stellen, an denen Abgrenzungsprobleme vorliegen (Mayring, 2016, S. 118f.).

Die Kategorienbildung für die vorliegende Arbeit erfolgte sowohl deduktiv als auch induktiv. Die deduktiv gebildeten Haupt- und Unterkategorien bildeten die Grundlage für die Erstellung des Interviewleitfadens. Aufgrund des vorliegenden Interviewmaterials wurden weitere Unterkategorien induktiv gebildet und ergänzt. Die untenstehende Tabelle zeigt die Nummerierung und Bezeichnung der gebildeten Kategorien sowie die Art der Kategorienbildung.

Tabelle 3: Gebildete Kategorien

Kategoriennummer	Kategorienart	Kategorienbezeichnung	Kategorienbildung
OK1	Hauptkategorie	Ansiedlung des Care Managements	Deduktiv
UK 1.1	Unterkategorie	Träger des Care Managements	Induktiv
UK 1.2	Unterkategorie	Beteiligte Gemeinden	Deduktiv
UK 1.3	Unterkategorie	Kooperationen	Induktiv
OK2	Hauptkategorie	Aufgaben des Care Managements	Deduktiv
UK 2.1	Unterkategorie	Hauptaufgaben	Deduktiv
UK 2.2	Unterkategorie	Schwerpunkte der Tätigkeit	Deduktiv
OK3	Hauptkategorie	Netzwerkpartner	Deduktiv
UK 3.1	Unterkategorie	Vernetzte Leistungsanbieter	Deduktiv
UK 3.2	Unterkategorie	Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten	Induktiv
UK 3.3	Unterkategorie	Beteiligung von Betroffenen	Deduktiv
UK 3.4	Unterkategorie	Entlassungsmanagement	Deduktiv
OK4	Hauptkategorie	Aktivitäten	Deduktiv
UK 4.1	Unterkategorie	gesetzte Aktivitäten	Deduktiv
UK 4.2	Unterkategorie	Rhythmus der Absprachen	Deduktiv
UK 4.3	Unterkategorie	Schriftliche Rahmenbedingungen	Deduktiv
UK 4.4	Unterkategorie	Digitale Vernetzung	Deduktiv
OK5	Hauptkategorie	Faktoren für gelingende Zusammenarbeit	Deduktiv
UK 5.1	Unterkategorie	Systembezogene Faktoren	Deduktiv
UK 5.2	Unterkategorie	Personenbezogene Faktoren	Deduktiv
UK 5.3	Unterkategorie	Herausforderungen in der Zusammenarbeit	Deduktiv
OK6	Hauptkategorie	Beurteilung der aktuellen Lage	Deduktiv
UK 6.1	Unterkategorie	Positive Faktoren	Deduktiv
UK 6.2	Unterkategorie	Entwicklungspotenziale	Deduktiv

Quelle: Eigene Darstellung

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den angewendeten Kategorien dargestellt. Die Ergebnisdarstellung beinhaltet neben den Aussagen der **regionalen** Care Managerinnen und Care Manager, welche mit Hilfe des vorab dargestellten Kategoriensystems ausgewertet wurden, auch Aussagen aus dem Interview mit dem **zentralen** Care Management – mit Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker.

3.1 Oberkategorie 1: Ansiedlung Care Management

Im Interview mit Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker wurde die generelle Ansiedlung des Care Managements in Vorarlberg angesprochen. Beim Amt der Vorarlberger Landesregierung ist das zentrale Care Management in der Abteilung 4a Soziales und Integration angesiedelt. Rund um die Fragen der Betreuung und Pflege sind jedoch mit den Abteilungen Raumplanung, Gesundheit, Sanitätsangelegenheiten, Wohnen, Elementarpädagogik, Schule und Gesellschaft sowie mit der Landesstelle für Statistik noch weitere Abteilungen involviert.

Im regionalen Care Management wurden die 96 politischen Gemeinden in 19 Planungsregionen eingeteilt. Zielsetzung des Landes war es dabei, eine Ansiedlung des regionalen Care Managements bei den Sozialsprengeln oder vergleichbaren Organisationseinheiten bzw. Planungsverbänden zu erreichen. In Regionen, in denen bereits gut funktionierende regionale Strukturen Bestand hatten, wurden diese beibehalten. In der Praxis wurden durch die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister meist Regio-Geschäftsführerinnen und Regio-Geschäftsführer bzw. in größeren Gemeinden, die eine eigene Planungsregion bilden, Leiterinnen und Leiter der Sozialressorts für die Aufgabe als Care Managerin bzw. Care Manager nominiert. In drei Regionen wird die Care Management Stelle von der Geschäftsführung eines Sozialzentrums ausgeführt. Die Ansiedlung bei den Sozialzentren wird sowohl von Frau Dipl.-Bw.in (FH) Roskosch-Schenker, als auch von einzelnen regionalen Care Managerinnen und Care Managern als suboptimal beschrieben, weil sie an dieser Stelle sehr nah an einer operativen Funktion angelegt ist. Die Aufgabentätigkeit des Care Managements liegt jedoch sehr stark im strategischen Bereich.

Diese von Frau Dipl.-Bw.in (FH) Roskosch-Schenker beschriebenen Trägerstrukturen zeigen sich auch in den Interviewaussagen der regionalen Care Managerinnen und

Care Manager. Als Träger des Care Managements nennen die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner einzelne Gemeinden bzw. Regionalplanungsgemeinschaften. Die Anzahl der beteiligten Gemeinden am jeweiligen regionalen Care Management schwankt zwischen einer und fünf Gemeinden. Die beiden Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, deren Tätigkeitsgebiet nur eine einzelne Gemeinde umfasst, geben an, in einzelnen Themenbereichen mit anderen Planungsregionen zu kooperieren.

3.2 Oberkategorie 2: Aufgaben des Care Managements

Diese Oberkategorie teilt sich in die zwei Unterkategorien „Hauptaufgaben“ und „Schwerpunkte in der Tätigkeit“.

3.2.1 Hauptaufgaben

Beim zentralen Care Management liegen die Hauptaufgaben einerseits darin, auf der strategischen Steuerungsebene den Gesamtblick über die 19 Planungsregionen zu gewährleisten und andererseits ein aktives Informations- und Wissensmanagement zu forcieren. Neben diesen zwei Kernaufgaben zählt aber auch die österreichweite und internationale Vernetzung und dabei die Weitergabe von „State of the Art-Informationen“ zum Aufgabengebiet des zentralen Care Managements. Der Informationsfluss erfolgt einerseits über das regionale Care Management, welches das „*Ohr an der Basis*“ (I1, Z. 55) hat, in Richtung zentrales Care Management. Umgekehrt verteilt das zentrale Care Management aber auch Informationen an die einzelnen Planungsregionen und unterstützt deren Informationsvernetzung.

„Also die Info geht ja nicht nur in die Richtung der Zentrale, sondern die Zentrale verteilt auch Informationen und die Zentrale unterstützt auch die Informationsvernetzung zwischen den Planungsregionen“ (I1, Z. 75-77).

Die vier befragten Vertreterinnen und Vertreter des regionalen Care Managements sehen ihre Hauptaufgabe im Rahmen der Sozialplanung in der Steuerung des Systems. In drei Regionen beschränkt sich diese Steuerungstätigkeit auf die Zielgruppe älterer und pflegebedürftiger Menschen, während in einer Region, als Pilotregion, sämtliche Lebensbereiche wie beispielsweise die Jugendarbeit oder der Bereich Integration

ebenfalls umfasst sind. Bei der Zielgruppe ältere und pflegebedürftige Menschen beinhaltet diese Systemsteuerung die Analyse des Bedarfes und anschließend die Planung, Schaffung und Weiterentwicklung des notwendigen Angebotes. Als weitere Hauptaufgabe wird von allen Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmern die Vernetzung genannt.

3.2.2 Schwerpunkte in der Tätigkeit

Aus Sicht des zentralen Care Managements liegt die Aufgabe des regionalen Care Managements darin, innerhalb der Region ein System zu etablieren oder ein bestehendes System jedenfalls weiterzuentwickeln. Je nach Funktion der Care Managerin bzw. des Care Managers in der jeweiligen Region (Beispiel: Leiterin bzw. Leiter Sozialressort vs. Geschäftsführerin bzw. Geschäftsführer Regionalplanungsgemeinschaft) zeigen sich hier Möglichkeiten und Grenzen. Leiterinnen und Leiter von Sozialressorts finden bereits kraft ihres Amtes gewisse Hierarchien und Weisungskonstellationen vor, welche sie auch in der Tätigkeit als Care Managerinnen und Care Manager nutzen können. Bei Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern von Regionalplanungsgemeinschaften, welche als Care Managerinnen und Care Manager tätig sind, fehlt dieses Weisungsgefüge und nach Aussage des zentralen Care Managements liegt ein Schwerpunkt ihrer Tätigkeit darin, alle an der Regionalplanungsgemeinschaft beteiligten Bürgermeisterinnen und Bürgermeister gleichermaßen informiert zu halten.

Die von den regionalen Care Managerinnen und Care Managern genannten Schwerpunkte in den Tätigkeiten sind je nach Region unterschiedlich, wobei das Thema „Wohnen im Alter“ von allen Gesprächspartnern genannt wurde. Zusammengefasst wurden folgende Schwerpunkte von den Gesprächspartnern genannt:

- Wohnen im Alter
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Mobilität
- Weiterentwicklung der Angebote
- Nachbesetzung Obmann/Obfrau Krankenpflegeverein
- Einsamkeit
- Familien in schwierigen Lebenssituationen
- Ausbau Halbtagesbetreuung zur Ganztagesbetreuung
- Ärztemangel

Die Schwerpunkte in den Regionen werden jährlich neu festgelegt. Der Bereich Wohnen im Alter umfasst in den meisten Regionen neben der Sicherstellung von genügend Pflegeheimplätzen auch die Schaffung neuer Wohnangebote wie beispielsweise betreute Wohngemeinschaften. Im Schwerpunkt Weiterentwicklung der Angebote werden in einer befragten Region vorhandene Angebote auf die speziellen Anforderungen von kleinräumigen Strukturen angepasst und weiterentwickelt.

3.3 Oberkategorie 3: Netzwerkpartner

Die Oberkategorie Netzwerkpartner wurde untergliedert in die Unterkategorien „Vernetzte Leistungsanbieter“, „Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten“, „Beteiligung von Betroffenen“ und „Entlassungsmanagement“.

3.3.1 Vernetzte Leistungsanbieter

In den befragten Planungsregionen sind unterschiedliche Partnerinnen und Partner in das Netzwerk eingebunden. Pflegeheime, Krankenpflegevereine, Mobile Hilfsdienste sowie Ärztinnen und Ärzte sind in allen befragten Planungsregionen ins Netzwerk eingebunden. Das Case Management ist in den meisten der befragten Regionen ebenfalls integriert. Die Hälfte der befragten Planungsregionen nennt das Institut für Sozialdienste, Seniorenbörsen, Seniorenbeiräte, die Caritas sowie die ambulante gerontopsychiatrische Pflege als Partner. Netzwerkpartner, die nur von einer befragten Region genannt werden, sind:

- Betreuungspool Vorarlberg
- Agenturen für 24-Stunden-Betreuung
- Integrationsfachstelle
- Offene Jugendarbeit
- Stelle Gemeinwesenarbeit
- Fachbereich Soziales der Gemeinde
- Pfarre
- Krankenhaussozialarbeit
- pro mente Vorarlberg – psychosoziale Gesundheit
- dowas – der Ort für Wohnungs- und Arbeitssuchende

- Sanitätsdienst
- Sicheres Vorarlberg

Die Befragten geben an, dass einzelne Partner nicht regelmäßig am Netzwerk beteiligt sind, sondern deren Expertise nur bei Einzelprojekten ins Care Management hereingeholt wird.

„Wir kooperieren mit der Caritas in diesem Projekt „LENA“, heißt lebendige Nachbarschaften“ (I2, Z. 66-67).

„[...] wir haben die Familienhilfe eingeladen gehabt, da habe ich den Caritasdirektor eingeladen [...]“ (I3, Z. 70-71).

3.3.2 Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten zeigt sich in den einzelnen Planungsregionen recht unterschiedlich und wurde deshalb in einer eigenen Unterkategorie analysiert.

In einer Planungsregion ist der Gemeindefacharzt direkt am Netzwerk beteiligt und nimmt auch regelmäßig an den Vernetzungstreffen teil. Dies wird jedoch als Besonderheit dieser Planungsregion gesehen, die bei der vorherigen Tätigkeit in einer anderen Planungsregion so nicht erlebt wurde. So berichtet die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner: *„Und dass der Gemeindefacharzt, wenn ich die Workshops am Mittwochnachmittag mache, auch teilnimmt. Also das ist eine Situation, das darf ich offen sagen, das wäre in [Ort 2] undenkbar“ (I4, Z. 282-284).*

Eine zweite Planungsregion führt einmal jährlich ein Austauschgespräch mit allen praktischen Ärzten der Planungsregion, *„wo es darum geht, abzustimmen, was sind wichtige Bereiche“ (I5, Z. 95-96).*

Eine weitere Interviewpartnerin bzw. ein weiterer Interviewpartner beschreibt eine Vertiefung der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, als Probleme im Bereich des Sozialzentrums aufgetaucht sind. Eine regelmäßige Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten am Netzwerk gibt es in dieser Planungsregion jedoch nicht.

„[...] das Sozialzentrum ist eine Zeit lang in schwierigen Leitungssituationen gewesen. Und dann haben wir auch gesagt, wir müssen einen Schulterchluss haben. Wir brauchen die Ärzte dazu“ (I3, Z. 117-119).

In der vierten analysierten Planungsregion stellt sich die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten eher problematisch dar. Trotz mehrfacher Einladung gelang es in dieser Planungsregion nicht, Mediziner an einzelnen Projekten zu beteiligen.

„Die Ärzte lassen sich ganz schwer einbinden. Weil sie einfach wenig Zeit haben. [...] Wenn du einlädst, in diesem Projekt zum Beispiel ist nie ein Arzt aufgetaucht, obwohl wir sie immer eingeladen haben“ (I2, Z. 153-156).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine regelmäßige Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten in allen vier analysierten Planungsregionen gewünscht wäre, um eine gute ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich und in den Pflegeheimen sicherzustellen. Auch für die Zusammenarbeit zwischen Hauskrankenpflege und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wäre ein regelmäßiger Austausch im Rahmen von Vernetzungstreffen wünschenswert. In zwei der vier Planungsregionen findet dies jedoch derzeit nicht statt. Als mögliche Gründe werden zeitliche Probleme oder fehlende finanzielle Anreize genannt.

3.3.3 Beteiligung von Betroffenen

In der Frage der Netzwerkbeteiligung von Betroffenen sieht das zentrale Care Management die Möglichkeit, diese beispielsweise über Impulsreferate in Arbeitsgruppen zu beteiligen. Dies ist bisher zwar noch nicht geschehen, wird aber durchaus als nicht ausgeschlossen betrachtet. Als Unterstützung für die einzelnen Planungsregionen wurde ein Standard für eine Angehörigenbefragung erstellt, welcher den regionalen Care Managerinnen und Care Managern zur Verfügung steht.

Bei den Befragungen der regionalen Care Managerinnen und Care Manager berichtet nur ein Interviewpartner bzw. eine Interviewpartnerin, Bürgerinnen und Bürger bei der Konzeptentwicklung für den Bereich Betreuung und Pflege beteiligt zu haben.

3.3.4 Entlassungsmanagement

Im Bereich Entlassungsmanagement ist die Vernetzungstätigkeit lediglich in einer der vier analysierten Planungsregionen direkt im Care Management angesiedelt. Die Gesprächspartnerin bzw. der Gesprächspartner dieser Region berichtet: *„Wir sind vernetzt mit der Krankenhaussozialarbeit. Also mit dem Sozialdienst vom Landeskrankenhaus. Ich bin auch gut vernetzt mit dem Verwaltungschef vom Krankenhaus“* (15, Z. 47-49). In den restlichen drei Planungsregionen findet die Vernetzungstätigkeit mit dem Entlassungsmanagement auf der Ebene des Case Managements statt. In zwei der vier analysierten Planungsregionen wird die Schnittstelle zwischen Case Management und Entlassungsmanagement, wie die folgenden Aussagen belegen, als eher kritisch beschrieben.

„Da weiß ich, diese Schnittstelle ist nicht optimal“ (12, Z. 251).

„Entlassungsmanagement geht aktuell primär über das Case Management. Wir sind Standort vom Landeskrankenhaus [Ort 1]. Die haben eine Demenzstation oben. Das ist oft ein wenig eine Herausforderung“ (14, Z. 302-304).

3.4 Oberkategorie 4: Aktivitäten

Bei den Aktivitäten wurde eine Gliederung in die Unterkategorien „Gesetzte Aktivitäten“, „Rhythmus der Absprachen“, „Schriftliche Rahmenbedingungen“ und „Digitale Vernetzung“ vorgenommen.

3.4.1 Gesetzte Aktivitäten

In drei der vier analysierten Planungsregionen finden regelmäßige Vernetzungstreffen mit den beteiligten Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern statt. Zusätzlich dazu erfolgt in diesen Regionen ein regelmäßiger Austausch mit den Case Managerinnen und Case Managern.

In der vierten Planungsregion, die einer näheren Betrachtung unterzogen wurde, finden die regelmäßigen Vernetzungstreffen mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern der Region statt. Die Absprache mit den Leistungserbringern erfolgt mittler-

weile in Form von Einzelgesprächen, da die Vernetzungstreffen in dieser Region anfangs zwar gut gelaufen sind, sich im Laufe der Zeit aber als nicht optimal erwiesen haben.

„Also, es hat sich herausgestellt, dass so diese gesammelte Einladung sich irgendwo nicht als optimal erwiesen hat. Also das heißt eigentlich, dass Einzeltürklinken putzen die bessere Variante ist“ (I3, Z. 39-41).

Vonseiten des zentralen Care Managements werden ebenfalls Aktivitäten gesetzt, welche von Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker folgendermaßen zusammengefasst werden: *„Wir haben runde Tische viermal im Jahr, wo man sich trifft. Dann gibt es Dialogtermine, wo man an einem Thema entlang in den Austausch geht. Dann gibt es Arbeitsgruppen“ (I1, Z. 78- 80).*

3.4.2 Rhythmus der Absprachen

Das zeitliche Intervall der regionalen Vernetzungstreffen schwankt in den einzelnen Regionen zwischen monatlich, vierteljährlich und halbjährlich.

Die Absprachen mit den Case Managerinnen und Case Managern erfolgen monatlich.

3.4.3 Schriftliche Rahmenbedingungen

Zu Beginn des Care Managements in Vorarlberg, im Jahr 2014, wurde vom zentralen Care Management gemeinsam mit den Planungsregionen das Papier „Haltungen und Grundsätze“ entwickelt, welches im Jahr 2016 überarbeitet wurde und heute noch als Grundlage und Selbstverständnis – sozusagen als „Leitbild“ – für die Arbeit im Care Management dient.

In einer der analysierten Planungsregionen existiert eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit allen beteiligten Netzwerkpartnern. Diese beinhaltet die Zusage der Leistungserbringer, regelmäßig an den Netzwerktreffen teilzunehmen und sich aktiv zu beteiligen. In zwei weiteren Planungsregionen existieren schriftliche Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern. In der vierten befragten Planungsregion existieren keinerlei schriftliche Vereinbarungen. Die Existenz einer verbindlichen schriftlichen Vereinbarung würde auch in dieser Planungsregion vor allem in Situationen, in denen die Zusammenarbeit nicht optimal läuft, als hilfreich betrachtet werden.

3.4.4 Digitale Vernetzung

Im Bereich der digitalen Vernetzung verfügen zwei der befragten Planungsregionen über eine digitale Plattform innerhalb der Region, welche für die Durchführung des Projektmanagements bzw. für die Weitergabe von Dokumenten genutzt wird. In den anderen beiden Planungsregionen findet bisher keine digitale Vernetzung statt.

3.5 Oberkategorie 5: Faktoren für gelingende Zusammenarbeit

Die fünfte Hauptkategorie, Faktoren für gelingende Zusammenarbeit, wurde gegliedert in die Unterkategorien „systembezogene Faktoren“, „personenbezogene Faktoren“ und „Herausforderungen in der Zusammenarbeit“.

3.5.1 Systembezogene Faktoren

In Hinblick auf das System nannten die Befragten unterschiedliche Faktoren, welche ihrer Meinung nach ausschlaggebend für eine gelingende Zusammenarbeit sind. Die Nennungen werden im Folgenden taxativ aufgezählt. Folgende Punkte wurden mehrfach genannt:

- Klare Kompetenzen
- Klar geregelte Zuständigkeiten
- Gemeinsame Ziele

Die Kompetenzen und Zuständigkeiten erleben mehrere der befragten Care Managerinnen und Care Manager derzeit als „*systemisch nicht sauber geregelt*“ (I5, Z. 107). Eine Interviewteilnehmerin bzw. ein Interviewteilnehmer beschreibt dabei die derzeitige Herausforderung als die Kunst „*zu Führen, ohne klare Kompetenzen zu haben*“ (I4, Z. 110).

Einzelne Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner nannten zusätzlich folgende Faktoren für eine gelingende Zusammenarbeit:

- Vereinbarung über verbindliche Zusammenarbeit
- Professionelle Strukturen in Bezug auf Sozialmanagement
- Konzept, bei dem die betroffenen Personen beteiligt werden

3.5.2 Personenbezogene Faktoren

Die Frage nach personenbezogenen Faktoren, welche eine gelingende Zusammenarbeit unterstützen, wurde einerseits beantwortet in Bezug auf persönliche Fähigkeiten und Kompetenzen der Care Managerinnen und Care Manager und andererseits in Bezug auf persönliche Eigenschaften der Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner. Als wichtige persönliche Eigenschaften der Care Managerinnen und Care Manager werden von den befragten Vertreterinnen und Vertretern des regionalen Care Managements folgende genannt:

- Gut einladen und gut entwickeln können
- Im Konsens mit den Dienstleistern arbeiten
- Ausgeprägtes Bewusstsein, dass der Klient im Mittelpunkt steht
- Hohes Funktionsbewusstsein
- Gutes Standing bei den Systempartnern
- Hohe kommunikative Fähigkeiten
- Sensibilität in der Konfliktbewältigung

Diese Aussagen der regionalen Care Managerinnen und Care Manager decken sich sehr gut mit dem Stellenprofil, welches vonseiten des Landes Vorarlberg für die Stellenbesetzung erarbeitet wurde. Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker nennt folgende wichtigen Stellenvoraussetzungen, welche sich auch im Anhang der Richtlinie Care Management vom 1.1.2014 befinden:

- Managementkenntnisse
- Souveränität im Umgang mit komplexen Strukturen und Systemen
- Kenntnisse im Konfliktmanagement, Prozessmanagement, Systemmanagement und Veränderungsmanagement
- Kaufmännische Kenntnisse
- Berufserfahrung, vorzugsweise im sozialen Bereich
- Affinität zu Kennzahlen
- Präsentationsgeschick

Bezogen auf die persönlichen Eigenschaften der Netzwerketeiligten nennt eine Interviewpartnerin bzw. ein Interviewpartner als Voraussetzung für gelingende Zusammenarbeit: *„[...] wenn die Leute alle irgendwo dieselben Haltungen haben und am selben Ziel arbeiten [...]. Haltungen heißt: Wie gehe ich mit den Leuten um? Wie sehe ich*

Kooperation? Dann tut man sich einfach viel leichter“ (I2, Z. 201-204). Als weiterer wichtiger Faktor wird die Personalentwicklung gesehen, was bedeutet: „[...] die richtige Frau, der richtige Mann am richtigen Platz“ (I2, Z. 216-217). Eine weitere Interviewpartnerin bzw. ein weiterer Interviewpartner nennt als wichtigen personenbezogenen Faktor: „[...] wenn handelnde Personen irgendwo eine Offenheit an den Tag legen, ist unheimlich viel möglich“ (I3, Z. 146-147).

Als persönliche Eigenschaften, welche einer gelingenden Zusammenarbeit im Netzwerk dienlich sind, sollten Vertreterinnen und Vertreter der am Netzwerk beteiligten Organisationen über ein hohes Funktionsbewusstsein sowie eine ausgeprägte Professionalität in ihrem Handeln verfügen. Verbunden mit der gemeinsamen Überzeugung *„unser Ziel ist der Klient“* (I 4, Z. 156) kann die Zusammenarbeit damit erfolgreich gestaltet werden.

3.5.3 Herausforderungen in der Zusammenarbeit

Als größte Herausforderung in der Zusammenarbeit sehen alle vier Gesprächsteilnehmerinnen und Gesprächsteilnehmer die Abhängigkeit des Kooperationserfolges von den handelnden Personen in den einzelnen Organisationen. Zum momentanen Zeitpunkt wird die Zusammenarbeit zwischen diesen handelnden Personen bei allen als sehr produktiv und harmonisch bezeichnet. Mancherorts war dies jedoch in der Vergangenheit nicht immer der Fall, und es war eine jahrelange Aufbauarbeit vonnöten, um den derzeitigen Stand zu erreichen.

„Diese gute Zusammenarbeit, die wir jetzt haben, man sollte ja auch nicht immer von Personen abhängig sein. [...] wie können wir das langfristig sichern?“ (I2, Z. 238-240)

„Ja, also abhängig von handelnden Personen. Wenn manche handelnden Personen das nicht unbedingt als notwendig erachten. Aus welchen Motiven auch immer. Oder oberflächlich machen“ (I3, Z. 202-204).

„Ich meine, es menschelt halt. Es hängt von den jeweiligen Charakteren ab“ (I4, Z204-205).

„[...] das Thema „Die Logik des Marktes“ der einzelnen Organisation, ist natürlich für das Gesamte bremsend“ (I5, Z. 124-125).

3.6 Oberkategorie 6: Beurteilung aktuelle Lage

Die sechste und letzte Oberkategorie gliedert sich in die Unterkategorien „Positive Faktoren“ und „Entwicklungspotenziale“.

3.6.1 Positive Faktoren

Vonseiten der regionalen Care Managerinnen und Care Manager wurde eine Vielzahl an Faktoren genannt, die sich derzeit in ihrer Planungsregion sehr positiv darstellen, welche nachstehend aufgezählt werden. Mehrere Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nannten als positiven Faktor in ihrer Region:

- Gute Zusammenarbeit der Organisationen in der Planungsregion
- Gute Zusammenarbeit mit dem zentralen Care Management
- Gute Ressourcenausstattung für das Care Management
- Absprache und Austausch mit benachbarten Planungsregionen

Einzelne Planungsregionen berichteten über folgende positiven Faktoren:

- Steigende Zahl von Vernetzungsstrukturen
- Bündelung von Know how
- Hohe Vertrauensbasis zwischen den Netzwerkmitgliedern
- Weiterentwicklung der landesweiten Angebote und Anpassung an die Anforderungen der Region
- Klarheit darüber, dass Steuerung erforderlich ist

Auch aus Sicht des zentralen Care Managements besteht eine sehr gute und konkurrenzfreie Vernetzung zwischen den regionalen Care Managerinnen und Care Managern und der Zentrale. Die gemeindeübergreifende Zusammenarbeit in den einzelnen Planungsregionen wird vom zentralen Care Management ebenfalls als sehr gut bezeichnet.

3.6.2 Entwicklungspotenziale

Aus Sicht des zentralen Care Managements liegt das größte Entwicklungspotenzial für die kommenden Jahre darin, eine Öffnung des Care Managements für weitere soziale Agenden neben dem Bereich Betreuung und Pflege zu erzielen. Zukünftig soll ein Denkansatz entlang des Lebenszyklus von der Geburt bis zur Hochaltrigkeit erfolgen, welcher zukünftige Veränderungen gut überblickt und überlegt, wo Ansatzpunkte für Verbesserungen sein können.

Vonseiten der regionalen Care Managerinnen und Care Manager liegt das hauptsächliche Entwicklungspotenzial in der Klärung und Verbesserung der organisatorischen Strukturen. Diese Weiterentwicklung des Systems sollte „bottom up“, also unter Einbeziehung der Fachleute vor Ort erfolgen. Die Care Managerinnen und Care Manager fühlen sich zwar gut informiert, vermissen aber die Möglichkeit, aktiv an der Weiterentwicklung des Systems mitwirken zu können.

„Und das ist die größte Herausforderung, dass man einfach auch die Fachleute einbezieht“ (I2, Z. 311-312).

„Ich glaube, wir sind einfach als Care Manager, [...] ich glaube, wir werden schon ernst genommen. Aber es folgen meiner Meinung nach zu wenig Taten auf das, was wir sagen, was wir eigentlich bräuchten“ (I2, Z. 280-282).

„Die Weiterentwicklung des Systems erfolgt immer noch weniger über uns, sondern von top down“ (I4, Z. 198-199).

„Ich glaube, dass man bei der Weiterentwicklung des Systems auch auf Landesebene diese Qualität der Care Manager mehr einbinden sollte“ (I4, Z. 254-255).

„Wir werden informiert, aber wir gestalten nicht gemeinsam“ (I4, Z. 258).

Ein weiteres Entwicklungspotenzial sehen die Befragten in der zeitlichen Umsetzung von Veränderungen, deren Notwendigkeit vor Ort für sie offensichtlich ist. Hier wäre aus ihrer Sicht eine frühzeitige Umsetzung von Maßnahmen ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

„Du siehst eigentlich, was Menschen bräuchten, und die Entwicklung neuer Angebote oder neuer Wege zu gehen, das hinkt einfach immer ein bisschen hinterher“ (12, Z. 86-88).

„Oft werden wir halt fremdgesteuert. Und schön wäre, wenn wir frühzeitig diese Maßnahmen so aufgleisen, dass es uns nicht kalt erwischt wie im Moment gerade“ (15, Z. 145-147).

4 Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet.

Die erste Forschungsfrage:

Wie findet die Vernetzungstätigkeiten auf Basis der Organisationen im Care Management in Vorarlberg derzeit statt?

kann auf Grundlage der durchgeführten Interviews folgendermaßen beantwortet werden:

Organisatorisch ist das zentrale Care Management in Vorarlberg beim Amt der Vorarlberger Landesregierung in der Abteilung 4a Soziales und Integration angesiedelt. Regional wurden die 96 politischen Gemeinden zu Beginn des Care Managements im Jahr 2014 in 19 Planungsregionen eingeteilt. Die Berücksichtigung bereits vorhandener regionaler Strukturen stand dabei an oberster Stelle. Von den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern wurden Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer von Regionalplanungsgemeinschaften bzw. Leiterinnen und Leiter der Sozialressorts oder Sozialsprenkel als Vertreterinnen und Vertreter für regionale Care Management Aufgaben vorgeschlagen. In wenigen Fällen wurden auch Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer von Sozialzentren für diese Aufgabe nominiert.

Die Leistungsanbieter, welche am Netzwerk beteiligt sind, sind in den vier befragten Planungsregionen teilweise ident. So werden beispielsweise die Pflegeheime, die Krankenpflegevereine und die Mobilen Hilfsdienste in allen vier Regionen als wichtige Systempartner genannt. Auch Ärztinnen und Ärzte sind aus Sicht der vier befragten regionalen Care Managerinnen und Care Manager wertvolle Systempartner, die sinnvollerweise ins Netzwerk einbezogen werden sollten. In drei der vier analysierten Regionen findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Care Management und Case Management statt. Neben diesen „fixen Kooperationen“ werden regional unterschiedlich und oft auch projektbezogen weitere Partnerinnen und Partner am Netzwerk beteiligt. Grundlagen und Inhalte der Zusammenarbeit sind teilweise schriftlich zwischen den Partnerinnen und Partnern festgelegt, teilweise existieren aber auch keinerlei schriftli-

che Vereinbarungen zwischen den Netzwerketeiligten. Fehlende schriftliche Vereinbarungen zeigen ihre negative Wirkung vor allem in Situationen, in denen die Zusammenarbeit nicht optimal ist.

In regelmäßigen Abständen (monatlich bis halbjährlich) finden in den einzelnen Planungsregionen Vernetzungstreffen mit den beteiligten Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern statt. Dabei werden regional unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, welche von Gesundheitsförderung und Prävention, über die Themen Mobilität, Ärztemangel, Familien in schwierigen Lebenssituationen bis hin zum Thema Weiterentwicklung der Angebote reichen. Ein Thema, welches alle vier analysierten Planungsregionen beschäftigt, ist das Thema Wohnen im Alter. Hauptaufgabe der Care Managerinnen und Care Manager ist es, im Rahmen der Sozialplanung steuernd auf das System einzuwirken. Dies geschieht durch eine gezielte Bedarfsanalyse, in deren Folge das notwendige Angebot geplant, geschaffen und weiterentwickelt wird.

Die Befragung von vier regionalen Care Managerinnen und Care Managern sowie von Frau Dipl.-Bw.in (FH) Andrea Roskosch-Schenker gibt auch Antworten auf die zweite Forschungsfrage:

Welche der identifizierten Erfolgsfaktoren für Vernetzung im Gesundheitswesen finden sich dabei in der Praxis?

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, erfolgt ein Abgleich der in Kapitel 3 dargestellten Forschungsergebnisse mit den neun Erfolgsfaktoren für gelingende Netzwerkarbeit im Gesundheitsbereich, welche in der Bachelorarbeit I identifiziert wurden.

Der Erfolgsfaktor „Kooperativen Mehrwert schaffen“ beschreibt die Wichtigkeit einer gemeinsamen Vision, um auch in schwierigen und mühevollen Zeiten das gemeinsame Ziel nicht aus den Augen zu verlieren. Auch die vier befragten Vertreterinnen und Vertreter des regionalen Care Managements, nennen gemeinsame Ziele der Netzwerketeiligten als einen wesentlichen Faktor für eine gelingende Zusammenarbeit im Netzwerk. Das gemeinsame Bewusstsein, „der Klient steht im Mittelpunkt“, stellt einen förderlichen Faktor für eine gelingende Netzwerkarbeit dar. Im gegenseitigen Austausch in der Region selbst, aber auch mithilfe von regionsübergreifenden Kooperationen zeigt sich der in der Theorie beschriebene Zugang zu unterschiedlichen Ressourcenquellen in der Praxis im Care Management in Vorarlberg sehr deutlich.

Die „Einbeziehung von Patientinnen und Patienten“ findet in der Praxis des Care Managements in Vorarlberg bisher kaum Anwendung. Vonseiten des zentralen Care Managements ist ein derartiger Einbezug in Form von Impulsreferaten in Arbeitsgruppen sehr wohl vorstellbar, findet aber derzeit noch nicht statt. Von den vier analysierten Planungsregionen berichtet eine von der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern bei der Konzeptentwicklung. Von einer direkten Beteiligung der Betroffenen im Rahmen des Care Managements wird in keiner der vier analysierten Planungsregionen berichtet. Aus Sicht der Autorin wird dies in der Praxis durch die Beteiligung von Seniorenbeiräten und Seniorenbörsen in den einzelnen Planungsregionen teilweise kompensiert. Sichtweisen und Bedürfnisse der Zielgruppe „Ältere Menschen“ werden auf diesem Weg ins Netzwerk eingebracht.

Die Absprache mit Krankenhäusern im identifizierten Erfolgsfaktor „Entlassungsmanagement“ ist in den analysierten Planungsregionen größtenteils auf Fallebene bei den Case Managements angesiedelt. In einer der analysierten Planungsregionen erfolgt die Vernetzung auf Ebene des Care Managements. Während die Kooperation in diesem einen Fall als gut bezeichnet wird, wird sie in zwei anderen Regionen als kritisch beschrieben.

Der Erfolgsfaktor „Interaktive Koordination im Netzwerk“ beschreibt die Zusammenarbeit von gleichberechtigten Partnern, welche nach Schaffung einer Vertrauensbasis die gemeinsame Fallbearbeitung in den Mittelpunkt stellen. Gleichberechtigter Partner zu sein bedeutet auch, „Kommunikation auf Augenhöhe“ zu praktizieren, was als weiterer Erfolgsfaktor für gelingende Vernetzung in der Bachelorarbeit I herausgearbeitet wurde. Die vier befragten Care Managerinnen und Care Manager beschreiben sowohl die Zusammenarbeit mit dem zentralen Care Management als auch die Zusammenarbeit der Organisationen in ihrer jeweiligen Planungsregion als sehr positiv. Auch nennen sie als personenbezogene Faktoren, welche für eine gelingende Zusammenarbeit von Bedeutung sind, beispielsweise „hohe kommunikative Fähigkeiten“, „ausgeprägtes Bewusstsein, dass der Klient im Mittelpunkt steht“ oder „im Konsens mit den Dienstleistern arbeiten.“ Da die Zusammenarbeit wie vorab erwähnt, in allen befragten Regionen sehr gut funktioniert, scheinen sowohl Netzwerkkoordination als auch Netzwerkkommunikation gut etabliert zu sein.

Der erarbeitete Erfolgsfaktor „Grenzmanagement“ beschreibt die Herausforderung für die Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner, einerseits die eigene Organisation zu

vertreten und andererseits eine gemeinsame Netzwerkidentität zu entwickeln. Nach Herausforderungen in der Zusammenarbeit der Organisationen befragt, geben alle vier befragten Vertreterinnen und Vertreter des regionalen Care Managements an, von handelnden Personen abhängig zu sein. Derzeit wird die Zusammenarbeit innerhalb der Planungsregionen als sehr gut beschrieben, die laufende Herausforderung besteht jedoch darin, dies auch weiterhin aufrechtzuerhalten.

Die „Besetzung von Schlüsselpositionen“ ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die gelingende Zusammenarbeit im Netzwerk. Die Bestellung der Vertreterinnen und Vertreter des regionalen Care Managements erfolgt in Vorarlberg durch die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister in den einzelnen Planungsregionen. Als Grundlage dient ihnen eine ausführliche Stellenbeschreibung. Diese beinhaltet als persönliche Voraussetzungen neben kaufmännischen Kenntnissen auch Kenntnisse im Konfliktmanagement, im Prozessmanagement, im Systemmanagement sowie im Veränderungsmanagement. Außerdem wird im Stellenprofil Souveränität im Umgang mit komplexen Strukturen und Systemen als persönliche Fähigkeit für eine Stellenbesetzung vorausgesetzt. Aus Sicht der Autorin ist mit der Ausarbeitung des Stellenprofils eine gute Basis für eine erfolgreiche Besetzung von Schlüsselpositionen geschaffen worden. Ob in der Praxis eine optimale Stellenbesetzung erfolgt ist, kann mit den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht beurteilt werden. Auf die Besetzung von Schlüsselpositionen in den Netzwerken der einzelnen Planungsregionen, und somit auf die personelle Vertretung der Einzelorganisationen im Netzwerk, haben die regionalen Care Managerinnen und Care Manager nur dann Einfluss, wenn es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer handelt, die einem Sozialressort unterstellt sind. Die vier analysierten Planungsregionen beschreiben die Zusammenarbeit zwischen den Netzwerketeiligten, wie vorab schon beschrieben, derzeit durchgehend als sehr positiv. In einzelnen Planungsregionen war dies jedoch in der Vergangenheit nicht immer der Fall. Wenn einzelne Vertreterinnen und Vertreter der am Netzwerk beteiligten Einzelorganisationen nicht das notwendige Bewusstsein für die gemeinsamen Ziele aufbringen, kann sich dies negativ auf den Erfolg der gesamten Netzwerkarbeit auswirken. Diese Abhängigkeit des Netzwerkerfolges von den handelnden Personen der einzelnen Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner beschreiben alle vier Befragten als größte Herausforderung in der Zusammenarbeit.

Die „räumliche Nähe der Akteure“, welche in der Bachelorarbeit I ebenfalls als Erfolgsfaktor herausgearbeitet wurde, ist im Care Management in Vorarlberg durch die Bildung von Planungsregionen flächendeckend gegeben. Größere Gemeinden, welche eine eigene Planungsregion bilden, fördern den Wissensaustausch durch die Bildung von regionsübergreifenden Kooperationen. Diese regionalen Kooperationen werden von mehreren befragten Vertreterinnen und Vertretern in den regionalen Care Managements als positiver Faktor für eine gelingende Tätigkeit genannt.

Der Erfolgsfaktor „Digitalisierung“ beschreibt einerseits die Installierung einer gemeinsamen Online-Plattform für die Koordination der Netzwerkaktivitäten und andererseits die Koppelung der Anwendungssysteme einzelner Leistungsanbieter. Die Analyse der Praxis in vier Planungsregionen in Vorarlberg zeigt, dass zwei von vier der analysierten Regionen über eine digitale Abstimmungsplattform verfügen. Weitere digitale Vernetzungsinstrumente sind in den analysierten Planungsregionen nicht vorhanden.

5 Schlussfolgerung und Ausblick

Eine zusammenfassende Betrachtung der erzielten Forschungsergebnisse zeigt, dass durch eine flächendeckende Implementierung des Care Managements im Bundesland Vorarlberg bereits sehr große Erfolge in der Vernetzung von Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbietern im Gesundheitsbereich erzielt werden konnten. Viele der in der Bachelorarbeit I erarbeiteten Erfolgsfaktoren sind in der täglichen Praxis des Care Managements bereits implementiert.

Als Bereiche, in denen noch Verbesserungen möglich sind, wurden folgende identifiziert:

- Einbeziehung von Patientinnen und Patienten
- Entlassungsmanagement
- Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten
- Digitalisierung

Eine aktive Einbeziehung von Patientinnen und Patienten ins Netzwerk erfolgt derzeit weder auf landesweiter Ebene noch auf regionaler Ebene. Über Seniorenbeiräte und Seniorenbörsen gibt es zwar die Einbeziehung der Zielgruppe „Älterer Menschen“, was aber nicht unbedingt einer Einbeziehung von direkt Betroffenen gleichkommt. Aus Sicht der Autorin wäre hier eine Einbeziehung von Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen durchaus sinnvoll, um die Planung, Schaffung und Weiterentwicklung von Angeboten zielgenau an die Bedürfnisse von Betroffenen anpassen zu können.

Im Entlassungsmanagement zeigt sich die Zusammenarbeit zwischen der stationären und der häuslichen Betreuung in jener der vier analysierten Regionen erfolgreich, in der die Abstimmungen auf der Systemebene – beim Care Management – angesiedelt ist. In zwei Regionen, in denen die Abstimmungen auf der Fallebene – beim Case Management – angesiedelt ist, wird die Zusammenarbeit als eher kritisch beschrieben. Im Bereich Entlassungsmanagement könnte aus Sicht der Autorin deshalb versucht werden, durch Einbeziehung der Landeskrankenhäuser ins Care Management, eine Verbesserung der derzeitigen Situation zu erzielen.

Ganz ähnlich zeigt sich die momentane Situation im Bereich der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Zwei befragte Planungsregionen, in denen im Care Management ein direkter Austausch mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

stattfindet, beschreiben die Zusammenarbeit als sehr positiv. In einer weiteren Planungsregion gelingt es trotz mehrfacher Versuche nicht, Ärztinnen und Ärzte ins Netzwerk zu integrieren. Da dieser Bereich sowohl für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, aber auch für die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und der Hauskrankenpflege als sehr wichtig erachtet wird, scheint es hier ratsam, eine landesweite Analyse des IST-Zustandes durchzuführen und im Bedarfsfall eventuell über ein Anreizsystem nachzudenken, um niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Mitwirkung an Gesundheitsnetzwerken schmackhaft machen zu können. Weiteres Entwicklungspotenzial zeigt sich in der vorliegenden Forschungsarbeit im Bereich der Digitalisierung. Neben Online-Plattformen für Projektmanagement und Informationsweitergabe, welche in zwei von vier der analysierten Planungsregionen bereits umgesetzt wurden, scheint es aus Sicht der Autorin auch ratsam, eine Koppelung von Anwendungssystemen einzelner Dienstleister zu prüfen bzw. weitere Schritte in Richtung digitaler Vernetzung zu unternehmen.

Um den sehr erfolgreichen begonnenen Weg des Care Managements in Vorarlberg weiterentwickeln und verbessern zu können, wünschen sich die vier befragten regionalen Care Managerinnen und Care Manager eine Klärung und Verbesserung der organisatorischen Strukturen. Darunter verstehen sie auch die klare Festlegung von Kompetenzen, welche aus Sicht der Befragten ein wesentlicher Faktor für die gelingende Zusammenarbeit im Netzwerk darstellt. Diese Weiterentwicklung des Systems soll nach ihren Vorstellungen „bottom up“ unter Einbeziehung der Fachleute vor Ort erfolgen.

Aus Sicht der Autorin ist das Care Management in Vorarlberg gut etabliert und in den analysierten Planungsregionen gut verankert. Die durchgeführte Forschung lässt jedoch keine Rückschlüsse auf die Arbeit in den restlichen Planungsregionen zu, weil sich die Ausprägungen und Gestaltungen in den einzelnen Planungsregionen doch sehr unterschiedlich dargestellt haben. Um ein ganzheitliches Bild über die Praxis im Care Management in Vorarlberg zu erhalten, müsste eine lückenlose Befragung und Analyse sämtlicher Planungsregionen durchgeführt werden. Nichts desto trotz zeigen sich aber schon in dieser Arbeit Themen, deren Bearbeitung für die Weiterentwicklung des Care Managements in Vorarlberg ein weiterer Schritt in die richtige Richtung sein können.

Literaturverzeichnis

- Angerer, A., Liberatore, F. & Schmidt, R. (2017). Das Netzwerk Gesundheitsökonomie. Winterthur – Vernetzungsgrade sowie Erfolge in der Schnittstellenkoordination. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung* (S. 1-10). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (1998). *Das qualitative Interview zu Analyse sozialer Systeme* (2. Auflage). Wien: WUV Universitätsverlag.
- Fuß, S., & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung* (2. Auflage). Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Helferich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (3., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Herburger, M., Roskosch-Schenker, A., Gstrein, K., Bitschnau, K. W., Bemetz-Kochhafen, S., Jäger, A., ... Plut-Sauer, A. (2017). *Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2017*. Bregenz: Amt der Vorarlberger Landesregierung, connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH. Online: https://vorarlberg.at/web/land-vorarlberg/contentdetailseite/-/asset_publisher/qA6AJ38txu0k/content/betreuungs-und-pflegenetz-vorarlberg-2017?article_id=98802 [Abruf am 19.04.2020]
- Hildebrandt, H., Stunder, B. H., Wetzel, M. & Gröne, O. (2016). Erfolgsfaktoren für Netze und regionale Gesundheitsorganisationen: Organisationsformen, Führung, Patientenorientierung. In S. Eble & C. Kurscheid (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke. Strategie, Konzeption, Steuerung* (S. 60-73). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Huchler, N., Weirich, M., Porschen-Hueck, S., Monz, A., Schmann, S., Böhle, F., ... Franke, C. (2019). Dienstleistungen für Prävention im Altersübergang – die Idee kooperativer Dienstleistungsnetzwerke. In W. Schneider & S. Stadelbacher (Hrsg.), *Der Altersübergang als Neuarrangement von Arbeit und Leben. Kooperative Dienstleistungen für das Alter(n) in Vielfalt* (S. 115-150). Wiesbaden: Springer VS.

- Knop, R. (2009). *Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleiner und mittlerer Unternehmen. Ein IT-gestützter Wegweiser zum Kooperationserfolg*. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Miller, C. (2020). *Leistungsanbieter in der ambulanten Altenbetreuung und Altenpflege in Vorarlberg. Strukturierung und Vernetzung*. (Bachelorarbeit, Ferdinand Porsche FernFH).
- Munshi, S., Heinze, O., Merzweiler, A. & Bergh, B. (2016). Interoperabilität als Basis für die Vernetzung von Gesundheitsregionen. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen I. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung* (S. 77-89). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Porschen-Hueck, S., Wehrich, M. & Huchler, N. (2018). Dynamisches Grenzmanagement in offenen Organisationen. In O. Geramanis & S. Hutmacher (Hrsg.), *Identität in der modernen Arbeitswelt. Neue Konzepte für Zugehörigkeit, Zusammenarbeit und Führung* (S. 235-257). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Scholz, S., Cifrain, M. & Richter, U. (2016). Neue Kooperationsmodelle für eine wohnortnahe und qualitätsgesicherte Homecare-Versorgung. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen I. Bündelung regionaler Ressourcen zum Wachstum und zur Sicherung der Gesundheitsversorgung*.(S. 109-118) Wiesbaden: Springer Gabler.

Online Quellen:

<http://oegcc.at/die-oegcc/grundlagenpapier/> Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management. [Abruf am 16.05.2020]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begriffsbestimmung qualitativ orientierter Interviewformen.....	7
Abbildung 2: Ablaufmodell des problemzentrierten Interviews.....	8
Abbildung 3: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung.....	17
Abbildung 4: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung.....	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragetypen.....	9
Tabelle 2: Interviewdauer.....	11
Tabelle 3: Gebildete Kategorien.....	20

Interviewleitfaden – Dipl.-Bw.ⁱⁿ (FH) Andrea Roskosch-Schenker

1) Andrea, du bist beim Amt der Vorarlberger Landesregierung verantwortlich für den Bereich Care Management. Was sind deine Aufgaben in dieser Funktion?

- a) Wie läuft dein Arbeitsalltag ab?
- b) Welche Schwerpunkte gibt es in deiner Arbeit?

2) Was muss/kann man sich unter dem Begriff Care Management vorstellen?

-> eventuell kann diese Frage entfallen, wenn dieser Punkt schon bei Frage eins geklärt wird

3) Welche Leistungsanbieter bzw. Organisationen sind miteinander vernetzt?

- a) Ist das in Vorarlberg einheitlich, oder gibt es regionale Unterschiede bei den Beteiligten?
- b) Welche freiwilligen Akteure (PatientInnen, Angehörige) sind neben professionellen Organisationen ins Care Management eingebunden?
- c) Weshalb ist das so?

4) Wie findet die Koordination des Care Managements statt?

- a) Welche schriftlich festgehaltenen Rahmenbedingungen für die Netzwerkkoordination bestehen?
- b) Sind diese für Vorarlberg einheitlich, oder gibt es regionale Unterschiede?

5) Wie erfolgt die Auswahl von geeigneten Care Mangerinnen und Care Managern?

- a) Wer trifft die Auswahl?
- b) Welche fachlichen und persönlichen Kompetenzen sind wichtig?

6) Was läuft derzeit deiner Meinung nach gut und wo siehst du Entwicklungspotenzial?

Interviewleitfaden – regionale Caremanagerinnen und Caremanager

1) Herr/Frau Sie sind in der Region als Care Manager(in) tätig. Was sind Ihre Aufgaben in dieser Funktion?

- a) Wie läuft Ihr Arbeitsalltag ab?
- b) Welche Schwerpunkte gibt es in dieser Tätigkeit?

2) Wie viele Gemeinden umfasst ihr Tätigkeitsgebiet und welche Leistungsanbieter bzw. Organisationen sind ins regionale Care Management eingebunden?

3) Welche Aktivitäten werden im Care Management gesetzt?

- a) Wie erfolgt die Abstimmung zwischen den Organisationen?
- b) Gibt es schriftliche Rahmenbedingungen?
- c) Gibt es eine digitale Vernetzung zwischen den Organisationen

4) Welche Faktoren sind Ihrer Meinung nach für eine gelingende Zusammenarbeit im Care Management ausschlaggebend?

- a) personenbezogen?
- b) systembezogen?
- c) Welche Beispiele aus der Praxis gibt es hier?

5) Wo sehen Sie die größten Herausforderungen in der Zusammenarbeit der Organisationen?

- a) Struktur?
- b) Ablauf?
- c) Austausch?
- d) Welche Beispiele aus der Praxis gibt es hier?

6) Was läuft derzeit Ihrer Meinung nach gut und wo sehen Sie Entwicklungspotenzial?

Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

Teilnehmerinformation „Die Praxis des Care Managements in Vorarlberg“

Sehr geehrte/r Interviewteilnehmer/in!

Herzlichen Dank für die Bereitschaft für ein Einzelinterview zum Thema „Die Praxis des Care Managements in Vorarlberg“.

Kurzinformation über die Forschungsarbeit:

Im Rahmen der Bachelorarbeit II soll mithilfe der Befragung von Care Managerinnen und Care Managern, sowie von Frau Dipl.-Bw.ⁱⁿ (FH) Andrea Roskosch-Schenker, verantwortliche Mitarbeiterin für den Bereich Care Management beim Amt der Vorarlberger Landesregierung erforscht werden, wie die Praxis des Care Managements in Vorarlberg derzeit stattfindet. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob sich die in der Bachelorarbeit I identifizierten Erfolgsfaktoren für gelingende Vernetzung im Gesundheitsbereich in der Praxis in Vorarlberg widerfinden.

Zweck der Studie:

Zweck der Studie ist es Erfahrungsberichte aus der Praxis einzuholen.

Zwecke der Datenerhebung und Verarbeitung:

Die erhobenen Interviewdaten werden nach Transkription mithilfe einer qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet und dienen dazu, die Forschungsfragen der Bachelorarbeit II zu beantworten.

Welche Daten werden gespeichert?

Indirekt personenbezogene Audiodaten und nicht personenbezogene, anonymisierte Transkripte.

Wie lange werden die Daten gespeichert?

10 Jahre

Wer hat Zugriff auf die Daten?

Die Forscherin hat Zugriff auf die indirekt personenbezogenen Audiofiles. Die Leserinnen und Leser der Bachelorarbeit haben Zugriff auf Ausschnitte aus den anonymisierten Transkripten.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

Wenn Sie eine Einwilligung erteilt haben, Ihre personenbezogenen Daten zu verarbeiten, haben Sie das Recht, die erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, d.h. Ihr Widerruf berührt die Rechtmäßigkeit der vor dem Widerruf auf Basis der Einwilligung erfolgten Verarbeitung Ihrer Daten nicht.

Zusätzlich haben Sie folgende Rechte

- Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten
- Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit und Widerruf

Diese Rechte können Sie bei der verantwortlichen Forscherin (Carmen Miller) geltend machen (carmen.miller@mail.fernfh.ac.at)

Außerdem besteht das Recht auf Beschwerde bei der österreichischen Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8, 1080 Wien, Telefon: +43 1 52 152 0, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.

Einwilligungserklärung „Die Praxis des Care Managements in Vorarlberg“

Name der/des Teilnehmerin/Teilnehmers in Druckbuchstaben:

.....

Ich habe dieses Informationsschreiben gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Mit meiner persönlich datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis zur Teilnahme an einem Interview.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin

.....

(Datum und Unterschrift der/des Teilnehmerin/Teilnehmers)

.....

(Datum und Unterschrift der Forscherin)

Transkription von Interviews

Die Regel am Studiengang ist, dass ausnahmslos jedes Interview vollständig transkribiert werden muss.

D.h. Die Interviews müssen aufgezeichnet (z.B. mit dem Handy oder einem MP3-Player) und dann vollständig vertextet werden. Die Transkripte müssen der Betreuer_in pseudonymisiert übergeben werden (d.h. der Name, die Firma, der Wohnort, etc. werden durch Buchstaben- und Zahlencodes ersetzt). In der Regel werden Transkripte der Bachelorarbeit nicht beigelegt.

Das Transkript wird mit einem Code (z.B. INT1 – für Interview 1) und Zeilennummern versehen, um bei der Analyse auf diese verweisen zu können. Damit finden Sie problemlos Textteile aus der Analyse im Originaltranskript und Ihre Analyse wird dadurch nachvollziehbar.

Transkriptionsregeln¹

1. Transkribieren Sie wörtlich und nicht zusammenfassend. Sog. "leichte Glättung": d.h. sog. "breiten Dialekt" korrigieren, Beibehalten von: umgangssprachlichen Ausdrucksweisen, Mundart, falsche Satzstellung, falsche Ausdrucksweise.
2. Jedes Statement, das die Identifizierung der interviewten Person ermöglichen würde (z.B. Namen, Orte, berufliche Stellung) müssen pseudonymisiert werden und in Klammer gesetzt werden, z.B. Frau [Name], in [Ort].
3. Angefangene, aber abgebrochene Wörter oder Sätze sowie Stottern können weggelassen werden; auch "ähs" etc. zur besseren Lesbarkeit. Wortverdoppelungen werden nur dann transkribiert, wenn sie zur Betonung verwendet wurden ("Das ist sehr, sehr wichtig für mich.") Halbe Sätze werden transkribiert.
4. Zeichensetzung wird zur besseren Lesbarkeit geglättet. Kurzes Brechen der Stimme oder zweideutige Betonungen werden bevorzugt durch Punkte statt durch Beistriche gekennzeichnet.
5. Pausen werden durch Auslassungspunkte in Klammer angegeben (...).
6. Besonders betonte Wörter werden in Großbuchstaben geschrieben.
7. Emotionale Äußerungen (lachen, Seufzer) oder Unterbrechungen (z.B. durch ein Telefongespräch) werden in Klammer transkribiert.
8. Unverständliche Wörter werden folgendermaßen transkribiert: (*inc.*). Ev. Grund dazu angeben: (*inc., Handy läutet*) oder (*inc., Mikrofonstörung*). Wenn Sie ein bestimmtes Wort vermuten, dann geben Sie das Wort in Klammer dazu an mit Fragezeichen.
9. Der/die Interviewer/in wird mit "I:" gekennzeichnet, die interviewte Person durch "B:" (für Befragte/r). Bei mehreren befragten Personen, wird zusätzlich zu "B" eine Nummer angegeben.

¹ Dresing, T., Pehl, T. & Schmieder, C. (2015): Manual (on) Transcription. Transcription Conventions, Software Guides and Practical Hints for Qualitative Researchers. 3rd English Edition. Marburg Available Online: <http://www.audiotranskription.de/english/transcription-practicalguide.htm> (Access: 01.03.2016).