

**Leistungsanbieter in der ambulanten Altenbetreuung
und Altenpflege in Vorarlberg**

Strukturierung und Vernetzung

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Carmen Miller

51807391

Begutachterin: Mag. Stefanie Kuso, Bakk.

Fraxern, Februar 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, reading "Armin Müller". The signature is written in a cursive style with a large initial 'A'.

02. Februar 2020

Unterschrift

Abstract

Viele Menschen äußern den Wunsch, ihr Leben auch mit steigendem Alter und zunehmendem Hilfebedarf noch in ihrer häuslichen Umgebung verbringen zu können. Aufgrund der stetig steigenden Kosten im Gesundheits- und Pflegebereich und der begrenzten Anzahl an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen ist es auch im Interesse der politisch verantwortlichen Personen, eine gute Angebotsstruktur in der ambulanten Altenbetreuung und -pflege zu etablieren.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, welche Leistungsanbieter für Betreuungs- und Pflegeleistungen es in der ambulanten Altenbetreuung und -pflege im Bundesland Vorarlberg gibt. In diesem Zusammenhang wird auch die Trägerstruktur dieser Leistungsanbieter analysiert und bildhaft dargestellt.

In einem weiteren Teil der Arbeit werden mithilfe einer Literaturanalyse Erfolgsfaktoren für gelingende Vernetzung von Leistungsanbietern im Gesundheitsbereich herausgearbeitet. Es konnten neun Faktoren identifiziert werden, welche einen wichtigen Beitrag zum Gelingen von sektorübergreifenden Gesundheitsnetzwerken leisten können. Im letzten Teil der Arbeit wird schließlich aufgezeigt, welche Vernetzungsaktivitäten zwischen den einzelnen Leistungsanbietern in Vorarlberg bereits Bestand haben.

Schlüsselbegriffe: Leistungsanbieter, Altenbetreuung, Altenpflege, Vorarlberg, Struktur, Vernetzung, Erfolgsfaktor

Abstract

Many people regardless of age or health condition wish to continue to live within their natural home environment. Due to the ever increasing costs of home health services, elderly care and the limit number of inpatient care facilities, it is imperative that our politicians meet this growing demand and increase the infrastructure to be able to offer more nursing home care, elderly care and inpatient services.

This thesis examines the current situation in the Austrian province of Vorarlberg, investigating who is providing home nursing care, care for elderly and inpatient services. These service providers will be analysed then evaluated for their support structure and networking.

In addition, nine major networking factors have been identified using literature analysis, that determine the effectiveness of these service providers in cross sector health. These are compared to the current individual service providers and networking structures in Vorarlberg.

Keywords: service provider, care for the elderly, Vorarlberg, structure, networking, success factor

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung.....	1
1.2	Forschungsfragen.....	2
1.3	Zielsetzung der Arbeit.....	2
1.4	Aufbau der Arbeit.....	2
1.5	Methoden.....	3
2	Begriffsdefinitionen Mobile Pflege- und Betreuungsangebote	4
2.1	Heimhilfe.....	4
2.2	Hauskrankenpflege.....	5
2.3	Medizinische Hauskrankenpflege.....	5
2.4	Besuchsdienste.....	6
2.5	Reinigungsdienste.....	6
2.6	Personenbetreuung.....	6
3	Leistungsanbieter in Vorarlberg	7
3.1	Krankenpflegevereine.....	7
3.2	Mobile Hilfsdienste.....	8
3.3	Personenbetreuung.....	10
4	Struktur der Leistungsanbieter	11
4.1	Struktur Krankenpflegevereine.....	11
4.2	Struktur Mobile Hilfsdienste.....	15
5	Vernetzung der Leistungsanbieter	16
5.1	Warum Vernetzung?.....	16
5.2	Erfolgsfaktoren für Vernetzung.....	18
5.2.1	Mehrwert schaffen.....	19
5.2.2	Einbeziehung der Patientinnen und Patienten.....	19
5.2.3	Interaktive Koordination im Netzwerk.....	20
5.2.4	Entlassungsmanagement.....	21
5.2.5	Grenzmanagement.....	22
5.2.6	Besetzung von Schlüsselpositionen.....	22
5.2.7	Kommunikation auf Augenhöhe.....	23

5.2.8 Räumliche Nähe der Akteure	23
5.2.9 Digitalisierung.....	24
5.3 Vernetzung in Vorarlberg	25
5.3.1 Case Management.....	26
5.3.2 Care Management.....	29
6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	32
7 Zusammenfassung und Ausblick	35
Literaturverzeichnis	36
Abbildungsverzeichnis	40

1 Einleitung

Wenn Menschen älter werden und sich erster Hilfebedarf einstellt, wird sehr häufig der Wunsch geäußert, in der häuslichen Umgebung bleiben zu können. Dies ist nicht nur der Wunsch älterer Menschen, sondern auch ein zentrales Interesse der Politik. So nennt beispielsweise die Vorarlberger Landesrätin Frau Katharina Wiesflecker in ihren Einführungsworten im Bericht Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2017: „So viel wie möglich ambulant, so viel wie nötig stationär“ (Herburger et al., 2017, S. 3) als Leitgedanken für die nächsten Jahre.

Mit steigender Morbidität im Alter ist es für Menschen oftmals nicht mehr möglich, sämtliche Aktivitäten des täglichen Lebens allein und eigenständig auszuführen und zu bewältigen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Hilfestellungen von Familienangehörigen, Freundinnen und Freunden oder aber auch von professionellen Dienstleistern in Anspruch zu nehmen.

Als relevante haushalts- und personenbezogene Dienstleistungen gelten Teilhabe im Sinne von sozialer Einbeziehung älterer Menschen, haushaltsnahe Dienstleistungen, Sicherheit und Grundpflege sowie fachpflegerische Unterstützung (Isfort, Weidner, von der Malsburg & Lungen, 2012, S. 6). Die Nachfrage nach Dienstleistungen und auch die Intensität sind individuell sehr unterschiedlich. In manchen Fällen können Unterstützungsnetzwerke mit fortschreitendem Verlust von Fähigkeiten kontinuierlich ausgebaut werden, in anderen Fällen kann aber auch durch ein plötzlich stattfindendes Ereignis abrupt der rasche Aufbau eines tragfähigen Unterstützungsnetzes vonnöten sein (Isfort et al., 2012, S. 22).

1.1 Problemstellung

Auswertungen der Statistik Austria belegen, dass im Jahr 2017 in Vorarlberg der Versorgungsgrad (Anteil der betreuten/gepflegten Personen an der Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger) bei den mobilen Diensten mit 46,2 % den höchsten Wert aller Bundesländer aufweist. Den zweitgrößten Wert verzeichnet das Bundesland Tirol mit 36,2 %, während der Anteil in Gesamtösterreich bei 20,6 % liegt (Pratscher, 2019, S. 145).

Das Bundesland Vorarlberg hebt sich damit beim Versorgungsgrad der mobilen Dienste doch deutlich vom Rest Österreichs ab. Die Hauskrankenpflege, wie man sie

in Vorarlberg kennt, ist nicht nur österreichweit, sondern auch europaweit einzigartig. Im Zuge der vorliegenden Arbeit, soll diese daher analysiert und beschrieben werden. Gerade wenn Strukturen regional und dadurch kleinräumig sind, sind ein guter Austausch und eine gute Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden und Leistungserbringern essenziell für Effektivität und Effizienz des Systems.

1.2 Forschungsfragen

Mithilfe einer Dokumenten- und Literaturanalyse sollen im Zuge der Arbeit folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

- Welche Leistungsanbieter für ambulante Pflege- und Betreuungsangebote im Bereich der Altenbetreuung gibt es in Vorarlberg und wie sind sie strukturiert?
- Welche Faktoren sind für eine gelingende Vernetzung im Gesundheitsbereich von Bedeutung?

1.3 Zielsetzung der Arbeit

Mit der Beantwortung der Forschungsfragen soll in einem ersten Schritt dokumentiert und zusammengefasst werden, welche Leistungsanbieter es in Vorarlberg gibt und welche Trägerstrukturen diese Leistungsanbieter haben. In einem weiteren Teil soll analysiert werden, welche Faktoren für eine gute Vernetzung unterschiedlicher Leistungsanbieter im Gesundheitswesen entscheidend sind, wonach dann im Anschluss betrachtet wird, welche Vernetzungstätigkeiten im Bundesland Vorarlberg bereits etabliert sind.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Kapitel eins beinhaltet die Einleitung zum Thema und stellt Problemstellung, Forschungsfragen und Zielsetzung der Arbeit dar.

Das Kapitel zwei „Begriffsdefinitionen“ soll dazu beitragen, ein einheitliches Verständnis für die verwendeten Begriffe sicherzustellen.

Die Darstellung der Leistungsanbieter für mobile Pflege- und Betreuungsangebote in Vorarlberg findet sich in Kapitel drei.

Kapitel vier geht der Frage nach, wie diese Leistungsanbieter strukturiert sind. Wer sind die Träger? Wie sind die Tätigkeitsgebiete regional eingeteilt?

Kapitel fünf der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, weshalb Vernetzung im Gesundheitsbereich von Bedeutung ist und welcher Nutzen durch Vernetzung erzielt werden kann. Außerdem wird dargestellt, welche Erfolgsfaktoren in der Literatur für gelingende Vernetzung identifiziert werden können. Im Anschluss an die Betrachtung von Vernetzungserfolgen, welche in der Literatur in verschiedenen örtlichen und inhaltlichen Kontexten zu finden sind, wird im Zuge der Arbeit analysiert, welche Vernetzungsaktivitäten im Bundesland Vorarlberg zum jetzigen Zeitpunkt bereits implementiert sind.

Auf Basis der vorangegangenen Literaturanalyse werden in Kapitel sechs die Ergebnisse diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet.

Zusammenfassung und Ausblick auf weiterführende Analysen runden die vorliegende Arbeit in Kapitel sieben ab.

1.5 Methoden

Als methodisches Vorgehen zur Erreichung der Zielsetzung und zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Literaturanalyse gewählt. Es wurde Fachliteratur in Form von Büchern und wissenschaftlichen Artikeln herangezogen. Regionale Unterlagen wurden von den jeweils zuständigen Stellen für die Erstellung der vorliegenden Arbeit zur Verfügung gestellt. Die Recherche erfolgte in der eBibliothek der Ferdinand Porsche FernFH sowie im Internet.

2 Begriffsdefinitionen Mobile Pflege- und Betreuungsangebote

Um ein einheitliches Verständnis sicherzustellen, werden zu Beginn der Arbeit die verwendeten Begriffe definiert. Ziel ist dabei festzuhalten, was unter mobilen Pflege- und Betreuungsangeboten verstanden wird bzw. welche Leistungsbereiche zu diesen Angeboten zählen.

Mobile Pflege- und Betreuungsangebote zeichnen sich im Gegensatz zu stationären und teilstationären Angeboten dadurch aus, dass die Leistungserbringung im eigenen Zuhause der betroffenen Person erfolgt. Es handelt sich dabei um eine Summe unterschiedlicher Leistungsangebote wie beispielsweise die Heimhilfe, Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenpflege, Besuchs- und Reinigungsdienste sowie die Personenbetreuung. Teilweise werden diese mobilen Pflege- und Betreuungsangebote auch als mobile Dienste, spitalexterne Dienste, soziale Dienste oder Gesundheitsdienste bezeichnet (Matolycz, 2016, S. 26).

2.1 Heimhilfe

Heimhelferinnen und Heimhelfer absolvieren eine Ausbildung im Ausmaß von 244 Unterrichtseinheiten Theorie sowie 80 Stunden Praktikum im stationären Bereich und 120 Stunden Praktikum im ambulanten Bereich (www.connexia.at, 19.08.2019). Die Aufgaben der Heimhelferinnen und Heimhelfer sind vorrangig die Unterstützung bei der Haushaltsführung in Form von Hilfestellung bei Reinigungsarbeiten, bei der Wäscherversorgung, bei der Zubereitung von Mahlzeiten sowie bei der Erledigung von Einkäufen und Besorgungen aller Art. Ebenfalls zählt die Förderung von Sozialkontakten zu einem wesentlichen Aufgabengebiet der Heimhelferinnen und Heimhelfer. Unter Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe unterstützen sie die Betroffenen auch bei der Basisversorgung, wozu beispielsweise Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken sowie das Erinnern an die Einnahme von Medikamenten und die Applikation von verordneten Salben und Pflegeprodukten zählen (Matolycz, 2016, S. 26).

2.2 Hauskrankenpflege

Die Durchführung der Hauskrankenpflege erfolgt durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten. Die Leistungserbringung von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten erfolgt immer unter Anordnung und Aufsicht des gehobenen Dienstes. Sie umfasst die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche:

1. Erhebung des Pflege- und Betreuungsbedarfes
2. Erstellung von Pflege- und Betreuungsplänen
3. Überwachung, Koordination und Evaluierung des Pflege- und Betreuungsprozesses
4. Anleitung von Klienten und Angehörigen
5. pflegerische Maßnahmen wie Körper-, Haut-, Haar- und Zahnpflege
6. pflegerische Maßnahmen im Zusammenhang mit Ernährung, Mobilisation und Lagerung
7. Inkontinenzversorgung
8. einfache Wundversorgung
9. Krankenbeobachtung
10. prophylaktische Pflegemaßnahmen
11. Pflege, Reinigung und Desinfektion von verwendeten Pflegebehelfen sowie
12. medizinische Hauskrankenpflege (Matolycz, 2016, S. 27)

2.3 Medizinische Hauskrankenpflege

Die Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege werden durch den gehobenen Dienst nach ärztlicher Anordnung ausgeführt. Es handelt sich dabei um die Mitwirkung an therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen wie beispielsweise die Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten und Injektionen, die Setzung und Versorgung von Kathetern sowie das Wechseln von Verbänden und die Wundversorgung. Ziel der medizinischen Hauskrankenpflege ist es, Krankenhausaufenthalte zu ersetzen bzw. zu verkürzen. Die Dauer der Versorgung ist auf vier Wochen beschränkt. Danach ist eine chefärztliche Bewilligung erforderlich (Matolycz, 2016, S. 27).

2.4 Besuchsdienste

Zu diesem Tätigkeitsbereich zählen die Förderung sozialer Kontakte, die Erledigung von Einkäufen und Botengängen bzw. die Begleitung dabei, die Pflege von Pflanzen und Tieren sowie die Unterstützung und Entlastung von Angehörigen. Nicht weniger wichtig ist die Beschäftigung mit den Klientinnen und Klienten in Form von beispielsweise Gesprächen, Spielen oder Spaziergängen (Matolycz, 2016, S. 27).

2.5 Reinigungsdienste

Während Heimhilfen kleinere Reinigungsarbeiten durchführen und sozusagen „den genutzten Wohnbereich sauber halten“, führen Reinigungsdienste sämtliche Reinigungs- und Aufräumarbeiten durch. Dies umfasst die Reinigung der Böden, Fenster, Türen und des Sanitärbereiches ebenso wie die Wäschepflege und das Wechseln der Vorhänge (Matolycz, 2016, S. 28).

2.6 Personenbetreuung

Die Personenbetreuung kombiniert das Leistungsangebot Betreuung mit leichten pflegerischen Tätigkeiten an betreuungsbedürftigen Menschen. Das Aufgabengebiet wird aufgeteilt in haushaltsnahe Tätigkeiten, Tätigkeiten zur Förderung sozialer Kontakte und Unterstützung bei der Lebensführung, wozu die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme, bei der Medikamenteneinnahme, bei der Körperpflege, bei der Ausscheidung, bei Aufstehen, Gehen und Niederlegen und die Unterstützung beim An- und Auskleiden zählen. Bei den zuletzt genannten Diensten arbeiten Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer unter Anleitung und Aufsicht des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege. Während alle bisher genannten Dienste ihre Leistungen stundenweise anbieten und die Wohnung der Klienten wieder verlassen, müssen Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer gemäß Hausbetreuungsgesetz mindestens 48 Stunden pro Woche beschäftigt sein und müssen von der zu betreuenden Person in die Hausgemeinschaft aufgenommen werden (Matolycz, 2016, S. 28).

Gemäß Hausbetreuungsgesetz sind die Betreuungspersonen verpflichtet, mit Angehörigen anderer Berufsgruppen, die in die Betreuung und Pflege eingebunden sind, zusammenzuarbeiten (Matolycz, 2016, S. 29).

3 Leistungsanbieter in Vorarlberg

Die in Kapitel 2 beschriebenen Pflege- und Betreuungsangebote werden in Vorarlberg flächendeckend von den Krankenpflegevereinen und den Mobilien Hilfsdiensten angeboten. Diese Vereinsstruktur ist europaweit eine Besonderheit und soll deshalb in diesem Kapitel erläutert werden.

3.1 Krankenpflegevereine

Der erste Krankenpflegeverein wurde 1899 in Lustenau gegründet. Basierend auf dem Solidaritätsgedanken gibt es mehr als 62.000 Familienmitgliedschaften bei den Vorarlberger Krankenpflegevereinen. Bei einer Anzahl von 167.000 Privathaushalten im Jahr 2018 (Statistik Austria, 2019) handelt es sich dabei um eine sehr starke Durchdringung. Mit ihrem jährlichen Mitgliedsbeitrag unterstützen die Mitglieder die Arbeit des Vereines und sichern sich gleichzeitig das Recht auf eine Betreuung und Pflege in ihren eigenen vier Wänden, wenn der Bedarf für sie gegeben ist. Bei Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen wird zusätzlich ein geringer freiwilliger Pflegebeitrag als Aufwandsentschädigung vorgeschrieben (www.hauskrankenpflege-vlbg.at, 10.09.2019).

Die Vorstandsmitglieder der Krankenpflegevereine sind ehrenamtlich tätig. Dies wirkt sich positiv auf die Kostenstruktur der Vereine aus und macht es möglich, dass sich die Vereine zu rund 38 % durch Mitgliedsbeiträge, Pflegebeiträge, Spenden und sonstige Vereinsaktivitäten eigenfinanzieren. Die restlichen Finanzmittel werden durch das Land Vorarlberg, die Sozialversicherungsträger und die Gemeinden zu Verfügung gestellt (www.hauskrankenpflege-vlbg.at, 10.09.2019).

Es bestehen derzeit 66 Krankenpflegevereine, welche flächendeckend in den 96 politischen Gemeinden Vorarlbergs tätig sind. Eine Tatsache, welche die sehr kleinräumige Struktur dieser Organisationen widerspiegelt. Dies hat einerseits eine tiefe Verankerung und Verbindung zu den jeweiligen Gemeinden zur Folge und bringt gleichzeitig auch ein großes Vertrauen der Mitglieder in den eigenen Krankenpflegeverein mit sich (www.hauskrankenpflege-vlbg.at, 10.09.2019).

Über 300 angestellte Pflegekräfte, davon 83 % Angehörige des gehobenen Dienstes, stellen vorarlbergweit eine professionelle und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicher. Neben der Erbringung der medizinischen Pflege in Absprache mit den

Hausärzten beraten sie auch über die verschiedenen Pflegeangebote, erledigen die Anträge bei den Krankenversicherungen und sind Ansprechpartner für die Angehörigen der Pflegebedürftigen (www.hauskrankenpflege-vlbg.at, 10.09.2019).

Ebenfalls bei den Krankenpflegevereinen angesiedelt ist der Bereich ambulante gerontopsychiatrische Pflege. Es handelt sich dabei um ein Projekt, welches 2013 vom Vorarlberger Sozialfonds beauftragt und von der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH gestartet wurde. Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sollen soweit unterstützt werden, dass ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem häuslichen Umfeld möglich ist. Die Leistungserbringung erfolgt bei Bedarf im Austausch mit weiteren involvierten Systempartnerinnen und Systempartnern (Herburger et al., 2017, S. 28).

Mit Stand 31.12.2018 sind 13 ambulante gerontopsychiatrische Pflegekräfte in Vorarlberg tätig, welche 10 der 19 Planungsregionen der regionalen Bedarfs- und Entwicklungsplanung abdecken (Herburger et al., 2018, S. 28). Im Jahr 2018 wurden insgesamt 312 Klientinnen und Klienten betreut. Bei den Krankheitsbildern zeigt sich, dass bei den im Jahr 2018 neu dazugekommenen Klientinnen und Klienten über die Hälfte an Demenzerkrankungen (31 %) oder Depression (23 %) leiden. Auch Suchterkrankungen, Wahn, Schizophrenie und Bipolare Störungen gehören zu den Krankheitsbildern, welche bei den betreuten Klientinnen und Klienten diagnostiziert wurden (Illmer & Hebenstreit, 2018, S. 14f.).

3.2 Mobile Hilfsdienste

Die Mobilen Hilfsdienste entstanden aus der Nachbarschaftshilfe und sind wie auch die Hauskrankenpflege als Vereine organisiert. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, bedarfsgerechte Unterstützung für Menschen mit Betreuungsbedarf sowie deren Angehörige anzubieten. Die Hilfestellungen sollen den persönlichen Bedürfnissen angepasst werden und dazu beitragen, dass Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können. Die Förderung der Lebensqualität und der Selbstständigkeit der betreuten Klienten steht im Mittelpunkt der Arbeit (www.mohi.at, 10.09.2019).

Vorarlbergweit gibt es derzeit mit 48 örtlichen Mobilen Hilfsdiensten ein flächendeckendes Angebot an Betreuungsleistungen. Mit dem Dachverband Arbeitsgemeinschaft

Mobile Hilfsdienste steht den Vereinen eine Organisation zur Seite, welche besonders in sozial- und steuerrechtlichen Angelegenheiten beratend und unterstützend tätig ist. Weitere Aufgaben und Serviceangebote des Dachverbandes sind die Organisation und Durchführung von Weiterbildungsmöglichkeiten, die Verhandlung mit den Fördergebern, die Beratung und Unterstützung der Vereine in organisatorischen und fachlichen Belangen, die Weitergabe aktueller Informationen zu Arbeits-, Sozial- und Steuerrecht betreffend der Verträge, die Unterstützung beim Aufbau neuer Einrichtungen und bei der Weiterentwicklung der Vereine sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Systempartnern und mit anderen sozialen Einrichtungen (www.mohi.at, 10.09.2019).

Bei den Mobilen Hilfsdiensten handelt es sich teilweise um eigenständige Vereine. Teilweise sind diese Organisationen aber auch an Krankenpflegevereine, Sozialsprengel, Sozialzentren, andere Vereine oder direkt an die Gemeinden angegliedert. Auf diese unterschiedlichen Strukturen wird im Kapitel vier dieser Arbeit näher eingegangen (www.mohi.at, 10.09.2019).

Im Jahr 2018 waren insgesamt 2.110 Helferinnen und Helfer bei den Mobilen Hilfsdiensten im Einsatz. 184 von ihnen, das entspricht einem Anteil von knapp 11 %, haben die Heimhilfeausbildung absolviert. Nur ein kleiner Anteil von 5 % der Helferinnen und Helfer sind bei den Vereinen angestellt. Voraussetzung für eine Anstellung ist die Absolvierung der Heimhilfeausbildung. Die restlichen 95 % der Helferinnen und Helfer sind auf selbständiger Basis entweder im Vermittlungsvertrag (63 %) oder im Freien Dienstvertrag (32 %) tätig. In diesen beiden Vertragsformen ist eine Mitarbeit auch ohne Absolvierung der Heimhilfeausbildung möglich. Die laufende Teilnahme an Schulungen und Weiterbildungen ist für sämtliche Helferinnen und Helfer, egal in welcher Vertragsform, jedoch unerlässlich (Herburger et al., 2018, S. 16ff.).

Die Leistungen der Mobilen Hilfsdienste unterteilen sich in folgende drei Bereiche

- betruerische Hilfen
- hauswirtschaftliche Hilfen
- Hilfestellungen

Der Bereich betruerische Hilfen umfasst die Unterstützung bei Behördengängen und Besorgungen, die Aktivierung und Unterstützung von Eigeninitiativen und die Förderung der Fähigkeiten und die mitmenschliche Begleitung wie beispielsweise zuhören,

vorlesen und spazieren gehen. Im Bereich hauswirtschaftliche Hilfen sind die Reinigung des genutzten Wohnbereiches, die Wäscheversorgung, das Einkaufen und die Unterstützung bei der Zubereitung von Mahlzeiten subsummiert. In den Bereich der Hilfestellungen fallen einfache Handreichungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und die Hilfe zur Selbsthilfe. Ausgebildete Heimhelferinnen und Heimhelfer erbringen unter Anleitung und Aufsicht des gehobenen Dienstes auch Unterstützungsleistungen bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden sowie im Bedarfsfall bei der Nahrungsaufnahme (www.mohi.at, 12.12.2019).

3.3 Personenbetreuung

Stellvertretend für zahlreiche private Anbieter, die Leistungen im Bereich Personenbetreuung anbieten, soll in dieser Arbeit der Betreuungspool Vorarlberg beschrieben werden.

Im Juni 2007 wurde der Betreuungspool Vorarlberg mit seinen Gesellschaftern ARGE Mobile Hilfsdienste (51 %) und Landesverband Hauskrankenpflege (49 %) als gemeinnützige GmbH gegründet. Er vermittelt Tagesbetreuerinnen und Tagesbetreuer ab einem Betreuungsumfang von ca. 20 Wochenstunden und Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer für die 24-Stunden-Betreuung (www.mohi.at, 10.09.2019).

Der Betreuungspool Vorarlberg bietet Menschen mit Betreuungsbedarf Beratung, Vermittlung und Begleitung. Im Bereich „Beratung“ wird in einem persönlichen Gespräch vor Ort die individuelle Situation erhoben und es wird gemeinsam versucht, die bestmögliche Unterstützung für die jeweilige Betreuungssituation zu finden. Im nächsten Schritt „Vermittlung“ wird im Regelfall innerhalb einer Woche – bei dringendem Bedarf auch schneller – eine Betreuungsperson vermittelt, welche die Betreuung zu Hause übernimmt. Auch die notwendigen Formalitäten wie Verträge, Förderungsansuchen usw. werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betreuungspool Vorarlberg erledigt. Um die bestmögliche „Begleitung“ betreuungsbedürftiger Menschen und deren Angehörigen sicherzustellen, sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Betreuungspools Vorarlberg drei- bis viermal vor Ort und treten wöchentlich mit den betroffenen Personen in Kontakt. Dies solange, bis die Betreuung gewährleistet ist. Durch vierteljährliche Besuche im Anschluss kann auf Veränderungen in der Betreuungssituation und auch auf eventuelle Konfliktsituationen rasch reagiert werden (www.betreuungspool.at, 17.09.2019).

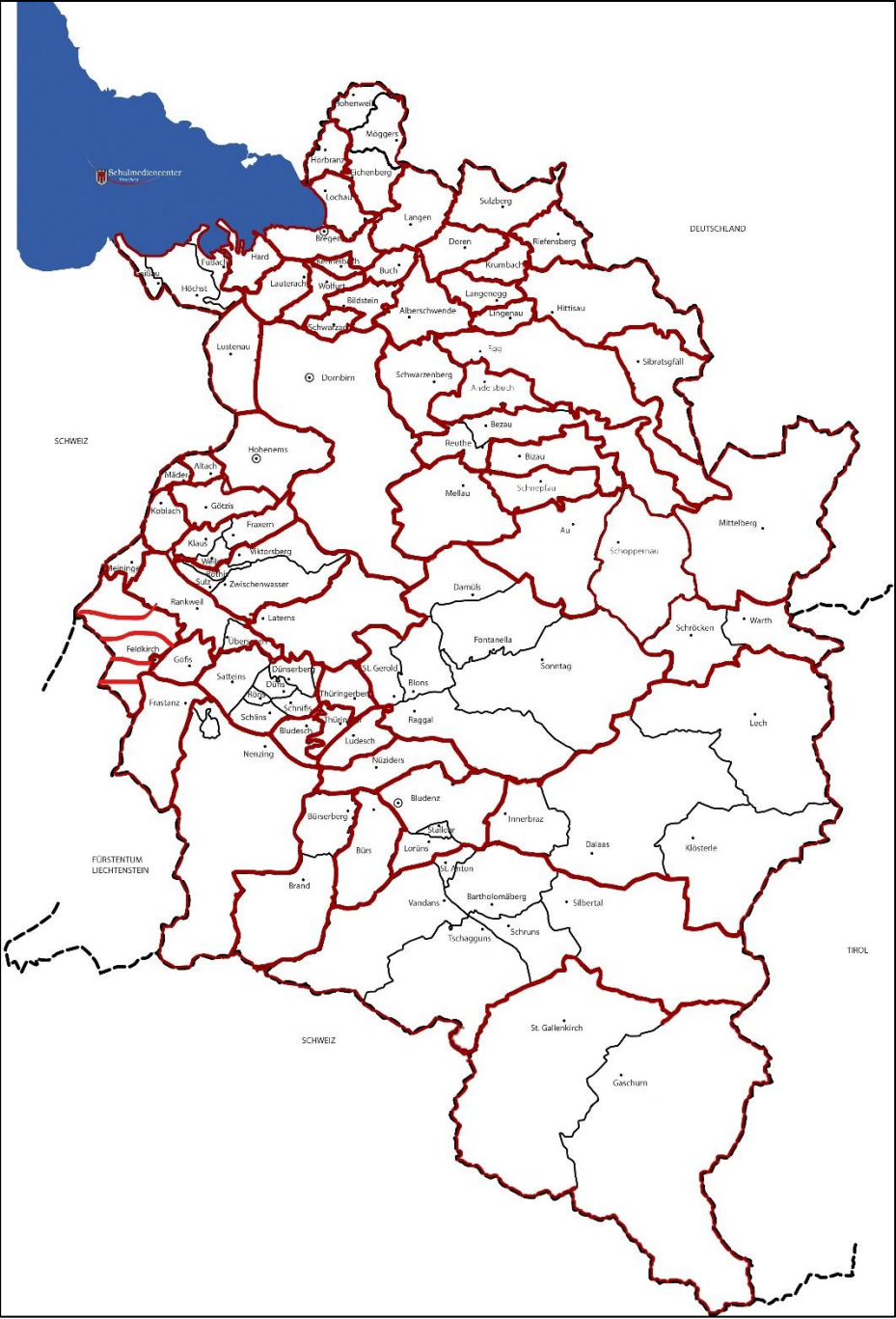
4 Struktur der Leistungsanbieter

Im Kapitel vier dieser Arbeit soll erläutert werden, wie die oben beschriebenen Leistungsanbieter strukturiert sind bzw. wer die Träger hinter den einzelnen Leistungsanbietern sind. Die Beschreibungen und Darstellungen in diesem Kapitel wie auch im Kapitel 5.3.1 Case Management, wurden auf Grundlage von Unterlagen und Informationen (Stützpunktlisten, Trägerlisten, persönliche Auskünfte) erstellt, welche vom Landesverband Hauskrankenpflege sowie von der Arbeitsgemeinschaft Mobile Hilfsdienste zur Verfügung gestellt wurden. Die Unterlagen liegen nicht veröffentlicht vor.

4.1 Struktur Krankenpflegevereine

Die Basis der Pflege- und Betreuungsstruktur in Vorarlberg bilden die 66 regionalen Krankenpflegevereine, welche flächendeckend in allen 96 politischen Gemeinden des Landes Vorarlberg tätig sind. Wie in der Abbildung 1 ersichtlich, decken die einzelnen Vereine unterschiedlich große Einzugsgebiete ab. Während 47 Vereine ihre Tätigkeit auf eine politische Gemeinde beschränken, sind es bei 14 Vereinen zwischen zwei und sechs politische Gemeinden, die zu ihrem Tätigkeitsgebiet zählen. In der Stadt Feldkirch, werden die Pflegeleistungen von fünf verschiedenen Vereinen erbracht. Genauso wie die Größe des flächenmäßig abgedeckten Einzugsgebietes schwankt, schwankt auch die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten je Verein deutlich. Der kleinste Krankenpflegeverein betreut 7 Patientinnen und Patienten, der größte Verein betreut 862 Patientinnen und Patienten.

Abbildung 1: Struktur Krankenpflegevereine



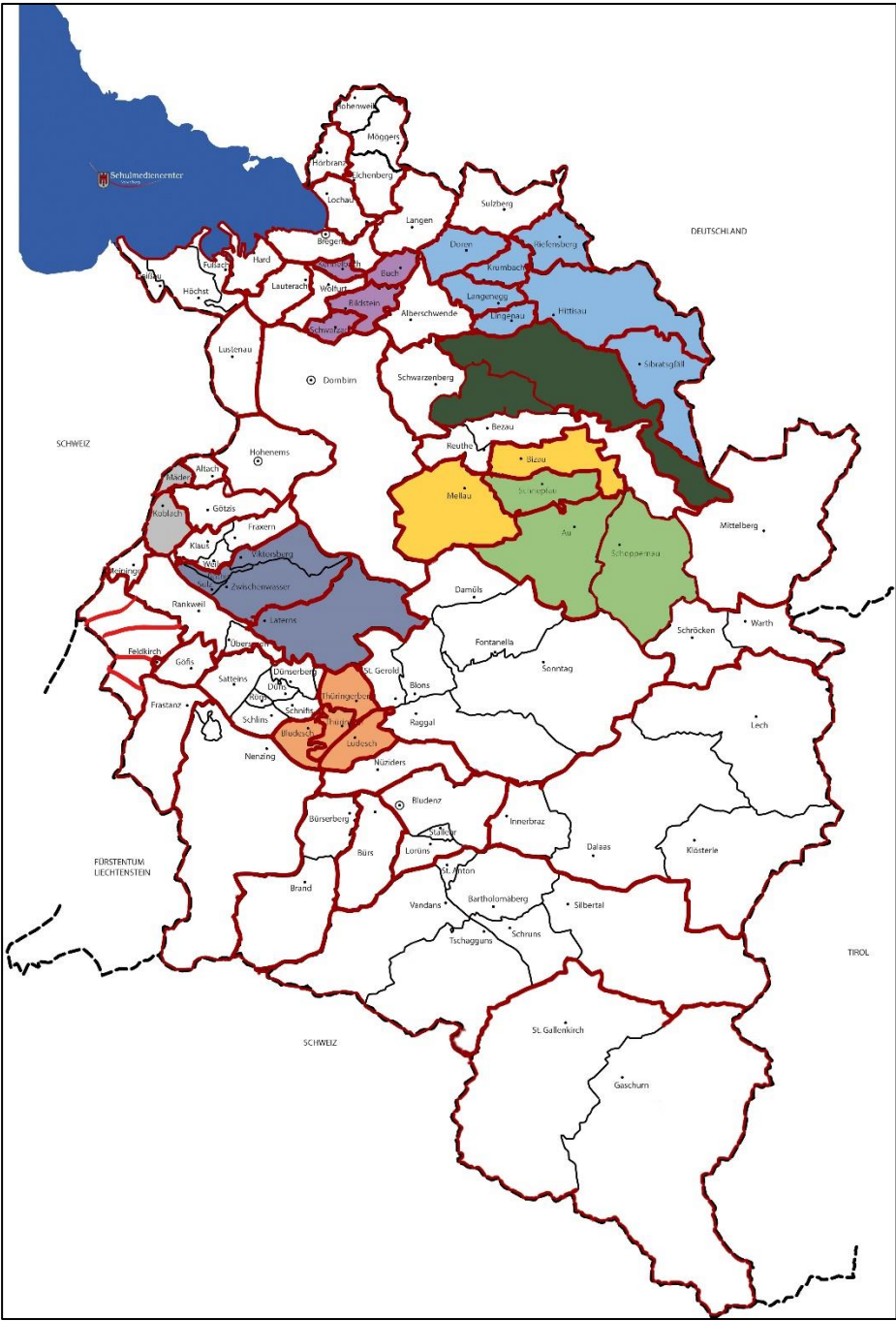
Quelle: Eigene Darstellung

Um gewisse Probleme und Herausforderungen, welche sich durch diese teilweise sehr kleine Strukturierung ergeben, zu überwinden, wurden in acht Regionen Vorarlbergs sogenannte Pflegepools errichtet (Abbildung 2). Diese Pflegepools stellen regionale Kooperationen zwischen den einzelnen Krankenpflegevereinen dar, die es ermöglichen sollen, eine Steigerung der Effizienz und der Effektivität in der Leistungserbringung zu erreichen. Mit der Bildung größerer zusammenhängender Einheiten können Urlaube und Krankenstände leichter abgewickelt werden. Außerdem sind Einsätze zu Tagesrandzeiten sowie an Wochenenden besser durchführbar. Auch ist es in größeren Einheiten leichter möglich, Vertretungsregelungen für die Pflegeleitung abzuwickeln, Spezialisierungen bei einzelnen Pflegekräften zu forcieren (Beispiel Wundmanagement) und neben diplomiertem Pflegepersonal auch Pflegefachassistentinnen und Pflegefachassistenten gezielt einzusetzen.

Damit Pflegepools gut und effizient funktionieren können, ist es essenziell, bei der Umsetzung auf gute Kommunikation und Organisation zu achten. Besonderes Augenmerk muss hier auf Teambuilding bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Geringhaltung des Verwaltungsaufwandes und optimierte Gestaltung der Fahrzeiten gelegt werden.

Um die Nähe zu den Vereinsmitgliedern aufrechtzuerhalten, wird die Eigenständigkeit der einzelnen Vereine nicht infrage gestellt, diese soll erhalten bleiben.

Abbildung 2: Struktur Krankenpflegevereine inkl. Pflegepools

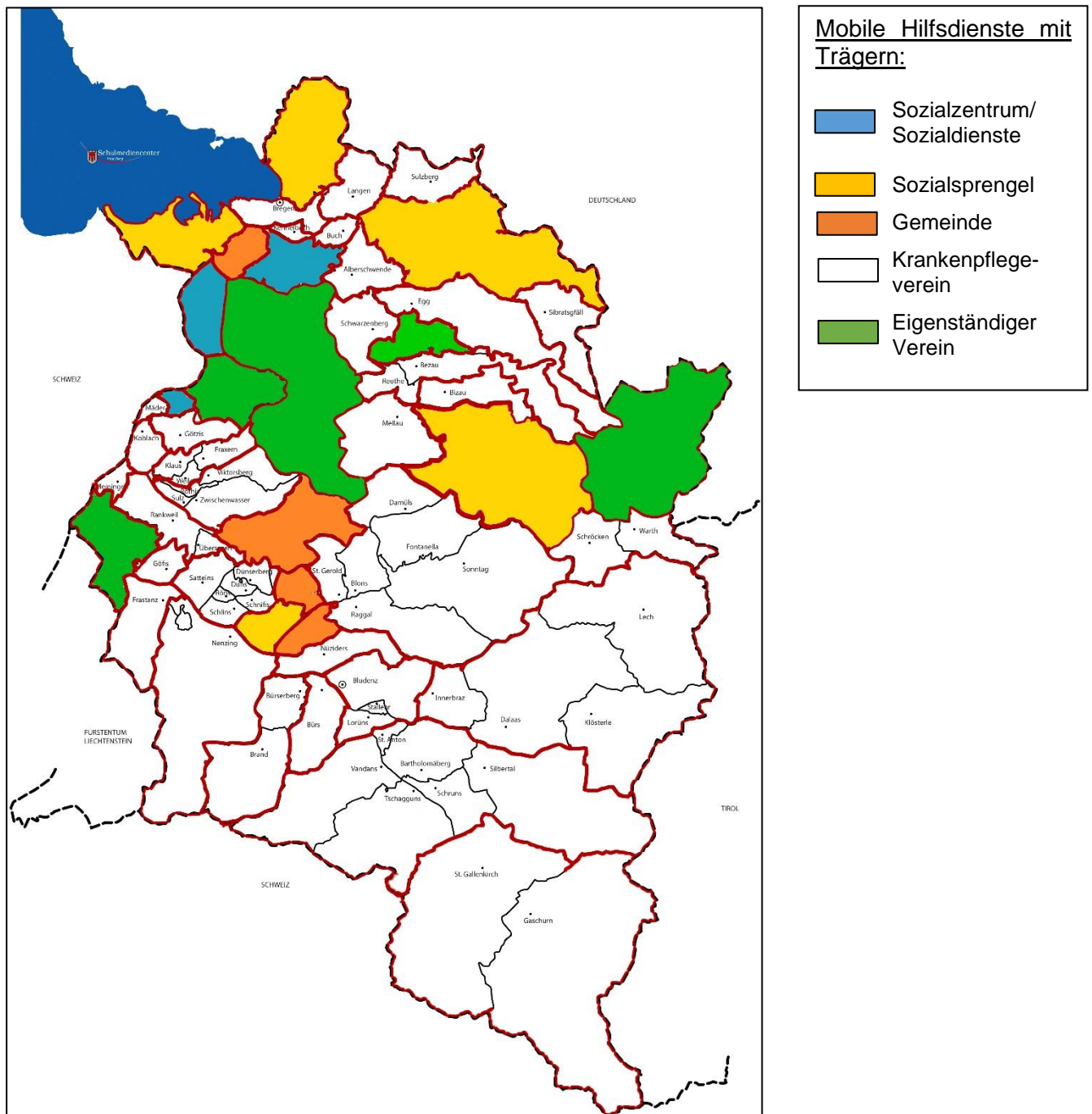


Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Struktur Mobile Hilfsdienste

Von den 48 Mobilien Hilfsdiensten, welche für ein flächendeckendes Angebot an Betreuungsleistungen im Land Vorarlberg sorgen, sind sechs an einen Sozialsprengel angegliedert. Drei Mobile Hilfsdienste haben als Träger ein Sozialzentrum, vier die jeweilige politische Gemeinde und dreißig einen Krankenpflegeverein. Bei fünf Mobilien Hilfsdiensten handelt es sich um eigenständige Vereine (Abbildung 3).

Abbildung 3: Mobile Hilfsdienste mit Trägern



Quelle: Eigene Darstellung

5 Vernetzung der Leistungsanbieter

Wie in Kapitel vier deutlich wird, herrscht in der Struktur der Leistungsanbieter in Vorarlberg eine starke Segmentierung vor. Dies ist aber kein regionales Phänomen des Vorarlberger Pflege- und Betreuungswesens, sondern es kann auch in der Literatur des Öfteren beobachtet werden. In Kapitel fünf wird deshalb zuerst grundlegend dargestellt, weshalb Vernetzung gerade im Gesundheitswesen von Bedeutung ist und welchen Nutzen sie in diesem Tätigkeitsbereich haben kann. Im Anschluss daran werden Erfolgsfaktoren beschrieben, welche einen positiven Beitrag zu gelingender Vernetzungsarbeit leisten können.

5.1 Warum Vernetzung?

Im Gesundheitswesen bestehen teilweise kritische Beziehungen zwischen den einzelnen Versorgungsstufen, aber auch zwischen einzelnen Leistungserbringern. Ökonomische Entscheidungen, die aus Sicht des einzelnen Leistungserbringers sinnvoll erscheinen, können aus der Gesamtsicht betrachtet suboptimale Versorgungssituationen für Patientinnen und Patienten hervorrufen und Effizienzverluste bewirken. Als Beispiel hierfür ist beispielsweise die frühzeitige Spitalsentlassung aufgrund des Fallpauschalen-Systems genannt, welche bei unzureichend ausgebautem Schnittstellenmanagement zu Problemen in der Folgeversorgung führen kann (Angerer, Liberatore & Schmidt, 2017, S. 2).

Auch das deutsche Gesundheitswesen ist durch eine starke Segmentierung in den Versorgungsstrukturen gekennzeichnet. Die Segmentierung erfolgt nach den Prinzipien Föderalismus (Bund, Land, Gemeinden), Pluralismus der Trägerschaft (privat, öffentlich, freigemeinnützig) und dem Prinzip Sektoralisierung der Funktion (ambulanter und stationärer Sektor, Rehabilitation, Pflege, öffentlicher Gesundheitsdienst, Laienpotentiale) (Schwartz, Kickbusch, Wismar & Krugmann, 2012, S. 244).

Durch den demografisch bedingten Anstieg des Anteiles älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ist ein Strukturwandel des Alters erkennbar. Dieser zeigt sich nach Schulz und Kunisch (2009, S. 300f.) in Form von Verjüngung, Entberuflichung, Singularisierung und Feminisierung des Alters und nicht zuletzt durch den Anstieg hochbetagter Menschen. Gerade diese Zunahme geriatrischer Patientinnen und Patienten stellt eine große Herausforderung für das Versorgungsnetz dar, denn mit steigendem

Alter steigt auch das Risiko von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten liegt die Herausforderung darin, sich einen Überblick über vorhandene Angebote und Leistungserbringer zu verschaffen, um ein individuelles Hilfspaket koordinieren und implementieren zu können. Das für Patientinnen und Patienten oftmals unüberschaubare Versorgungsangebot weist vielfältige sektorielle Zusammenhänge und unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen auf. Oftmals müssen auch Schnittstellenprobleme beobachtet werden, welche sowohl für die Nutzerinnen und Nutzer des Versorgungssystems als auch für die Leistungserbringer selbst zu Versorgungsbrüchen führen können.

Die Organisationsform Netzwerk ist neben einer Vielzahl anderer Organisationsformen wie beispielsweise Joint Ventures oder auch bilaterale Unternehmenskooperationen unter dem Überbegriff zwischenbetriebliche Kooperation zusammengefasst. Diese zwischenbetrieblichen Kooperationen haben es sich zum Ziel gesetzt, durch Ressourcenzusammenlegung und Abstimmung von Handlungen einen Wettbewerbsvorteil gegenüber der eigenen Leistungserbringung zu erzielen (Knop, 2009, S. 24).

Im sozialen Bereich ist Vernetzung ein Thema, welches nicht neu ist. Mithilfe von Netzwerken sollte eine Professionalisierung der sozialen Arbeit erreicht werden. In den 1960iger Jahren stand die Netzwerkbildung in Wohnquartieren im Fokus, welche in den 1970er Jahren mit dem partizipatorischen Planungsansatz weiterentwickelt wurde. Ende der 1980iger Jahre war es dann die professionelle Vernetzung in Form von Koordination und Kooperation der öffentlichen Einrichtungen und sonstiger Träger, welche an Bedeutung gewann. Die Bildung von Netzwerken und Kooperationen gilt als Erfolgsfaktor für Effizienz und Effektivität der fachlich-professionellen Akteure im Sozialraum (Schubert, 2008, S. 19f.).

Die Entwicklung und Bereitstellung individualisierter Dienstleistungsprodukte für Patientinnen und Patienten erfordert eine neue Struktur zwischen den beteiligten Dienstleistungsanbietern. Abstimmungsprobleme, welche nicht durch Markt und Herrschaft gelöst werden können, lassen sich in organisationsübergreifenden Netzwerken erfolgreicher bearbeiten. Sowohl bei der Herstellung als auch bei der Aufrechterhaltung eines solchen Netzwerkes ist jedoch ein prozessuales Vorgehen gefragt, welches hohe Anforderungen an die beteiligten Akteure stellt (Porschen-Hueck, Weihreich & Huchler, 2018, S. 241).

Geht man der Frage nach, welchen Nutzen Vernetzung hat, identifiziert Bönisch (2017, S. 65ff.) acht Kategorien für Netzwerknutzen. Die ersten fünf Kategorien

1. Zeit und Ressource
2. Finanzen
3. Wissen und Kompetenz
4. Beziehung und Kultur
5. Image und Wettbewerb

stellen hierbei in Bezug auf den organisationsspezifischen Nutzen, welcher in der Netzwerkforschung beschrieben wird, positive Effekte für die Institutionen selbst dar. Die restlichen drei Kategorien

6. Versorgungsstruktur
7. Versorgungsprozess
8. Versorgungsergebnis

subsummieren den system- und patientenbezogenen Nutzen, auf dessen Optimierung vor allem in sozial- und gesundheitsbezogenen Netzwerken besonderen Wert gelegt wird.

Huchler et al. (2019, S. 138) sehen einen Nutzen der Etablierung von Gesundheitsnetzwerken darin, dass Patientinnen und Patienten von der Aufgabe entlastet werden, Dienstleistungen aufeinander abzustimmen und auf die individuelle Situation anzupassen. In der Netzwerkstruktur sollen Angebote kombiniert und auf die Problemlage der betroffenen Personen abgestimmt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, sich gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern auf einen gemeinsamen Entwicklungsprozess einzulassen, damit im Netzwerk komplexe Lösungen für individuelle Situationen erarbeitet werden können. In diesem Zusammenhang gelten in der Empirie eine Fehlertoleranz und das Sich-Einlassen auf einen Lernprozess als Erfolgsfaktoren für eine gelingende Netzwerkarbeit.

5.2 Erfolgsfaktoren für Vernetzung

Nachdem also der Nutzen von Vernetzung für alle Beteiligten – für Netzwerkpartner genauso wie für Patientinnen und Patienten – gegeben ist, stellt sich nun im Weiteren die Frage, wie Vernetzung gelingen kann. Welche Faktoren müssen erfüllt sein, um

eine gelingende Netzwerkarbeit sicherzustellen? Was macht den Erfolg von Vernetzung aus?

Diese Fragen sollen in den folgenden Unterkapiteln ausgearbeitet und erläutert werden.

5.2.1 Mehrwert schaffen

Sowohl Aufbau als auch Aufrechterhaltung eines organisationsübergreifenden Netzwerkes ist für alle Beteiligten ein mühevoller Weg. Die Bildung eines bindenden und identitätsstiftenden „kooperativen Mehrwertes“ hilft dabei, Synergieeffekte zu schaffen. Netzwerkpartner erwarten sich:

- eine verbesserte Gesamtleistung
- eine größere Reichweite für Akquisitionen
- den Zugang zu verschiedenen Ressourcenquellen
- die Besetzung eines neuen Marktes und dessen Verteidigung
- die Verringerung des Konkurrenzdruckes bzw. die Verlagerung nach außen
- die Verbesserung der Sichtbarkeit
- einen Imagegewinn durch einen gemeinsamen Werbeauftritt
- Wissenstransfer und Lerneffekte

Diese gemeinsame Vision hilft dabei, das gemeinsame Ziel auch in mühevollen und arbeitsintensiven Zeiten nicht aus den Augen zu verlieren. Kurzfristige Lösungen können nämlich in der Netzwerkorganisation immer wieder attraktiver erscheinen als inhaltlich und organisatorisch abgestimmte kooperative Dienstleistungen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 245).

5.2.2 Einbeziehung der Patientinnen und Patienten

Da es sich bei der Herstellung von Gesundheit um keinen rein wirtschaftlichen Produktionsprozess handelt, sondern um eine personenbezogene Dienstleistung, ist es unabdingbar, dass sowohl Leistungserbringer als auch Patientinnen und Patienten ihren Beitrag zum „Gesund-werden“ leisten. Dies hat zur Folge, dass Patientinnen und Patienten direkt am Gesundheitsnetzwerk beteiligt werden müssen. Da sie jedoch keine kontrollierbaren, statischen Elemente darstellen und der Weisungsbefugnis des

Netzwerkes nicht unterliegen, können keine klassischen Führungsinstrumente angewendet werden. Steuerung muss durch Überzeugung und Motivation erfolgen. Durch Kommunikation auf Augenhöhe gelangen Patientinnen und Patienten zu besseren Informationen, können aktiviert werden und werden in die Lage versetzt, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Hildebrandt, Stunder, Wetzel & Gröne, 2016, S. 67).

5.2.3 Interaktive Koordination im Netzwerk

Interaktive Koordination beinhaltet eine horizontale Kooperation gleichberechtigter und selbstständiger Leistungsanbieter, die eine gemeinsame Bearbeitung eines Falles in den Vordergrund stellen und dabei ihre eigenen Interessen möglichst wahren. Die Zusammenarbeit erfolgt auf Augenhöhe und ohne Hierarchien (Huchler et al., 2019, S. 140).

Wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, ist die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Gelingen von Vernetzung. Die Tatsache jedoch, dass in Gesundheitsnetzwerken nicht nur Unternehmensvertreter und Gesundheitsdienstleister miteinander kooperieren, sondern auch die Betroffenen selbst mit einbezogen werden sollen und müssen, macht sie nach Huchler et al. (2019, S. 133) zu „besonderen sozialen Veranstaltungen“, welche nicht auf die gewöhnlichen Regulierungen von Markt und Herrschaft zurückgreifen können. Interaktive Koordination wird hier als alternative Regulierungsform gesehen. Als Basis für diese interaktive Koordination gelten bestimmte Kompetenzen und ein gemeinsamer Erfahrungsprozess, welcher eine Vertrauensbasis schafft. Außerdem ist es entscheidend, dass die Überzeugung vorherrscht, ein gemeinsam getragenes Ziel zu verfolgen, für dessen Erreichung sich Anstrengungen auch lohnen. Interaktive Netzwerkarbeit wird als Prozess gesehen, in dem eine gemeinsame Vision und eine besondere Arbeitsgestaltung vonnöten sind, der aber auch auf eigene Ressourcen zurückgreifen können muss.

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Funktionieren von Netzwerkorganisationen sind Schlüsselpersonen, welche eine individuelle Motivation, bezogen auf den Zweck des Netzwerkes oder auf die Art der Arbeit in Netzwerken, mitbringen und die Chance der Mitgestaltung für sich entdeckt haben (Huchler et al., 2019, S. 133).

5.2.4 Entlassungsmanagement

Ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement stellt sicher, dass der sektorverbindende Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Versorgung reibungslos verläuft und damit eine optimale Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Besondere Relevanz hat diese gute sektorübergreifende Zusammenarbeit in Form von gutem Entlassungsmanagement und anschließend optimalem Versorgungsmanagement für das Behandlungsergebnis bei chronisch schwerkranken Menschen. Die betroffenen Leistungserbringer sollen sich gegenseitig die notwendigen Informationen übermitteln (Scholz, Cifrain, & Richter, 2016, S. 109ff.).

Damit die Überleitung der Patientinnen und Patienten reibungslos und qualitätsgesichert erfolgt, bedarf es einer guten Kooperation zwischen allen am Prozess Beteiligten. Diese Kooperation erfordert einen komplexen und auf die Interessen der beteiligten Akteure abgestimmten Koordinationsaufwand. Eine professionelle Koordination dieser Art bringt eine Entlastung für alle Beteiligten, bindet aber auch Ressourcen und bedarf des Aufbaus einer komplexen Infrastruktur (Scholz et al., 2016, S. 114f.).

Scholz et al. (2016, S. 116) nennen folgende drei Bestandteile als wesentlich für eine erfolgreiche Umsetzung sektorübergreifender Kooperationen dieser Art:

1. einen zentralen Ansprechpartner, welcher die Belange aller beteiligten Leistungserbringer fach- und sachgerecht koordiniert
2. einen standardisierten Prozess für die transparente und nachvollziehbare Darstellung der Qualität der erbrachten Dienstleistungen
3. eine elektronische Plattform, welche nach Einverständnis der Patientinnen und Patienten allen Beteiligten offensteht und eine nachvollziehbare und auswertbare Dokumentation ermöglicht

Als Optimierungspotenziale für eine verbesserte Homecare-Versorgung identifizieren Scholz et al. (2016, S. 115) die rechtzeitige Information über die geplante Entlassung an niedergelassene Ärzte und Pflegedienste sowie eine sorgfältige Einschulung von Pflegepersonal, Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Eine regelmäßige Kontrolle und sorgfältige Dokumentation des Therapieverlaufes werden ebenfalls als Ansatzpunkte zur Verbesserung gesehen, wie auch die bedarfsgerechte Ermittlung des Produktbedarfs. Hinsichtlich der Qualifikation der Homecare-Fachkräfte sollte möglichst große Transparenz herrschen.

5.2.5 Grenzmanagement

Für die gemeinsame Entwicklung innovativer Pakete von Gesundheitsdienstleistungen bedarf es enger organisationsübergreifender Kooperationen der beteiligten Akteure im Gesundheitsnetzwerk, aber auch mit den betroffenen Patientinnen und Patienten. Akteure von Gesundheitsnetzwerken vertreten hier einerseits ihre eigene Organisation, sind aber gleichzeitig auch gefordert, eine gemeinsame Netzwerkidentität zu entwickeln. Für die einzelnen Personen im Netzwerk gilt es hier, die eigene individuelle Rolle im Auge zu behalten und die persönlichen Beziehungen im Netzwerk erfolgreich zu gestalten. Ein Grenzmanagement hilft den Akteuren dabei, dynamische Identitäten zu entwickeln und damit ihre Rolle zwischen den Institutionen immer wieder aufs Neue anzupassen. Es findet, eingebunden in einen gesellschaftlichen Prozess von Auflösung fester Strukturen und bisheriger Gewissheiten, statt. Dabei geraten sowohl organisationale Grenzen in Bewegung als auch die Grenzen zwischen inhaltlichen Arbeitskontexten und zwischen Zugehörigkeiten (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 237f.).

Im Netzwerk wird nach Möglichkeit ein dynamisches Grenzmanagement anstatt einer vertikalen Grenzziehung (Hierarchie) angestrebt. Dies verlangt eine Zusammenarbeit auf Basis gegenseitiger Anerkennung und Wertschätzung (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 247).

In organisationsübergreifenden Dienstleistungsnetzwerken wird Grenzmanagement somit auf drei Ebenen identifiziert. Erstens auf der Ebene der Organisation, die sich am Netzwerk beteiligt, zweitens auf der Ebene des Netzwerkes selbst und drittens auf der Ebene der Person, welche im Netzwerk tätig ist und weiterhin Verpflichtungen gegenüber ihrer Stammorganisation hat. Es handelt sich auf allen drei Ebenen um eine anspruchsvolle Tätigkeit, bei der sowohl Netzwerke als auch Organisationen und Personen fluide Identitäten ausbilden müssen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 252).

5.2.6 Besetzung von Schlüsselpositionen

Die Besetzung von relevanten Schnittstellen und das Grenzmanagement haben etwas mit Macht zu tun. Der Netzwerkarbeitsplatz als professions- und interessenspolitisch relevante Position fordert spezielle Kompetenzen wie beispielsweise Interaktionskompetenz im Umgang mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern oder Koordinati-

onskompetenz. Eine Sensibilität für den längerfristigen Abgleich von Nutzen und Aufwänden ist vonnöten, genauso wie die Fähigkeit, Spielräume zu kommunizieren und in der Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern grundsätzlich Wertschätzung zu zeigen. Letztendlich ist es entscheidend, sich in verschiedenen Konstellationen gut zu bewegen und durch interaktiven Einbezug von Partnerinnen und Partnern Vertrauensverhältnisse zu schaffen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 248).

5.2.7 Kommunikation auf Augenhöhe

Führungsansätze, welche von Überzeugung, Motivation und Einsicht geprägt sind, wirken nachhaltiger als sanktionierende und hierarchische Führungsansätze. Gleiches scheint auch in Bezug auf den Umgang mit einzelnen Leistungserbringern in Gesundheitsnetzwerken sinnvoll. Medizinisches Fach- und Pflegepersonal sowie alle anderen Beteiligten sind Co-Produzenten in der optimalen Patientinnen- und Patientenversorgung. Mit diesen Berufsgruppen soll ebenso wie mit Therapeutinnen und Therapeuten sowie Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe kommuniziert werden. Dieser Ansatz impliziert auch die Notwendigkeit, die individuellen Fähigkeiten aller Netzwerkteiligten zu respektieren und als gleichwertig wahrzunehmen, was schlussendlich positive Effekte auf Effizienz und Fehlervermeidung im Verbund mit sich bringt. Die Verfolgung dieses Führungsansatzes setzt für alle Beteiligten ein hohes Selbstbewusstsein in der eigenen Rolle und die bedingungslose Bereitschaft zu Kooperation, Kommunikation und zur Kompromissfindung voraus (Hildebrandt et al., 2016, S. 67f.).

5.2.8 Räumliche Nähe der Akteure

Regionalität sehen Porschen-Hueck et al. (2018, S. 242f.) als „Betriebsbedingung“ für das Funktionieren von organisationsübergreifenden Gesundheitsnetzwerken. Netzwerketeiligte arbeiten unter dem Anspruch, fallspezifisch aufeinander abgestimmt zu sein und somit auf individuelle betriebliche, berufliche, persönliche, kulturelle, soziale und spezifisch regionale Bedarfslagen vor Ort reagieren zu können. Räumlich Nähe hat den Vorteil, dass man sich kennt oder leicht kennenlernen kann. Es besteht die Möglichkeit, sich persönlich zu treffen. Auch besteht die Möglichkeit, den Patientinnen und Patienten eine niederschwellige, regionale Anlaufstelle anzubieten. Die räumliche Nähe ist als fundamentale Grundlage für Dialog, Nachvollzug von Wertebezügen bzw.

Orientierungen und für den Aufbau vertrauensvoller sozialer Bindungen auf persönlicher Ebene sowohl in der Aufbauphase als auch in der Koordinationsphase von Netzwerken zu betrachten.

5.2.9 Digitalisierung

Im Bereich der Digitalisierung sehen Porschen-Hueck et al. (2018, S. 237) eine Weiterentwicklung der Netzwerkökonomie in Richtung (digitaler) Ökosysteme, in welchen komplexe Bedarfslagen durch gemeinsame Innovation und Kollaboration gelöst werden können. Je komplexer die Bedarfslage, desto mehr Notwendigkeit wird in einer interaktiven Zusammenarbeit der Leistungsanbieter gesehen.

In erster Linie soll hier zu Beginn ein bedarfsbezogenes technisches System – eine Online-Plattform – zur Koordination und Organisation der Aktivitäten im Netzwerk verwendet werden. Diese Plattform stellt für alle Beteiligten ein zentrales Instrument dar, um Leistungen gemeinsam abzustimmen und zu koordinieren (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 248f.).

Die Gesundheitsregion Rhein-Neckar hat es sich zum Ziel gesetzt, eine digitalisierte Versorgung umzusetzen. Hierbei wird die persönliche einrichtungsübergreifende Patientenakte (im Folgenden PEPA genannt) als zentrales Verfahren der Gesundheitstelematik beschrieben, dessen Ziel es ist, die Versorgung in Hinblick auf Qualität, Effizienz, Koordination, Steuerung und Transparenz zu verbessern (Haas, 2006 zitiert nach Munshi, Heinze, Merzweiler & Bergh, 2016, S. 79). PEPA ermöglicht eine transparente Zur-Verfügung-Stellung aller im Behandlungsprozess entstehenden Informationen. Die informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten steht dabei im Zentrum. Sichergestellt wird dies durch die Tatsache, dass die Berechtigung zum Zugriff auf PEPA durch Patientinnen und Patienten selbst bzw. deren Bevollmächtigte veranlasst wird. Leistungserbringer können ohne Integration ihrer Primärsysteme über ein Portal auf eine zentrale Akte zugreifen (Heinze, 2015 zitiert nach Munshi et al., 2016, S. 80). Patientinnen und Patienten des Universitätsklinikums Heidelberg sowie kooperierender Krankenhäuser und Praxen der Region steht PEPA auf Wunsch zur Verfügung (www.pepa.eu, 28.01.2020).

Für Munshi (2018, S. 26) spielt die Einführung von PEPA eine zentrale Rolle in der Überwindung von Medien- und Kommunikationsbrüchen in der Zusammenarbeit über

Organisationsgrenzen hinweg. Den beteiligten Dienstleistern stehen damit aktuelle und historische Informationen in gesammelter Form zu Verfügung. Es sollen jene Leistungsanbieter vernetzt sein, welche im Versorgungsprozess Patienteninformationen austauschen. Im Bereich Medikamentenversorgung können mit Hilfe von PEPA Medikationen abgestimmt und Wechselwirkungen diskutiert werden.

Unversorgte, ländliche Regionen erhalten durch Telematikanwendungen die Möglichkeit, Ärzte über Telekonsultation in den Versorgungsprozess einzubeziehen. Weiters bringt eine fortschreitende Digitalisierung in solchen Regionen eine Flexibilisierung mit sich, welche orts- und zeitunabhängiges Arbeiten für medizinisches Personal ermöglicht und auch die Chance mit sich bringt, Wegzeiten, Wartezeiten und ortsgebundene Anwesenheiten in neuen Prozessen effizienter zu gestalten (Munshi, 2018, S. 27).

Ein weiterer digitaler Fortschritt und auch eine Grundlage der Vernetzung bildet die Koppelung der Anwendungssysteme einzelner Leistungsanbieter. Eine Digitalisierung auf Basis anerkannter Standards wird als grundlegende Voraussetzung für eine Vernetzung im Gesundheitswesen gesehen. Der konsequente Einsatz dieser Standards soll Insellösungen mit geringer Verbreitung und mit wenig Mehrwert für die Versorgung verhindern. Eine standardisierte Telematikstruktur kann in diesem Bereich wichtige Impulse setzen (Munshi et al., 2016, S. 85f.).

Digitalisierung im Gesundheitswesen macht die Innovation neuer Produkte und Dienstleistungen möglich. Genauso führt sie aber auch zu einer engeren Verzahnung der beteiligten Leistungsanbieter der Prozesse und der Infrastrukturen. Durch diese enge Verzahnung können einerseits bestehende Ineffizienzen der Versorgungsstruktur aufgelöst werden, und andererseits dient sie als essentielle Vorbereitung auf zukünftige Herausforderungen wie beispielsweise Fachkräftemangel, Zusammenarbeit und Mobilität (Munshi, Heinze, Szecsenyi, & Bergh, 2017, S. 17).

5.3 Vernetzung in Vorarlberg

Nachdem nun Nutzen und Erfolgsfaktoren aus der Literatur beschrieben und erörtert wurden, soll im nächsten Kapitel darauf eingegangen werden, welche Vernetzungsaktivitäten es im Bundesland Vorarlberg zwischen den in Kapitel drei beschriebenen Leistungsanbietern gibt.

5.3.1 Case Management

Case Management kann als geeignetes Instrument eingesetzt werden, um eine Verbesserung der individuellen Hilfeleistungen durch stärkere Vernetzung, Kooperation und Koordination der einzelnen Leistungsanbieter zu erreichen. Sie setzt direkt bei Patientinnen und Patienten „am Fall“ an und erarbeitet individuelle Lösungen für Betroffene.

Der Begriff Case Management beschreibt eine Methode, welche versucht, eigene Kräfte, Stärken und Ressourcen der Klienten zu fördern und zu unterstützen und somit „Hilfe zur Selbsthilfe“ anzuregen. Nach Kleve, Müller und Hampe Grosser (2010, S. 22) versucht der Case Management Ansatz in den Lebenswelten der Klienten anzusetzen und im Sinne von Subsidiarität und Empowerment informelle und private Hilfsmöglichkeiten zu analysieren und zu aktivieren. Die vier zentralen Aktivitäten dieses Ansatzes sind demnach die Analyse, die Gestaltung und Aktivierung von:

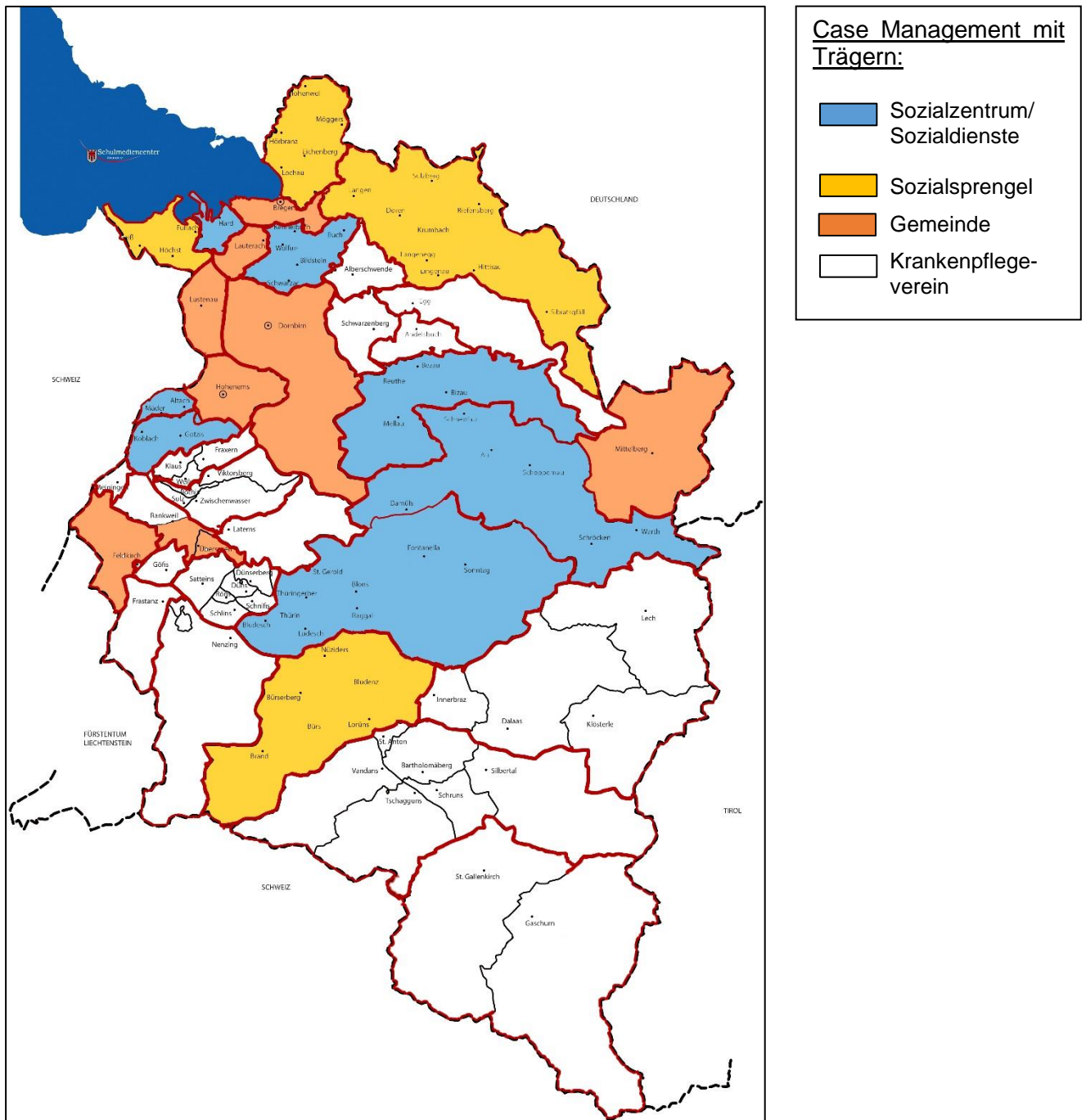
1. eigenen Ressourcen der Klientinnen und Klienten
2. informellen Netzwerken bzw. privaten sozialen Beziehungen
3. formellen Netzwerken bzw. professionellen sozialen Beziehungen sowie
4. die Vermittlung, Verschränkung und Koordination von informellen und formellen Hilfen

Im Grundlagenpapier der Österreichischen Gesellschaft für Care und Case Management findet sich ebenfalls eine Beschreibung des Begriffes. Die genannte Gesellschaft versteht unter Einbeziehung von drei verschiedenen Definitionen Case Management als „Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass entlang einer Betreuungsepisode eines Klienten („over time“) und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen („across services“) ein maßgeschneidertes Versorgungspaket („package of care“) erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll“ (www.oegcc.at, 27.09.2019).

In Vorarlberg wurde das Projekt „Case Management in der Betreuung und Pflege“ im Zeitraum von Oktober 2011 bis Juni 2013 von der connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH im Auftrag der Vorarlberger Landesregierung entwickelt und dann im Juli 2013 in den Regelbetrieb übernommen. Das Projekt startete 2011 mit der Beteiligung von 13 Gemeinden bzw. Regionen. Mittlerweile besteht das Angebot Case Management flächendeckend im ganzen Bundesland.

Analog zur Trägerschaft bei den Mobilien Hilfsdiensten zeigt sich auch bei den Trägern des Case Managements ein heterogenes Bild. Acht Case Managements sind bei der jeweiligen Stadt bzw. Gemeinde angesiedelt, vier haben einen Sozialsprengel als Träger, neun den örtlichen Krankenpflegeverein und sieben Case Managements sind beim Sozialzentrum bzw. bei den Sozialdiensten verankert (Abbildung 4).

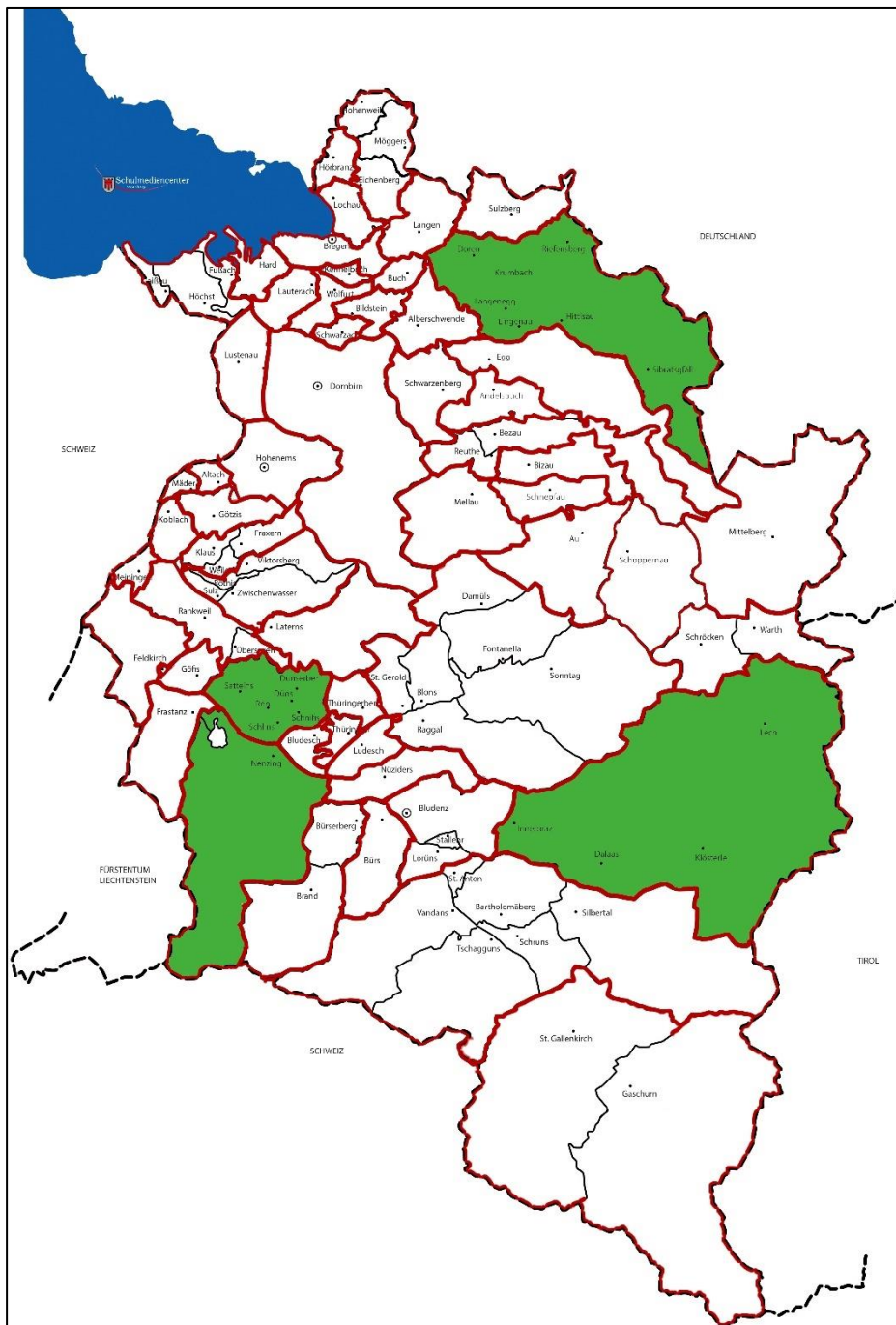
Abbildung 4: Case Management mit Trägern



Quelle: Eigene Darstellung

Obgleich dieselben Arten von Trägern (Gemeinden, Sozialsprengel,...) sowohl bei Mobilien Hilfsdiensten als auch bei den Case Managements zu finden sind, zeigt sich in Abbildung 5, dass es nur vier Regionen in Vorarlberg gibt, in denen das Tätigkeitsgebiet und der Träger in den Bereichen Pflege, Betreuung und Case Management exakt ident sind.

Abbildung 5: Einheitlicher Träger Pflege, Betreuung und Case Management



Quelle: Eigene Darstellung

5.3.2 Care Management

Während Case Management fallbezogen ist und somit direkt bei der individuellen Situation von Klientinnen und Klienten ansetzt, setzt Care Management bei den Organisationen und Leistungsanbietern an und ist daher Grundlage und Voraussetzung für die Etablierung des Case Managements.

„Care Management ist 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).

In Vorarlberg ist die Verantwortung für den Bereich Care Management beim Amt der Vorarlberger Landesregierung angesiedelt. Frau Dipl.-Bw. (FH) Andrea Roskosch-Schenker ist verantwortliche Mitarbeiterin in diesem Bereich. Sie hielt im Rahmen der 12. ÖGCC (Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management) – Fachtagung im November 2019 in St. Pölten ein Referat zum Thema „Care Management in Vorarlberg – Struktur, Aufbau und die Praxis“. Die nachstehenden Informationen wurden den von ihr zur Verfügung gestellten Präsentationsunterlagen entnommen, da keine veröffentlichten Informationen vorliegen (Roskosch-Schenker, 2019).

Strukturell besteht in Vorarlberg eine zentrale Stelle für Care Management, angesiedelt beim Amt der Vorarlberger Landesregierung. Aufgabe dieser zentralen Anlaufstelle ist es, Bedarfsentwicklungen durch die Auswertung wissenschaftlicher Prognosen aufzuzeigen und Ansprache sowie fachliche Unterstützung für die regionalen Care Managerinnen und Care Manager anzubieten. Die vorgelagerte regionale Gliederung auf Basis von 19 Planungsregionen soll dabei helfen, das „Ohr an der Basis“ zu halten und in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess die Zusammenarbeit zwischen den Gemeinden und den Leistungserbringern im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich zu stärken. Gleichzeitig soll auch die Zusammenarbeit mit den regionalen Case Managerinnen und Case Managern ausgebaut und erhalten werden. Das regionale Care Management ist zuständig für den Austausch innerhalb der Planungsregion, genauso soll aber auch ein Austausch mit anderen Planungsregionen stattfinden.

Die Leistungen des Care Managements, welche in einer Richtlinie des Landes Vorarlberg festgehalten werden, gliedern sich in die vier Bereiche (1) Systementwicklung, (2) Entwicklung des Hilfeangebotes, (3) Information und Dokumentation sowie (4) Prävention.

Im Bereich der (1) Systementwicklung soll in einem kontinuierlichen Prozess ein regionales und sektorenübergreifendes Betreuungs- und Pflegeentwicklungskonzept erarbeitet werden. Bestehende Netzwerke sollen kontinuierlich ausgebaut, die Planungen der Netzwerkpartner aufeinander abgestimmt und die Netzwerkgrundlagen in Form

von Vereinbarungen erarbeitet und gepflegt werden. Für die Organisation der Zusammenarbeit soll ein geeignetes Schnittstellenmanagement vorliegen. Die Koordination von Arbeitsgruppen, die Organisation von Informations- und Erfahrungsaustausch und die laufende Abstimmung mit dem Case Management fallen ebenfalls in den Bereich der Systementwicklung.

Im Teilbereich der (2) Entwicklung von Hilfeangeboten werden nach Richtlinie des Landes Vorarlberg abgestimmte Hilfeangebote mit den Kernakteuren und Systempartnern weiterentwickelt und beobachtet. Außerdem ist in diesem Bereich ein Monitoring von Versorgungssituationen auf Grundlage von Rückmeldungen des Case Managements vorgesehen.

Im Bereich (3) Information und Dokumentation besteht die Aufgabe des Care Managements darin, Öffentlichkeitsarbeit und Information der Bevölkerung zu forcieren sowie eine Vereinheitlichung von Dokumentationssystemen und Informationswegen herbeizuführen.

Auf Basis empirischer Daten soll im Bereich (4) Prävention die Bedarfsentwicklung erfasst werden. Eine Stärkung von Unterstützungsnetzwerken für zu Hause lebende ältere Menschen ist in diesem vierten Bereich ebenfalls vorgesehen.

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturanalyse diskutiert und die Forschungsfragen beantwortet.

In der Literaturanalyse konnten als Leistungsangebote in der Mobilen Betreuung und Pflege die Bereiche Heimhilfe, Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenpflege, Besuchsdienste, Reinigungsdienste und Personenbetreuung identifiziert werden.

Die erste Forschungsfrage:

„Welche Leistungsanbieter für ambulante Pflege- und Betreuungsangebote im Bereich der Altenbetreuung gibt es in Vorarlberg und wie sind sie strukturiert?“

kann nach Analyse der vorliegenden Literatur folgendermaßen beantwortet werden:

Pflegeleistungen werden in Vorarlberg flächendeckend durch die 66 regionalen Krankenpflegevereine angeboten und durchgeführt. Bei den Betreuungsleistungen zeichnen die 48 Mobilen Hilfsdienste verantwortlich, wenn Dienstleistungen stundenweise vonnöten sind. Im Bereich Personenbetreuung gibt es mit dem Betreuungspool Vorarlberg ein Angebot, welches mit der Hauskrankenpflege und mit den Mobilen Hilfsdiensten eng vernetzt ist. Neben diesem Anbieter existiert aber auch noch eine große Anzahl an privaten Betreuungsagenturen, welche im Bereich Personenbetreuung in Vorarlberg tätig sind.

In der Struktur der Leistungsanbieter kann eine sehr starke Regionalität festgestellt werden. Das Einzugsgebiet der 96 politischen Gemeinden Vorarlbergs wird im Bereich Pflege von 66 regionalen Krankenpflegevereinen abgedeckt. Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität wurden in acht Regionen Pflegepools über Vereinsgrenzen hinweg etabliert.

Im Bereich Betreuung erfolgt die Leistungserbringung in den 96 politischen Gemeinden durch 48 regionale Mobile Hilfsdienste. Eine Darstellung der Trägerschaften zeigt, dass die meisten Mobilen Hilfsdienste an den jeweiligen örtlichen Krankenpflegeverein angegliedert sind. Teilweise besteht eine Angliederung an Sozialzentren bzw. Sozialdienste, an Sozialsprengel oder an Gemeinden. In fünf Regionen Vorarlbergs handelt es sich beim Mobilen Hilfsdienst um einen eigenständigen Verein.

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage:

„Welche Faktoren sind für eine gelingende Vernetzung im Gesundheitsbereich von Bedeutung?“

ergeben sich aus der Literatur nachstehende Erfolgsfaktoren.

Da sowohl Aufbau als auch Aufrechterhaltung eines Netzwerkes über Organisationsgrenzen hinweg eine große Konsequenz aller Beteiligten erfordert, identifizieren Porschen-Hueck et al. (2018, S. 245) die Bildung eines kooperativen Mehrwertes als Erfolgsfaktor für gelingende Netzwerkarbeit.

Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in Form von Beteiligung am Gesundheitsnetzwerk soll sicherstellen, dass die Betroffenen zu ausreichenden Informationen gelangen und befähigt sind, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen (Hildebrandt et al., 2016, S. 67).

Als weiterer Erfolgsfaktor für gelingende Vernetzung im Gesundheitsbereich kann die interaktive Koordination im Netzwerk identifiziert werden. Unter Wahrung der eigenen Interessen stellen gleichberechtigte und selbständige Leistungsanbieter in einer horizontalen Kooperation dabei die gemeinsame Fallbearbeitung in den Vordergrund und arbeiten auf Augenhöhe zusammen. Interaktive Koordination im Netzwerk erfordert die Verfolgung gemeinsam getragener Ziele und gemeinsamer Visionen. Als wesentlicher Erfolgsfaktor gelten dabei auch Schlüsselpersonen, welche eine individuelle Motivation auf die Art der Netzwerkarbeit oder auf den Zweck des Netzwerkes vorweisen (Huchler et al., 2019, S. 133ff.).

Im Übergang von der stationären Betreuung im Krankenhaus in die häusliche Pflege stellt ein gut funktionierendes Entlassungsmanagement einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Diese sektorübergreifende Zusammenarbeit hat besonders bei chronisch kranken Patientinnen und Patienten eine hohe Relevanz. Für eine reibungslose Überleitung der Patientinnen und Patienten bedarf es hier einer guten Kooperation zwischen allen Prozessbeteiligten. Weiters könnte eine gemeinsame elektronische Plattform allen Beteiligten eine nachvollziehbare und auswertbare Dokumentation ermöglichen (Scholz et al., 2016, S. 109ff.).

Auch Grenzmanagement wird als Erfolgsfaktor für gelingende Netzwerkarbeit im Gesundheitsbereich genannt. In organisationsübergreifenden Dienstleistungsnetzwerken müssen sowohl die Netzwerke selbst als auch Organisationen und Personen fluide

Identitäten ausbilden und ihre Rolle zwischen den Organisationen immer wieder neu anpassen (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 237ff.).

Die zwei weiteren identifizierten Erfolgsfaktoren „Besetzung von Schlüsselpositionen“ und „Kommunikation auf Augenhöhe“ sind im Bereich der Kommunikationskompetenz angesiedelt, welche einen essenziellen Beitrag zum Netzwerkerfolg leistet. Nach Porschen-Hueck et al. (2018, S. 252) gilt es bei der Besetzung von Schlüsselpositionen Menschen zu finden, welche die Fähigkeit besitzen, Vertrauensverhältnisse zu schaffen, Spielräume zu kommunizieren und den Umgang mit Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartnern wertschätzend zu gestalten. Kommunikation auf Augenhöhe bedeutet für Hildebrandt et al. (2016, S. 67f.) bedingungslose Kooperations-, Kommunikations- und Kompromissbereitschaft zwischen den am Netzwerk beteiligten Berufsgruppen.

Nicht nur als Erfolgsfaktor, sondern als „Betriebsbedingung“ für das Funktionieren von interorganisationalen Netzwerken sehen Porschen Hueck et al. (2018, S. 242f.) die räumliche Nähe der beteiligten Akteure.

Ein Erfolgsfaktor, welcher in der Literatur ebenfalls identifiziert werden kann, ist die Digitalisierung. Mit steigender Komplexität der Bedarfslage scheint eine steigende Notwendigkeit für interaktive Zusammenarbeit gegeben zu sein (Porschen-Hueck et al., 2018, S. 237). Die persönliche einrichtungsübergreifende Patientenakte PEPA, welche am Universitätsklinikum Heidelberg bereits im Einsatz ist, wird hier als geeignetes Instrument angesehen, um Kommunikationsbrüche in der Zusammenarbeit zwischen eigenständigen Organisationen zu überwinden. Gerade in ländlichen Regionen bietet PEPA zusätzlich die Möglichkeit, neue Prozesse zu etablieren, in denen Wegzeiten, Wartezeiten und ortsgebundene Anwesenheiten effizienter gestaltet werden können (Munshi, 2018, S. 26f.).

7 Zusammenfassung und Ausblick

Bei der Betrachtung des Angebotes an Leistungsanbietern in der ambulanten Altenbetreuung und -pflege in Vorarlberg zeigt sich, dass für die Angebote Heimhilfe, Hauskrankenpflege, medizinische Hauskrankenpflege, Besuchsdienste, Reinigungsdienste und Personenbetreuung ein gut etabliertes und flächendeckendes Angebot vorhanden ist. In der Analyse der Trägerstruktur kann festgestellt werden, dass eine starke Regionalität und eine kleinräumige Struktur gegeben ist, die beispielsweise im Bereich der Hauskrankenpflege mancherorts bereits durch die Bildung von Pflegepools überbrückt wurde.

Vernetzungstätigkeit findet in Vorarlberg sowohl auf der Ebene der Institutionen in Form von Care Management als auch auf der individuellen Ebene bzw. auf der „Fallebene“ in Form von Case Management statt. Beide Angebote sind flächendeckend im gesamten Bundesland etabliert und stehen jeweils unter der Verantwortung der Vorarlberger Landesregierung.

Nach Analyse und Sammlung der Konzepte und Angebote, welche in Vorarlberg bereits Bestand haben, scheint es in weiterer Folge interessant, detaillierter herauszufinden, wie die einzelnen Angebote in der Praxis gestaltet sind.

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.
- Bönisch, S. (2017). *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke*. Wiesbaden: Springer VS.
- Haas, P. (2006). *Gesundheitstelematik – Grundlagen, Anwendungen, Potenziale*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Heinze, O. (2015). *Persönliche, einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte (PEPA) - Konzept, Systemarchitektur und Umsetzungserfahrungen*. Dissertation. o.O.
- 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 21.12.2019]
- Herburger, M., Roskosch-Schenker, A., Gstrein, K., Bitschnau, K. W., Bemetz-Kochhafen, S., Jäger, A., ... Plut-Sauer, A. (2018). *Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg*. 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-2018?article_id=449171 [Abruf 21.12.2019]
- 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., Wehrich, 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.
- Illmer, D., Hebenstreit, M. (2019). *Ambulante gerontopsychiatrische Pflege. Jahresbericht 2018*. Bregenz: connexia - Gesellschaft für Gesundheit und Pflege gem. GmbH. Online: <https://www.connexia.at/kompetenzzentrum-pflege/projekte/ambulante-gerontopsychiatrische-pflege/jahresberichte.html> [Abruf 28.01.2020]
- Isfort, M., Weidner, F., Von der Malsburg, A. & Lungen, M. (2012). *Mehr als Minutenpflege: Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen?* Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Online: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09555.pdf> [Abruf 21.12.2019]
- Kleve, H., Müller, M. & Hampe-Grosser, A. (2010). Der Fall im System - die Organisation des Systemischen Case Managements. In V. Brinkmann (Hrsg.), *Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen*. (S. 21-38) Wiesbaden: Gabler.
- Knop, R. (2009). *Erfolgsfaktoren strategischer Netzwerke kleiner und mittlerer Unternehmen. Ein IT-gestützter Wegweiser zum Kooperationserfolg*. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft.
- Matolycz, E. (2016). *Pflege von Alten Menschen*. (2. Auflage). Wien: Springer.
- 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.
- Munshi, S., Heinze, O., Szecsenyi, J. & Bergh, B. (2017). Intelligente Vernetzung in der Gesundheitsregion Rhein-Neckar. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen II. Regionale Vernetzungsstrategien und Lösungsansätze zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung* (S. 11-20). Wiesbaden: Springer Gabler.

- Munshi, S. (2018). Ambulante Versorgung im Wandel - Entwicklungen und Potenziale im Zeitalter der Vernetzung. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *Management von Gesundheitsregionen IV. Bedarfsplanung und ganzheitliche regionale Versorgung und Zusammenarbeit*. (S. 21-30). 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.
- Pratscher, K. (2019). Betreuungs- und Pflegedienste der Bundesländer im Jahr 2017. *Statistische Nachrichten* 02/2019, 138-151. Statistik Austria. Online: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html [Abruf am 10.12.2019]
- Roskosch-Schenker, A. (2019). Care Management in Vorarlberg - Struktur, Aufbau und die Praxis. Vortrag bei der *12. Internationalen Fachtagung der Österreichischen Gesellschaft für Care & Case Management*, St. Pölten, 20.11.2019.
- 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.
- Schubert, H. (2008). Netzwerkkooperation - Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In H. Schubert (Hrsg.), *Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen - Grundlagen und Beispiele* (S. 7-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schulz, A. & Kunisch, M. (2009). Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen. In C. Zippel & S. Kraus (Hrsg.), *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis* (S. 300-317). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Schwartz, F. W., Kickbusch, I., Wismar, M. & Krugmann, C. S. (2012). Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, ... N. Schneider (Hrsg.), *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 243-257). München: Elsevier GmbH.

Statistik Austria (04.04.2019). *Privathaushalte 1985 - 2018*. Online: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/haushalte/index.html [Abruf am 28.01.2020]

Online-Quellen:

<https://www.betreuungspool.at/betreuung-finden/was-wir-fuer-sie-tun> [Abruf am 17.09.2019]

<https://www.connexia.at/bildung/ausbildung/ausbildung-heimhilfe.html> [Abruf am 19.08.2019]

<https://www.hauskrankenpflege-vlbg.at/hauskrankenpflege/> [Abruf am 10. 09. 2019]

<https://mohi.at/vorarlberg/home/> [Abruf am 10. 09 2019]

<http://oegcc.at/die-oegcc/grundlagenpapier/> Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management. [Abruf am 27. 09 2019]

<https://pepa.eu/> [Abruf am 28.01.2020]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur Krankenpflegevereine.....	12
Abbildung 2: Struktur Krankenpflegevereine inkl. Pflegepools	14
Abbildung 3: Mobile Hilfsdienste mit Trägern	15
Abbildung 4: Case Management mit Trägern	28
Abbildung 5: Einheitlicher Träger Pflege, Betreuung und Case Mangement	29