Abschlussbericht

Gerontopsychiatrisch-Geriatrische Verbünde (GGV)

Analyse der Ist-Situation und Weiterentwicklung der Verbundarbeit

Auftraggeberin
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Ansprechpartnerin
Dr. Dagmar Weßler-Poßberg

Mitarbeitende
Jan Braukmann
Janko Vollmer
Patrick Frankenbach
Friederike Berg

Berlin, 6. Oktober 2017

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer
Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates
Dr. Jan Giller

Handelsregisternummer
Berlin HRB 87447 B

Rechtsform
Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr
1959

Tätigkeit
Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen entwickeln wir praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber sowie internationale Organisationen.

Arbeitssprachen
Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz
Prognos AG
St. Alban-Vorstadt 24
4052 Basel | Schweiz
Telefon +41 61 3273-310
Telefax +41 61 3273-300

Prognos AG
Domshof 21
28195 Bremen | Deutschland
Telefon +49 421 517046-510
Telefax +49 421 517046-528

Prognos AG
Schwanenmarkt 21
40213 Düsseldorf | Deutschland
Telefon +49 211 91316-110
Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG
Nymphenburger Str. 14
80335 München | Deutschland
Telefon +49 89 9541586-710
Telefax +49 89 9541586-719

Internet
info@prognos.com
www.prognos.com
twitter.com/prognos_ag

Weitere Standorte

Prognos AG
Goethestr. 85
10623 Berlin | Deutschland
Telefon +49 30 520059-210
Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG
Résidence Palace, Block C
Rue de la Loi 155
1040 Brüssel | Belgien
Telefon +32 28089-947

Prognos AG
Heinrich-von-Stephan-Str. 23
79100 Freiburg | Deutschland
Telefon +49 761 7661164-810
Telefax +49 761 7661164-820

Prognos AG
Eberhardstr. 12
70173 Stuttgart | Deutschland
Telefon +49 711 3209-610
Telefax +49 711 3209-609

Inhalt

1 Studienziel, Aufbau des Berichtes und methodisches Vorgehen 1

1.1 Aufbau des Berichtes 1

1.2 Hintergrund der Analyse der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde in den Bezirken Berlins 2

1.2.1 Zahlen, Daten, Fakten und die Rahmenstrategie 80plus 3

1.2.2 Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde und ihre Ursprünge 6

1.2.3 Methodische Vorgehensweise der Studie 8

2 Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick 16

3 Ziele, Nutzen und Wirkung der Verbundarbeit 24

3.1 Bestandsaufnahme 25

3.2 Bewertungen 27

3.3 Fazit 34

4 Organisation der Verbünde 36

4.1 Bestandsaufnahme 36

4.2 Bewertungen 39

4.3 Fazit 45

5 Ressourcen der Verbünde 46

5.1 Bestandsaufnahme 46

5.2 Bewertungen 51

5.3 Fazit 55

6 Verbundmitgliederstrukturen 57

6.1 Bestandsaufnahme 58

6.2 Bewertungen 60

6.3 Fazit 66

7 Arbeitsweisen und sektorenübergreifende Ansätze der Verbundarbeit 67

7.1 Bestandsaufnahme 68

7.2 Bewertungen 72

7.3 Fazit 79

8 Zusammenarbeit von Bezirksämtern und Verbünden 81

8.1 Bestandsaufnahme 82

8.2 Bewertungen 86

8.3 Fazit 91

9 Verbundarbeit in der Altenhilfe und der gerontopsychiatrisch-geriatrischen Versorgung – Ziele und Praxen aus dem Stand der Forschung 94

10 Ableitung von Empfehlungen und Best Practices 102

10.1 Zielsetzungen 102

10.2 Organisation und Ressourcen 105

10.3 Stärkung sektorenübergreifender Verbundstrukturen und Arbeitsweisen 112

10.4 Einbindung der Verbünde in den Bezirken 114

10.5 Maßnahmen zur Stärkung der Rahmenbedingungen der Verbundarbeit 119

10.6 Zusammenfassung aller Empfehlungen 123

Literatur und Quellen 127

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1: Übersicht über die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde in Berlin 6

Tabelle 1-2: Schritte zur Analyse der strukturimmanenten Potenziale der Verbundarbeit 13

Tabelle 3-1: Formulierte Ziele der Verbundarbeit 26

Tabelle 4-1: Gesellschaftsformen der GGV 37

Tabelle 4-2: Organisationstypen der GGV 39

Tabelle 5-1: Finanzierungsstrategien der Verbünde 47

Tabelle 5-2: Ressourcentypen der Verbünde 50

Tabelle 6-1: Zusammensetzung der Verbundpartnerinnen und -partner in den Verbünden 60

Tabelle 6-2: Die relevantesten Verbundmitglieder aus Sicht der Verbundpartnerinnen und -partner 63

Tabelle 7-1: Arbeitsweisen der Verbünde für die thematische Zusammenarbeit 70

Tabelle 7-2: Sektorenübergreifender Ansatz im Rahmen der Arbeitsgremien der Verbünde 72

Tabelle 8-1: Formale und informale Bezirksamtsbeteiligung an der Verbundarbeit 83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1: Arbeitsschritte der Studie zur Ist-Analyse und Weiterentwicklung der Verbundarbeit 10

Abbildung 1-2: Kategorien der Verbundarbeit 14

Abbildung 3-1: Idealer und tatsächlich wahrgenommener Nutzen der Verbundarbeit aus Sicht der Verbundmitglieder 29

Abbildung 3-2: Wirkung der Verbundarbeit im eigenen Bezirk aus Sicht der Verbundmitglieder 31

Abbildung 3-3: Wahrgenommene Wirkung der Verbundarbeit im Bezirk – Sicht der Akteurinnen und Akteure in den Bezirksämtern 32

Abbildung 3-4: Wahrgenommene Wirkung der Verbundarbeit unter der Zielformulierung für Patienten und Angehörige 33

Abbildung 4-1: Einschätzung des Grads der Verbindlichkeit, nach Organisationstyp 41

Abbildung 4-2: Wünsche nach einer verbindlicheren oder unverbindlicheren Zusammenarbeit, nach Organisationstyp 42

Abbildung 4-3: Wünsche nach klaren Strukturen für die Koordination des Verbundes, nach Organisationstyp 43

Abbildung 4-4: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit Bürokratie bzw. Verwaltungsaufwand, nach Organisationstyp 44

Abbildung 4-5: Zufriedenheit der Mitglieder mit der Ansprechbarkeit der Koordinierungsebene 44

Abbildung 5-1: Durch die Verbundmitglieder bereitgestellte Ressourcen 48

Abbildung 5-2: Finanzielle Beiträge der Verbundmitglieder, nach Organisationstyp 49

Abbildung 5-3: Einschätzungen der Verbundmitglieder zur Aussage "Es sollten regelmäßige Mitgliedsbeiträge erhoben werden, bzw. die Mitgliedsbeiträge sollten erhöht werden.", nach Ressourcentyp 53

Abbildung 5-4: Einschätzungen der Verbundmitglieder zur Aussage: „Der Verbund sollte festes Personal zur Koordinierung der Verbundarbeit einstellen und finanzieren.", nach Ressourcentypen 54

Abbildung 5-5: Zufriedenheit der Verbundmitglieder mit der Öffentlichkeitsarbeit, nach Ressourcentyp 55

Abbildung 6-1: Anteile der unterschiedlichen Leistungsanbieterinnen und -anbieter in allen Verbünden zusammen 59

Abbildung 6-2: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Zusammensetzung der Verbundmitglieder, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege 61

Abbildung 6-3: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Anzahl der Mitglieder, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege 62

Abbildung 6-4: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Akquise der Mitglieder, nach Partnerstrukturtyp 63

Abbildung 6-5: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Akquise der Mitglieder, nach Ressourcentyp 64

Abbildung 6-6: Einschätzung der Verbundpartnerinnen und -partner zur weiteren Gewinnung relevanter Akteure für eine bessere Zusammenarbeit im Verbund, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege 65

Abbildung 7-1: Aktivitäten und Teilnahmefrequenz der Verbundmitglieder 75

Abbildung 7-2: Aktivitäten, die einen hohen Mehrwert bieten 76

Abbildung 7-3: Einschätzung der eigenen Aktivität im Verbund 77

Abbildung 7-4: Gründe für die Passivität des Mitglieds, Mehrfachangaben möglich 78

Abbildung 7-5: Einschätzung der Verbundmitglieder zur Weiterentwicklung der Arbeitsweisen für eine bessere Zusammenarbeit im Verbund 79

Abbildung 8-1: Konkrete Formen der Mitwirkung der Bezirksämter an der Verbundarbeit 85

Abbildung 8-2: Vorstellbare und realisierte Unterstützungsformen der Bezirksämter für die Verbundarbeit 86

Abbildung 8-3: Begründungen für eine geringe Aktivität der Bezirksämter in der Verbundarbeit 87

Abbildung 8-4: Idealerweise erwarteter und tatsächlich wahrgenommener Nutzen der Verbundarbeit in den Bezirksämtern 88

1 Studienziel, Aufbau des Berichtes und methodisches Vorgehen

Mit dem Ziel, bestehende Versorgungsstrukturen in Berlin so weiter zu entwickeln, dass sie den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft noch besser gerecht werden[1], hat die Berliner Senatsverwaltung die Rahmenstrategie 80^{plus} initiiert. Damit hochaltrige Menschen größtmögliche Selbstständigkeit behalten und möglichst lange in ihrem eigenen häuslichen Umfeld leben können, ist das Zusammenwirken vieler Institutionen und Akteursgruppen nötig. Eine systematische Kooperation und Vernetzung der kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen aus den Sektoren Gesundheit, Soziales und Pflege schafft Synergien für qualitativ bessere, lückenlose Versorgungsketten und eine effizientere Gesamtversorgung[2].

Ein wichtiges Element der Strategie zur Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen stellt daher die Förderung und Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde (GGV) in den Berliner Bezirken dar.

Der vorliegende Bericht ist das Ergebnis einer Bestands- und Potenzialanalyse aller 14 Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde und ihrer Aktivitäten, die im Zeitraum von Oktober 2016 bis September 2017 durch die Prognos AG durchgeführt wurde. Der Bericht zeigt, inwiefern die Verbünde für die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der zunehmend komplexeren Versorgung gerüstet sind und wie sie als bezirkliche Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie gestärkt werden können.

1.1 Aufbau des Berichtes

Kapitel 1 beschreibt die Ziele und Hintergründe der Studie, stellt den Untersuchungsgegenstand – die 14 Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde (GGV) – vor und gibt einen Überblick über das methodische Vorgehen. Weitere Erläuterungen zur Studienmethodik und die verwendeten Instrumente sind in dem eigenständigen Dokument „Methodischer Hintergrund der Studie“ verfügbar.

Kapitel 2 liefert eine Zusammenfassung der zentralen Studienergebnisse zur Ist-Situation der Verbünde und der Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Verbundarbeit.

---

1 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015), Vorwort.

2 Vgl. Klaes/Raven et al. (2004), S. 10.

In den Kapiteln 3 bis 8 erfolgt eine detaillierte Darstellung der Ist-Situation der Verbünde, gegliedert nach sieben relevanten Kategorien der Verbundarbeit. In jedem Kapitel sind zunächst die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst. Anschließend werden in einer kritischen Bestandsaufnahme die Unterschiede in den Strukturen, Prozessen und Arbeitsweisen herausgearbeitet, Bewertungen der Koordinierungsverantwortlichen, Verbundmitglieder und Bezirksämter zusammengeführt und ein Fazit gezogen.

In Kapitel 9 werden die Studienergebnisse bezüglich einer sektorenübergreifenden und verbindlichen Zusammenarbeit in den aktuellen Stand der Forschung eingeordnet.

Kapitel 10 bündelt die wichtigsten Entwicklungsfelder für die Verbünde und identifiziert sowohl Best Practice-Ansätze als auch bestehende Herausforderungen. Aufbauend auf den Studienergebnissen werden gemeinsam mit den Verbünden erörterte Weiterentwicklungsmöglichkeiten sowie mögliche gemeinsame Ziele und Standards einer künftigen Verbundarbeit dargestellt. Unter Berücksichtigung der potenziellen Wirksamkeit und der Umsetzungschancen, werden diese Entwicklungsmöglichkeiten, Ziele und Standards schließlich in konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Verbundarbeit überführt.

1.2 Hintergrund der Analyse der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde in den Bezirken Berlins

Kapitel 1.2 in Kürze

- Mit der 80^{plus}-Rahmenstrategie will die Berliner Senatsverwaltung den Versorgungsherausforderungen durch einen prognostizierten Zuwachs an hochaltrigen Menschen mit multimorbiden Risiken in Berlin begegnen.
- In einem berlinweiten Dialogprozess erarbeitete Lösungsansätze in sieben Handlungsfeldern beziehen sich u. a. auf eine verbesserte Kooperation und Vernetzung der präventiven, ambulanten, (teil-)stationären und rehabilitativen Bereiche.
- Für die sektorenübergreifende Versorgung (siehe Handlungsfeld 4b) sollen die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde (GGV) als bezirkliche Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie gestärkt und weiterentwickelt werden.
- Regionale Unterschiede sowohl in den Demenzraten als auch in den Anteilen der häuslich gepflegten Demenzerkrankten verweisen auf unterschiedliche städtische und

ländliche Angebotsstrukturen und familiäre Vernetzungsstrukturen, die sich in besonderen bezirklichen Herausforderungen niederschlagen.
- In Berlin gibt es 14 Verbünde in zwölf Bezirken.
- Es zeigen sich zwei wesentliche Vorläufer, aus denen heraus sich die Verbünde entwickelt haben. Ein geringer Teil der Verbünde baut auf Strukturen aus geförderten Bundesmodellprojekten auf. Der größte Teil der Verbünde wurde hingegen im engen Zusammenhang mit den Bezirksämtern initiiert und entwickelte sich aus vorhandenen Arbeitsgruppen. Ein Verbund wurde aus zwei vorherigen Arbeitsgruppen gebildet.

1.2.1 Zahlen, Daten, Fakten und die Rahmenstrategie 80plus

Die überproportionale und besonders dynamische Zunahme der hochaltrigen Bevölkerung ist eine zentrale Herausforderung für die Stadt Berlin. Nach einer Prognose[3] wird die Zahl der über 80-Jährigen von rund 170.000 im Jahr 2015 auf ca. 263.000 im Jahr 2030 anwachsen. Dies entspricht einer Zunahme um 55 Prozent. Der Anteil dieser Altersgruppe an der Berliner Gesamtbevölkerung wird zudem in demselben Zeitraum von 4,7 auf 6,9 Prozent ansteigen, so die Schätzung.

Einhergehend mit dem steigenden Anteil der Hochaltrigen ist auch ein erhöhtes Risiko von Demenzerkrankungen zu erwarten. Die Tatsache, dass im Osten Berlins erkennbar höhere Demenzraten vorzufinden sind als im Berliner Nordwesten und Süden, lässt auf Unterschiede in der regionalen Angebotsstruktur schließen, die möglicherweise zu Konzentrationen von Demenzerkrankten in bestimmen Regionen führen und konträr zur angestrebten Versorgung im vertrauten Lebensraum wirken können.[4] Dabei spielt auch die deutliche aber ebenfalls regionale unterschiedliche Zunahme des Anteils der Demenzerkrankten, die zuhause gepflegt und versorgt werden, eine Rolle. Dieser Anteil stieg in Berlin zwischen 2011 und 2015 um 4,8 auf 61,3 Prozent.[5]

Für die Bewältigung zunehmender Pflegebedürftigkeit und die Versorgung multimorbider und alterstypischer Erkrankungen initiierte die damalige Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Jahr 2015 einen Prozess auf gesamtstädtischer Ebene zur Ent-

3 Vgl. Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2016).

4 Vgl. GeWINO (2017), S.18ff.

5 Vgl. GeWINO (2017), S. 23 u. 26.

wicklung einer Rahmenstrategie mit dem Titel 80plus. Den Ausgangspunkt bildete das Diskussionspapier „80plus – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“[6], in dem ausgehend von einer fundierten Problemanalyse sieben Handlungsfelder zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung identifiziert wurden.

Im Rahmen eines partizipativen Dialogprozesses wurden diese Handlungsfelder weiter ausgearbeitet und priorisiert. Hierzu fanden mehrere Veranstaltungen, Foren und Fachdialoge mit Beteiligten aus verschiedensten Bereichen[7] statt. Im Rahmen der Handlungsfelder soll ein **„bestmögliches Maß einer integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung“**[8] in Verbindung mit Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Teilhabe der hochaltrigen Menschen realisiert werden.

Als Ergebnis des Dialogprozesses wurde die Rahmenstrategie 80plus[9] im Jahr 2016 der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Strategie beinhaltet Hintergründe, Ziele und konkrete Maßnahmen, wobei sich der finale Zuschnitt der Handlungsfelder wie folgt gestaltet:

(1) Prävention und Gesundheitsförderung stärken

(2) Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung

(3) Stationäre Versorgung im Krankenhaus

(4) Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung

(5) Versorgung am Lebensende

(6) Aus-, Fort- und Weiterbildung

(7) Selbstbestimmung und Teilhabe

Darüber hinaus hat in der Rahmenstrategie 80plus das Ziel einer engeren Vernetzung und sektorenübergreifenden Kooperation von stationären und ambulanten gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgungsangeboten auf der bezirklichen Ebene eine zentrale Bedeutung.

---

6 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015).

7 Beteiligt waren: Einrichtungen, Träger und Verbände des Sozial- und Gesundheitswesens, interessierte Bürgerinnen und Bürger, die Politik und Verwaltung der Landes- und Bezirksebene, Kliniken, ärztliche, pflegerische und therapeutische Interessenverbände, Seniorenvertretungen, Beratungsstellen, Kranken- bzw. Pflegekassen, (Hoch-)Schulen, weitere Ausbildungseinrichtungen, der Hospiz- und Palliativbereich sowie Vertreterinnen und Vertreter der Bereiche Sport und Bewegung, Mobilitätshilfe, Wohnen und Stadtentwicklung.

8 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015), S. 40.

9 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016).

Einerseits kann Berlin diesbezüglich auf die langjährigen Vorreitererfahrungen verweisen. Vorbild für die qualitätssteigernden Synergien, die durch die systematische Vernetzung und Kooperation von verschiedenen Leistungsanbietern erzielt werden sollen, sind z. B. die 1999 gegründeten Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“, die über lange Zeit mit ihrer Struktur eines Case Managements in der Altenhilfe singulär in Deutschland waren. 2008 wurden die Koordinierungsstellen in die gesetzlichen Pflegestützpunkte überführt, deren Zahl bis heute auf 33 angewachsen ist. Als weitere Initiativen mit Modellcharakter sind das Netzwerk im Alter „Albatros e. V.“, heutiges Ehrenmitglied des „Qualitätsverbunds Netzwerk im Alter – Pankow (QVNIA e.V.)“[10], sowie „Home Care Berlin e.V.“ zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu nennen.

Andererseits gilt es weiterhin, eine bisher noch zu starke sektorale Ausrichtung der Planungen, Konzepte und Gremien auf Bundes-, Landes- und bezirklicher Ebene zu überwinden.[11] Mit Blick auf die Vernetzung von Strukturen der Pflege und Altenhilfe strebt die Rahmenstrategie 80^{plus} innerhalb des Handlungsfelds 4b die „Integrierte Versorgung“ an. Im Wortlaut wird dort die **„Schaffung verbindlicher, sektorenübergreifender Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf Bezirks- und Landesebene“**[12] als Ziel ausgegeben. In diesem Zusammenhang wird angeregt, die 14 Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde (GGV), die seit Mitte der 1990er Jahre in allen Berliner Bezirken etabliert sind und einen festen Baustein der lokalen Versorgungslandschaft bilden, als Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie zu stärken.

So finden sich zwar in den gesetzlichen Rahmenbedingungen häufig Beschränkungen für die Gestaltung einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung (z. B. §137f SGB V und die DMP-Richtlinie). Jedoch ist zu prüfen, wie die bestehenden gesetzlichen Grundlagen für die Weiterentwicklung verbindlicher, sektorenübergreifender Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf Bezirksebene besser ausgeschöpft werden können. Weiterhin ist beispielsweise zu erfassen, ob und wie sich die Verbundarbeit hinsichtlich einer Ausweitung der Themen, die innerhalb des Landesgremiums nach § 90 SGB V über das SGB V hinaus behandelt werden, auswirken kann.

---

10 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 34, 188, 192.

11 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016), S. 73.

12 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016), S. 73.

1.2.2 Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde und ihre Ursprünge

Im Jahr 2017 agieren die 14 Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde als Zusammenschlüsse von ambulanten, teilstationären und stationären Trägern in den zwölf Berliner Bezirken. In zwei Bezirken haben sich jeweils zwei Verbünde etabliert, die eng zusammenarbeiten. Im Bezirk Tempelhof-Schöneberg ist in jedem der Teilbezirke ein Verbund entwickelt worden. Im Bezirk Reinickendorf entwickelte sich neben der Arbeitsgruppe Altenhilfe des Bezirksamtes das Netzwerk Märkisches Viertel e.V. Miteinander vernetzt sind die bezirklichen Verbundpartnerinnen und -partner jeweils auf der Basis eines Kooperationsvertrages unter Bezugnahme auf die gesetzlichen Grundlagen des SGB V, XI und XII.

Nachfolgend wird ein Überblick über alle 14 Verbünde in den zwölf Berliner Bezirken gegeben:

Tabelle 1-1: Übersicht über die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde in Berlin

Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf

- Gerontopsychiatrisch-Geriatrischer Verbund Charlottenburg- Wilmersdorf e.V. (GPV Charlottenburg Wilmersdorf)

Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg

- Gerontopsychiatrisch-Geriatrischer Verbund Friedrichshain-Kreuzberg (GGV Friedrichshain-Kreuzberg)

Bezirk Neukölln

- Geriatrisch-gerontopsychiatrischer Verbund im Bezirk Neukölln (GGV Neukölln)

Bezirk Lichtenberg

- Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund Lichtenberg (GGV Lichtenberg)

Bezirk Marzahn-Hellersdorf

- Interessenverbund Gesundheit im Alter – Gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbund Marzahn-Hellersdorf (GGV Marzahn-Hellersdorf)

Bezirk Berlin Mitte

- Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund Mitte (GGV Mitte)

Bezirk Pankow

- QVNIA Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V. (QVNIA Pankow)

Bezirk Reinickendorf

- AG Altenhilfe des Bezirksamtes Reinickendorf (AG Altenhilfe Reinickendorf)
- Netzwerk Märkisches Viertel e.V. (NW Märkisches Viertel)

Bezirk Steglitz-Zehlendorf

- Verbund für Altenhilfe und Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf (VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf)

Bezirk Spandau

- Gerontopsychiatrischer Verbund Spandau (GPV Spandau)

Bezirk Tempelhof-Schöneberg

- Gerontopsychiatrischer-Geriatrischer Verbund Tempelhof (GPGV Tempelhof)
- Geriatrisch-Gerontopsychiatrischer Verbund Schöneberg (GGV Schöneberg)

Bezirk Treptow-Köpenick

- Gerontopsychiatrisch-Geriatrischer Verbund Treptow-Köpenick (GGV Treptow-Köpenick)

Die Entstehungsgeschichte der Verbünde geht zum Teil bis zu 20 Jahre zurück. Die ersten beiden Verbünde sind 1997 entstanden, die Mehrheit der Kooperationsverträge wurde im Zeitraum von 2000 bis 2003 geschlossen. Für die Initiierung der Verbünde lassen sich dabei drei Ursprünge unterscheiden:

1. **Verbünde, die auf Vorläufern aus Bundesmodellprojekten aufbauten:** Der Vorläufer des Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbunds Charlottenburg-Wilmersdorf entstand 1997 im Rahmen des Bundesmodellprojekts zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger. Ebenso startete der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V. in den Jahren 2000 bis 2003 im Rahmen des Bundesmodellprogramms Netzwerk im Alter, mit dem Ziel eines gemeinsamen Versorgungsnetzes im Bezirk Pankow.

2. **Verbünde, deren Initiierung im engen Zusammenhang mit den Bezirksämtern erfolgte:** Fünf Verbünde (VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf, AG Altenhilfe, GGV Neukölln, GGV Tempelhof und GGV Mitte) wurden aus den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken (PsychKG) heraus entwickelt. In § 7 PsychKG wird diesbezüglich die Zusammenarbeit aller **„an der Erbringung von vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen Beteiligten“** gefordert, **„um**

psychisch erkrankten Personen die für sie bestmögliche Hilfe anzubieten“.

Darüber hinaus resultiert der GGV Schöneberg aus der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie, die im sozialpsychiatrischen Dienst des Bezirksamtes gebildet wurde. Der GGV Treptow-Köpenick und der GPV Spandau wurden auf Initiative der dortigen Bezirksämter durch interessierte Akteurinnen und Akteure neu gegründet. In Friedrichshain-Kreuzberg waren die Altenhilfekoordination bzw. die Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination (QPK) des Bezirksamts seit der Gründung bis 2014 eng in die Arbeit des GGV Friedrichshain-Kreuzberg eingebunden und an dessen Koordination beteiligt. Im Bezirk Marzahn-Hellersdorf ist der GGV Marzahn-Hellersdorf ein Teil von drei Interessensverbünden, die als Beiratsstruktur die bezirkliche Altenplanung unterstützen. Ebenfalls mit an der Gründung beteiligt war das Bezirksamt Reinickendorf beim Netzwerk Märkisches Viertel, das jedoch in erster Linie durch die GESOBAU-AG, einem Wohnungsbauunternehmen, reaktiviert wurde.

3. **Ein Verbund, der aus zwei vorherigen Arbeitsgruppen gebildet wurde:** Der GGV Lichtenberg wurde im Zuge der Fusion der ehemals eigenständigen Bezirke Lichtenberg und Hohenschönhausen gegründet. Der Verbund ging in diesem Zuge aus den zwei bezirksbezogenen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie und Gerontopsychiatrie hervor, die durch die landesgetragene Koordinierungsstelle Rund ums Alter moderiert worden waren.

1.2.3 Methodische Vorgehensweise der Studie

Das Forschungsdesign der Studie orientiert sich an vier Erkenntnisbereichen:

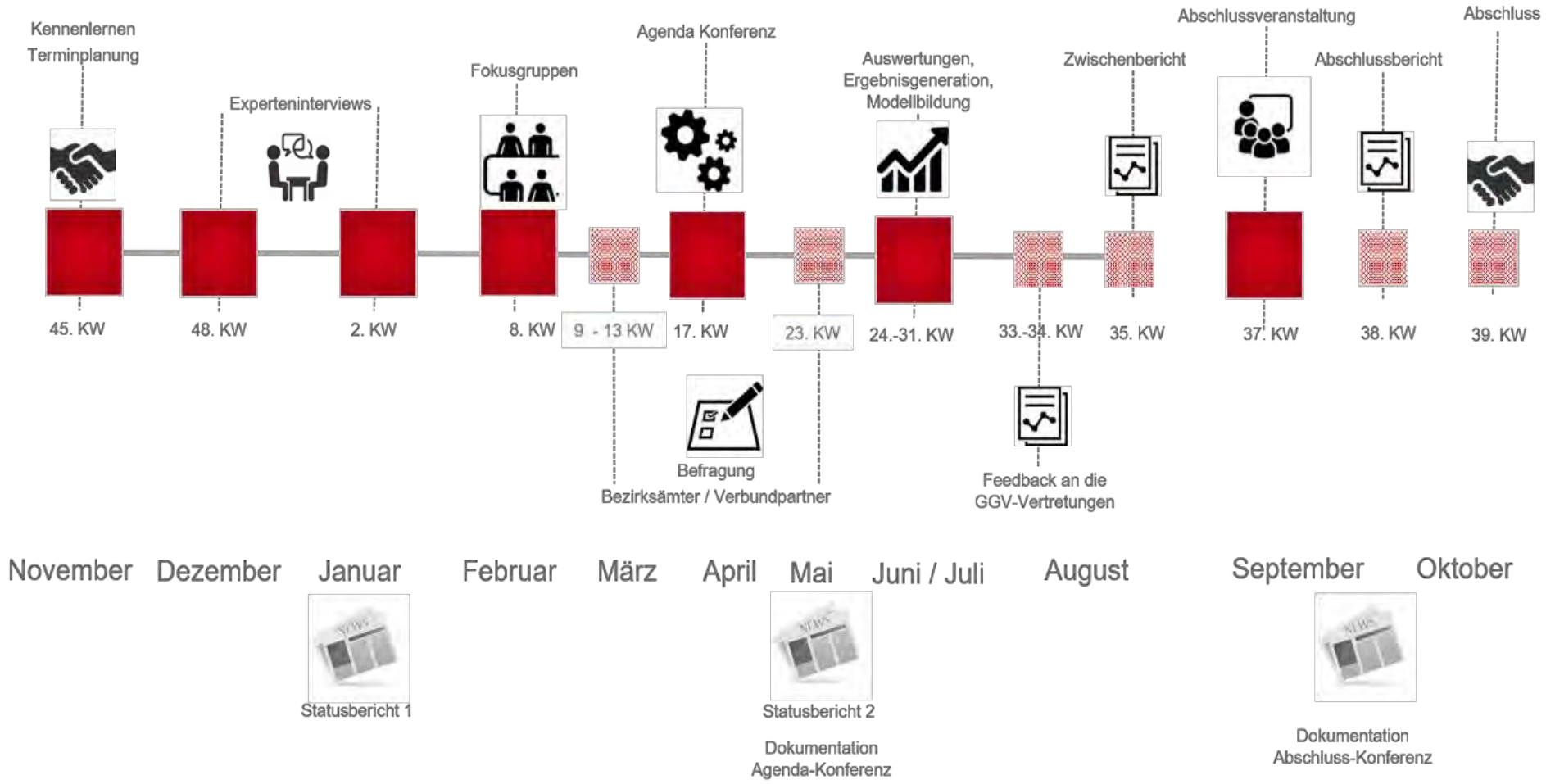
- Aktuelle Strukturen, Prozesse, Arbeitsweisen, Themen und Rahmenbedingungen der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde
- Strukturimmanente Potenziale und Hemmnisse der Verbundarbeit
- Potenzielle Entwicklungsmöglichkeiten der Verbünde und mögliche gemeinsame Ziele und Standards
- Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten zur Stärkung der Verbundarbeit

Ziel war es, alle relevanten Akteurinnen und Akteure (Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren, Verbundpartnerinnen und -partner sowie Bezirksämter) und deren Sichtweisen auf die Verbundarbeit einzubeziehen. Für die Erhebung der Informationen wurde mit dem triangulativen Ansatz eine komplementäre Erkenntnisstrategie verfolgt. Qualitative und quantitative Methoden wurden zunächst in ihrem Stellenwert eigenständig verfolgt, ergänzten sich und lieferten unterschiedliche Facetten der Ergebnisse. In der Analyse wurden die qualitativen und quantitativen Ansätze miteinander verbunden, um so die Zusammenhänge von strukturellen Merkmalen und Bewertungen der Akteurinnen und Akteure herauszuarbeiten.

Der folgende Zeitstrahl stellt die einzelnen Prozesse und Arbeitsschritte dieser Studie dar[13]:

[13] Zur Erinnerung: Weitere Erläuterungen zur Studienmethodik und die verwendeten Instrumente sind in dem eigenständigen Dokument „Methodischer Hintergrund der Studie“ verfügbar.

Abbildung 1-1: Arbeitsschritte der Studie zur Ist-Analyse und Weiterentwicklung der Verbundarbeit



Die Inhalte der einzelnen Arbeitsschritte lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Dokumentenanalyse und Datenrecherche

Im Vorfeld der Experteninterviews mit den Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren wurden, soweit vorhanden, auf den Internetseiten der Verbünde Informationen über die Historie und Ziele der Verbünde, die Zusammensetzung der Verbundmitglieder, die Arbeitsgremien sowie über bestehende Kooperationsverträge, Vereinssatzungen, Geschäftsordnungen und Leitbilder recherchiert. Ergänzend wurden Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sowie der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt zur Bedarfs- und Versorgungslage in den Bezirken recherchiert.

Leitfadengestützte Interviews mit Koordinatorinnen und Koordinatoren der Verbünde

Insgesamt wurden 14 leitfadengestützte Interviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren aller Verbünde durchgeführt. Inhalte der eineinhalb- bis zweistündigen Gespräche mit insgesamt 21 Personen waren die Erfahrungen und Bewertungen zur Konzeption und Arbeitsweise der Verbünde, zu den Rahmenbedingungen für die Verbundarbeit sowie zu den Entwicklungsbedarfen und Entwicklungsmöglichkeiten. Aus den aufgezeichneten und verschriftlichten Interviews wurden von den Verbünden geprüfte und freigegebene Steckbriefe entwickelt.

Fokusgruppen

In drei jeweils zweistündigen leitfadengestützten Fokusgruppen mit besonders relevant erscheinenden Beteiligtengruppen wurden einzelne Aspekte der Verbundarbeit vertieft:

- Fokusgruppe 1: Kliniken, Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten – Bedeutung und Möglichkeiten der medizinischen Akteurinnen und Akteure in der Verbundarbeit
- Fokusgruppe 2: Bezirksämter – Bedeutung und Möglichkeiten in der Verbundarbeit
- Fokusgruppe 3: Verbundpartnerinnen und -partner und Leistungsanbieterinnen und -anbieter – Ressourcen und Möglichkeiten der aktiven Mitarbeit im Verbund

Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden verschriftlicht und für die Ergebnisanalyse aufbereitet.

Befragung der Verbundmitglieder

Ziel der standardisierten Online-Befragung der Verbundpartnerinnen und -partner war die Bewertung der Organisation, des Nutzens und der Wirkung der Verbundarbeit. Mit dem Rücklauf von 152 gültigen und auswertbaren Fragebögen sind Verbundpartnerinnen und -partner aus allen Verbünden und unterschiedlichen Versorgungsbereichen repräsentiert.

Befragung der Bezirksämter

Die Sicht der Bezirksämter auf die Verbünde und deren Arbeit wurde mit einer Online-Befragung der Ämter für Soziales und Gesundheit in den Bezirksämtern und in einem Verbund aus dem Amt für Wirtschaftsförderung erhoben. Erreicht wurde ein Rücklauf aus elf Bezirken mit 21 Antworten.

Agenda-Konferenz

In einer Agenda-Konferenz wurde mit den Verbundmitgliedern in vier thematischen Arbeitsgruppen diskutiert, für welche Praxen in den Verbünden gemeinsame Ziele möglich erscheinen und welche gemeinsamen Standards sich diesbezüglich abzeichnen:

- Arbeitsgruppe 1: Ziele und Schwerpunkte der Verbundarbeit
- Arbeitsgruppe 2: Organisations-/Geschäftsformen & Finanzierung der Verbünde
- Arbeitsgruppe 3: Vernetzung von Gesundheitsversorgung, Altenhilfe und Pflege
- Arbeitsgruppe 4: Sichtbarkeit und Öffentlichkeitsarbeit der Verbünde

Ideenwerkstätten

Auf der Abschlusskonferenz wurden zu drei vorgestellten wesentlichen Gestaltungsbereichen der Verbundarbeit der GGV konkrete Ideen der Weiterentwicklung gesammelt, die in die Aufbereitung von Empfehlungen zur Unterstützung der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde geflossen sind:

- Ideenwerkstatt 1: Passende Formate für Akteurinnen und Akteure aus den Arbeitsfeldern Soziales, Gesundheit und Pflege
- Ideenwerkstatt 2: Passende Themen und Gremien für die enge Zusammenarbeit von Verbund und Bezirksamt
- Ideenwerkstatt 3: Passende verbundgerechte Unterstützung für die Berliner GGV

Für die Analyse der Ist-Situation wurden die Informationen aus den Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren und aus den Fokusgruppen über die verschiedenen Elemente, aus denen Verbundstrukturen und -prozesse bestehen, verdichtet und analysiert. Dabei wurden dargestellte Fakten und Bewertungen zunächst für jeden Verbund differenziert betrachtet und anschließend vergleichend gegenübergestellt. Aus den geordneten Informationen wurde für jeden Verbund ein Steckbrief mit folgenden Punkten entwickelt:

- Organisationsstruktur
- Gesellschaftsform
- Ressourcen (finanzielle und personelle)
- Verbundpartnerstruktur
- Größe und Wachstum
- Themen und Schwerpunkte der Verbundarbeit
- Herausforderungen bezüglich Hochaltriger im Bezirk und für den Verbund

Anhand der Bedeutung und Wirksamkeit, die den einzelnen Elementen der Verbundarbeit zugeschrieben werden, wurden sieben relevante Kategorien gebildet. In den Übereinstimmungen und Abweichungen der Gestaltung dieser Kategorien zwischen den Verbünden bilden sich bestimmte Muster ab, mit denen sich verschiedene Typen der Verbundarbeit differenzieren lassen. Diese Typen

bilden jeweils qualitative Filter für die Auswertung der quantitativen Befragungen der Verbundpartnerinnen und -partner und der Bezirksämter.

Im Folgenden sind die vier Schritte der Analyse der strukturimmanenten Hemmnisse und Potenziale zusammengefasst:

Tabelle 1-2: Schritte zur Analyse der strukturimmanenten Potenziale der Verbundarbeit

Clusterung relevanter Kategorien der Verbundarbeit
Bündelung von relevanten Struktur- und Prozessbeschreibungen aus den Interviews mit den Koordinatorinnen und Koordinatoren und Clusterung zu sieben Kategorien
Typisierung der Kategorien
Qualitativer Vergleich der Ausprägungen der einzelnen Elemente, Ableitung in den Kategorien und Bildung von Kriterien, nach denen für jede Kategorie unterschiedliche Typen ermittelt werden
Bestimmung der Kategorientypen für jeden Verbund
Qualitative Bestimmung der Kategorientypen für jeden Verbund anhand der Kriterien
Quantitative Auswertung der Befragung von Verbundpartnerinnen und -partnern und Bezirksämtern
Nutzung der qualitativ gebildeten Kategorientypen als Filter für die quantitative Auswertung der Befragungen. Die Ergebnisse werden den Verbünden aufgrund der für sie jeweils ermittelten Kategorientypen zugeordnet.

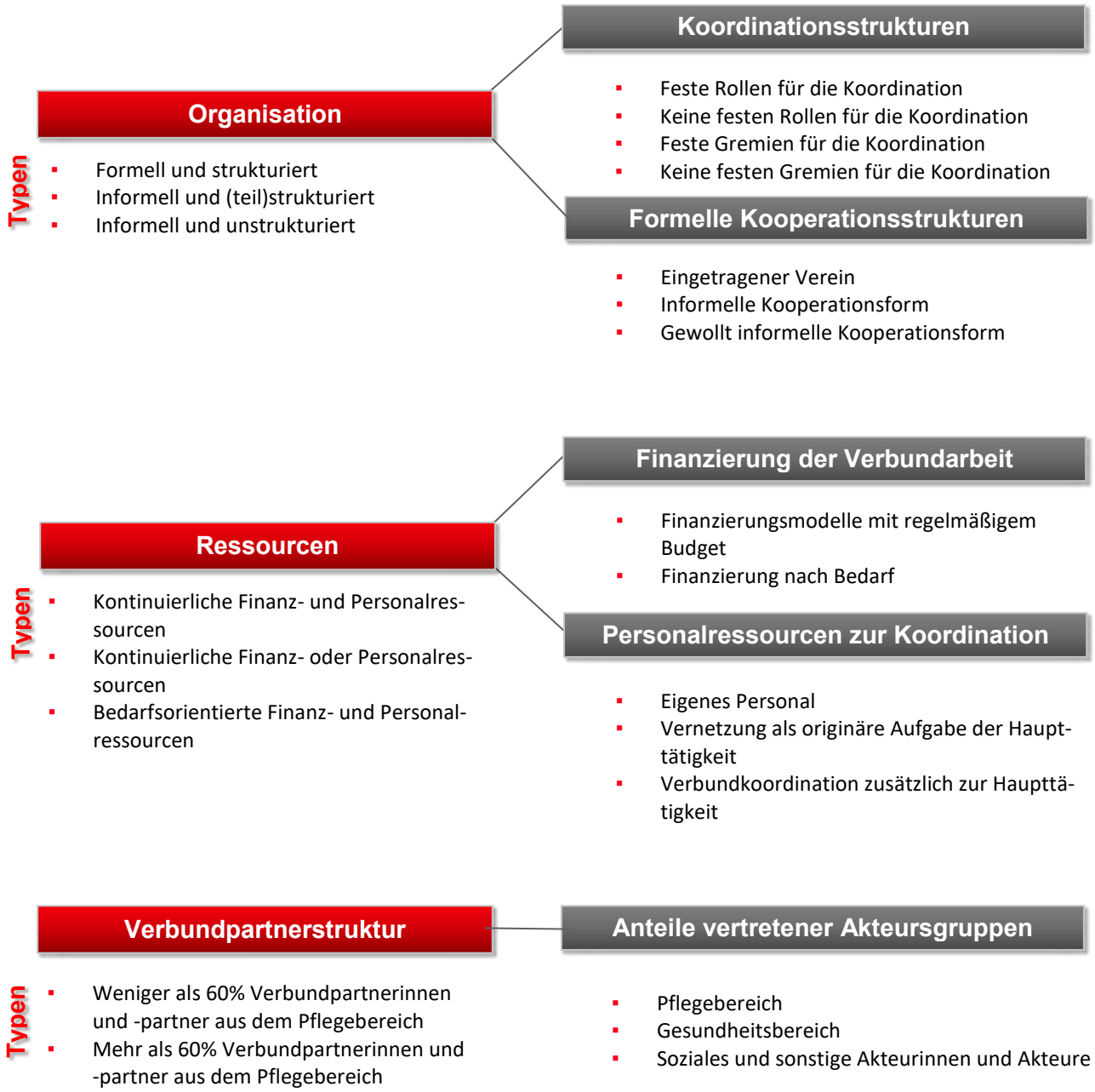
Im Ergebnis werden auf diese Weise die Erkenntnisse der qualitativen und der quantitativen Analyse zusammengeführt, sodass die Hürden und Potenziale in den sieben Kategorien aus der Perspektive aller beteiligten Akteurinnen und Akteure (Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren, Verbundmitglieder und Bezirksämter) deutlich werden.

Abschließend wurden die Entwicklungsbereiche herausgearbeitet, in denen die Verbünde sich weiterentwickeln können und müssen, um die herausgearbeiteten Potenziale für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit wirksam nutzen zu können.

Die Zusammenführung dieser Perspektiven bildet die Grundlage für die entwickelten Empfehlungen, welche gemeinsamen Ziele und Standards in der Berliner Verbundarbeit der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde erreichbar sind und wie die Verbundarbeit gezielt gestärkt werden kann.

In der nachfolgenden Abbildung werden die sieben herausgearbeiteten Kategorien der Verbundarbeit vorgestellt, die auch die Ergebnisdarstellung im Bericht gliedern. In den jeweiligen Kapiteln zu den einzelnen Kategorien finden sich die Zuordnungen der Typen zu den vierzehn Verbünden. Außerdem ist im Anhang für jeden Verbund ein Gesamtprofil dargestellt.

Abbildung 1-2: Kategorien der Verbundarbeit



Arbeitsweisen

Typen

- Regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
- Unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
- Keine spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten

Themenspezifische Gremien

- Verschiedene Gremien
- Keine verschiedenen Gremien

Regelmäßigkeiten der Gremien

- Regelmäßige Treffen
- Keine regelmäßigen Treffen

Sektorenübergreifender Ansatz

Typen

- Thematischer und instrumenteller Ansatz
- Thematischer oder instrumenteller Ansatz
- Kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit

Sektorenübergreifende Instrumente

- Überleitungsbögen und Fallbesprechungen
- Überleitungsbögen oder Fallbesprechungen
- Keine sektorenübergreifenden Instrumente

Gremien mit Gesundheitsbezug

- Mehrmals jährlich tagende Gremien mit Gesundheitsbezug
- Seltener tagende Gremien mit Gesundheitsbezug
- Keine Gremien mit Gesundheitsbezug

Bezirksamtbeteiligung

Typen

- Aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
- Aktiv wahrgenommen, unabhängig von der formalen Beziehung
- Passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der formalen Beziehung

Aktivität aus Sicht des Bezirksamtes

- Bezirksamtbeteiligte nehmen sich eher aktiv wahr
- Bezirksamtbeteiligte nehmen sich eher passiv wahr

Aktivität aus Sicht der Verbundkoordination

- Bezirksamtbeteiligte werden eher aktiv wahrgenommen
- Bezirksamtbeteiligte werden eher passiv wahrgenommen

Formale Verbundmitgliedschaft

- Bezirksamt ist formales Mitglied im Verbund
- Bezirksamt ist kein formales Mitglied im Verbund

2 Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

Ziele, Nutzen und Wirkung der Verbundarbeit

Die Verbundarbeit zeigt Wirkung. Verbundmitglieder und Bezirksämter nehmen einen höheren politischen Stellenwert der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbundarbeit, eine bessere Information über Versorgungslücken und Handlungsbedarfe und die Etablierung neuer Versorgungsangebote im Bezirk wahr.

Die Verbundarbeit hat verschiedene Zielrichtungen. Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde zielen mit ihrer Arbeit am häufigsten auf die Stärkung des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und auf eine qualitative Verbesserung der Versorgungsleistungen ab. Etwas seltener soll die Verbundarbeit eine Verbesserung der bezirklichen Versorgungssituation bewirken und noch seltener wird eine direkte Unterstützung der Hochaltrigen und ihrer Angehörigen verfolgt.

Ziele zur Unterstützung hochaltriger Menschen fördern ein gemeinsames Fall- und Fachverständnis. Verbundmitglieder aus Verbünden, die eine direkte Unterstützung für besondere Zielgruppen anstreben, nehmen häufiger ein gemeinsames Fall- und Fachverständnis und geringere Vorbehalte zwischen den Leistungsanbietern wahr.

Fachlicher Austausch und gegenseitiges Kennenlernen führen nicht automatisch zu sektorenübergreifenden kooperativen Prozessen. Der größte Nutzen für die Verbundmitglieder ergibt sich durch den fachlichen Austausch und gegenseitiges Kennenlernen der Leistungsanbieterinnen und -anbieter. Daraus haben sich jedoch bisher nur in einigen Verbünden konkrete sektorenübergreifende Kooperationen entwickelt (z. B. Fallarbeit und standardisierte Überleitungsprozesse).

Partizipativ entwickelte Ziele münden nicht automatisch in eine gemeinsame Verbundstrategie. In den Verbünden werden Ziele und Schwerpunkte der Verbundarbeit aus der Praxis der Verbundmitglieder entwickelt. Nur einzelne Verbünde haben diese Ziele in einer zukunftsorientierten Verbundstrategie gebündelt und konkrete handlungsleitende Ziele formuliert.

Empfehlungen zu Zielen, Nutzen und Wirkung

- **Empfehlung 1**: Verbünde sollten sich mit ihrer beabsichtigen Wirkung profilieren und dabei einen Konsens mit dem Bezirksamt suchen.
- **Empfehlung 2**: Netzwerkzusammenhalt braucht neben der Partizipation eine planerische Vorbereitung und Strukturierung der Ziele und Ideen. Das erhöht das Identifikationspotential für die Mitglieder.
- **Empfehlung 3**: Die Verbundziele sollten u. a. direkt die verschiedenen Zielgruppen adressieren. Das erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wirkung der Verbundarbeit.
- **Empfehlung 4**: Die Strukturierung der Ziele in System- und Leistungsziele und die Bündelung in einer handlungsleitenden Verbundstrategie ist eine wichtige Aufgabe der Verbundkoordination.

Organisation und Formalisierungsgrad der Verbundarbeit

Verbundarbeit bewegt sich zwischen stabilen Strukturen und informellen Freiräumen. Die Verbundarbeit wird mehrheitlich in losen Kooperationsvereinbarungen und nur sehr selten in festen formalen Strukturen organisiert. Informalität wird bewusst als Raum für die Netzwerkkultur genutzt.

Feste formale Strukturen stützen die interne Funktionsfähigkeit der Verbünde. Verbünde, die als Verein konstituiert sind und über ein Koordinierungsgremium mit zugeordneten Rollen und Aufgaben verfügen, berichten von einer gut funktionierenden Koordination der Verbundarbeit und externen Ansprechbarkeit der Verbünde.

Feste formale Strukturen stärken die Verbindlichkeit. Die Mehrheit der Verbundmitglieder wünscht sich mehr Verbindlichkeit. Dazu gehört für sie auch die Einhaltung von Vereinbarungen zur aktiven Mitarbeit im Verbund. Verbundmitglieder aus stärker formalisierten Verbünden bewerten die Verbundarbeit häufiger als verbindlich. Auch für die Bezirksämter hat ein höherer Formalisierungsgrad eine vertrauensbildende Funktion, da sie gleichfalls dadurch mehr Verbindlichkeit erwarten.

Empfehlungen zu Organisation und Formalisierungsgrad

- **Empfehlung 5**: Verbünde brauchen formale Arbeitsstrukturen für verbindliche und steuerbare Arbeitsprozesse. Gleichzeitig sollten sie Raum für die informale, bilaterale und direkte Zusammenarbeit der Verbundmitglieder bieten und eine interne kleinräumige Struktur für kooperative Prozesse und Instrumentenentwicklung geben.
- **Empfehlung 6**: Mit einer kostenfreien Beratung können Verbünde, die eine Geschäftsform für ihren Verbund (z. B. Verein oder Stiftung) anstreben, bei Bedarf sehr wirkungsvoll unterstützt werden.
- **Empfehlung 7**: Innerhalb der Verbünde sollte in Zusammenarbeit mit allen Verbundmitgliedern konkretisiert werden, welche Erwartungen, Mitwirkungsmöglichkeiten und Mitwirkungsziele für die Mitgliedschaft bestehen und welche Verpflichtungen mit einer Verbundmitgliedschaft einhergehen.

Ressourcen

Die Verbundarbeit basiert mehrheitlich auf ehrenamtlicher Arbeit und Spenden der Verbundmitglieder. Nur wenige Verbünde verfügen über kontinuierliche Ressourcen in Form eines Finanzierungsmodells aus mehreren Komponenten und gesicherten Stellenanteilen für die Koordination. Mehrheitlich erheben die Verbünde zwar Mitgliedsbeiträge und verfügen über eine relativ kontinuierliche Koordination, haben jedoch kein nachhaltiges Ressourcenmodell.

Fehlende Ressourcen beschränken die strategische Weiterentwicklung der Verbundarbeit. Mit den vorhandenen Ressourcen kann die aktuelle Form der Verbundarbeit aufrechterhalten werden. Die Mitgliederpflege, -akquise und Öffentlichkeitsarbeit können jedoch häufig nicht in angemessenem Umfang erfolgen. Mangelnde Ressourcen münden zudem in Planungsunsicherheit und schränken die notwendigen Strategiefindungsprozesse und die Ausweitung der Verbundarbeit auf neue Themen ein.

Eine gewünschte hauptamtliche Koordination geht mit einer wachsenden Akzeptanz von Mitgliedsbeiträgen einher. Verbundmitglieder, die Mitgliedsbeiträge zahlen, sind nahezu alle mit der aktuellen Höhe der Beiträge zufrieden. In Verbünden, die eine bedarfsorientierte Finanz- und Personalressourcenstrategie verfolgen, sind mehr als 40 Prozent für die Erhebung von regelmäßigen Mitgliedsbeiträgen und für hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren.

Empfehlungen zu Ressourcen

- **Empfehlung 8:** Für die Koordinierungsaufgaben sollten in den Verbünden möglichst feste und ausreichend finanzierte Stellenanteile vorhanden sein.
- **Empfehlung 9:** Um eine langfristige und unabhängige Finanzierung sicherzustellen, sollten die Verbünde Finanzierungsmodelle aus mehreren Finanzquellen entwickeln und für die interne Funktionsfähigkeit, die Einführung von Mitgliedsbeiträgen prüfen.
- **Empfehlung 10:** Aufgabenbezogen sollten zielgerichtete Finanzquellen geprüft werden. Dies umfasst neben Stiftungsgeldern, Bundes- und Landesfördermittel sowie Fördermittel der Krankenkassen. Dazu ist eine Fokussierung konkreter Themen und Ziele notwendig. Empfohlen wird die Weiterentwicklung der bisherigen Themen, z. B. Gesundheit und Prävention im Alter, wodurch insbesondere Fördergrundlagen der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen genutzt werden können.

Verbundgröße und Verbundzusammensetzung

Verbundarbeit findet bisher vorwiegend im Pflegesektor statt. Der Anteil der Akteurinnen und Akteure aus der Pflege überwiegt in allen Verbünden und liegt zum Teil bei 70 bis 90 Prozent. Dem gegenüber ist der Gesundheitsbereich bisher sehr wenig vertreten und macht im Durchschnitt einen Anteil von unter zehn Prozent in den Verbünden aus. Die Anteile der Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich Soziales schwanken sehr stark.

Pflegestützpunkte und Bezirksämter sind besonders wichtige Akteurinnen und Akteure. Koordinierungsverantwortliche, Verbundmitglieder und Bezirksämter sind sich einig, dass Pflegestützpunkte aufgrund ihrer Vernetzungs- und Informationsmacht und die Bezirksämter, aufgrund ihrer strategischen Bedeutung für die politische Positionierung wichtige Partnerinnen und Partner in der Verbundarbeit sind.

Der Koordinierungsaufwand hemmt das potenzielle Wachstum der Verbünde. Mehrheitlich haben die Verbünde weniger als 50 Mitglieder. Die meisten Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren begrüßen die aktuelle Größe ihres Verbunds, da sie den Koordinierungsaufwand bei derzeitiger Mitgliederzahl bewältigen können. Für Mehraufwände durch ein Verbundwachstum könnten sie derzeit überwiegend keine Ressourcen aufbringen.

Verbundmitglieder wünschen verstärkte Akquise neuer Verbundmitglieder. Wachstum stärkt aus Sicht der Koordinatorinnen und Koordinatoren die politische Bedeutung der Verbünde und ist

aus Sicht der Verbundmitglieder notwendig, um mehr Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich zu gewinnen.

Empfehlungen zu Verbundgröße und -zusammensetzung

- **Empfehlung 11:** Es werden eine gezielte Mitgliederakquise sowie der Aufbau von weiteren Kooperationen empfohlen, um eine passende Verbundzusammensetzung und Vernetzung mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Sektoren Pflege, Gesundheit und Soziales zu erreichen.
- **Empfehlung 12**: Die vorhandenen sektorenübergreifenden Ansätze sollten gezielt genutzt werden, um Akteurinnen und Akteure aus den verschiedenen Sektoren den direkten Nutzen der Verbundarbeit für die eigenen Versorgungsaufgaben präsent zu machen.

Arbeitsweisen und sektorenübergreifende Ansätze der Verbundarbeit

Beteiligung verschiedener Sektoren bedeutet Beachtung unterschiedlicher Netzwerkinteressen. Für die Beteiligung der Akteurinnen und Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren ist ein unterschiedliches Netzwerkverständnis bedeutend. Die im Bereich der Pflege gewünschte gegenseitige Stärkung und der stetige Fachaustausch treffen nicht den Bedarf von Ärztinnen und Ärzten. Diese verfolgen in der Vernetzung in der Regel ein pragmatisches Interesse am direkten Patientinnen- Patientenwohl, das durch die Möglichkeit der Vertrauensbildung zu anderen notwendigen Versorgungsleistungen, bedient würde.

60 verschiedene Arbeitsgruppen repräsentieren ein breites Themenspektrum. Die überwiegende Zusammensetzung der Verbünde aus dem Bereich Pflege wirkt sich nicht in einer pflegelastigen Themenauswahl aus.

Regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten fördern die Partizipation. Mehr als die Hälfte der Verbundmitglieder sind in Arbeitsgruppen aktiv, insbesondere in den stärker formal aufgestellten Verbünden. Werden verschiedenartige, regelmäßig stattfindende Formate für die Zusammenarbeit entwickelt, wird ein hoher Mehrwert in den zentral organisierten Arbeitsgruppen, Fortbildungen und in formellen Einzelfallbesprechungen wahrgenommen. Erfolgsversprechend zeigen sich alternativ zu Arbeitsgruppen Projektgruppen, die sich aus den Interessen der Mitglieder herausbilden und zielgerichtet zu neuen Zusammensetzungen der Teilnehmenden führen.

Sektorenübergreifende Ansätze zeigen sich in der Bearbeitung von Themen aus dem Gesundheitssektor, Fallarbeit und Überleitungsstandards. Neun der 14 Verbünde weisen zum Teil sektorenübergreifende Ansätze auf. Dem Fakt, dass häufiger ein informeller Fallaustausch zwischen den Verbundmitgliedern verfolgt wird, steht der Wunsch von nahezu 40 Prozent der Verbundmitglieder nach mehr Raum für die fallbezogene Zusammenarbeit gegenüber.

Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Ansätzen

- **Empfehlung 13:** Es wird die Entwicklung vielfältiger Beteiligungsmöglichkeiten empfohlen, die die Bedarfe und Interessen aller relevanten Beteiligtengruppen im Rahmen der Verbundarbeit berücksichtigen.
- **Empfehlung 14:** Vielseitige Arbeitsformate mit Bezug zur Versorgungspraxis, die flexible Beteiligtenkonstellationen erlauben, sollten genutzt werden, um die Bearbeitung unterschiedlicher Aspekte der Verbundarbeit zu ermöglichen und die sektorenübergreifende und nachhaltig aktive Mitarbeit zu fördern.

Zusammenarbeit mit den Bezirksämtern

Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt stärkt die Verbünde und den Bezirk. Durch die Zusammenarbeit werden sie als wichtige und feste Größe in der bezirklichen Gestaltung der Lebenswirklichkeit älterer Menschen anerkannt. Umgekehrt zeigen die Verbünde ein zum Teil schon verwirklichtes Interesse in Bezug auf die Mitwirkung an der bezirklichen Altenplanung.

Unkoordinierte Zuständigkeit für Verbundarbeit erschwert die Wahrnehmung von Wirkung und Nutzen der Verbünde. Eine passgenaue Nutzengenerierung durch den Verbund erscheint in einigen Fällen kaum möglich, da sich schon zwischen den Bereichen Soziales und Gesundheit ein Sektorendenken abzeichnet. Verbünde und Bezirksämter erhoffen sich von der geplanten Einrichtung der Altenhilfe-/Geriatrieplanerstellen eine wichtige Stärkung der sektorenübergreifenden Verbundarbeit.

Die Zusammenarbeit auf der Basis von Zielvereinbarungen ist zukunftsweisend. Basis für die Zusammenarbeit ist eine klare Verbundstruktur mit hauptamtlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren oder zumindest eindeutigen langfristigen Ansprechpartnerinnen oder -partnern. Ergänzt mit Kooperationsverträgen zwischen den Verbundmitgliedern ist die Vereinbarung von gemeinsamen Zielen im Bezirk und eine zielgerichtete Zusammenarbeit mit dem Verbund ein zukunftsweisendes Modell.

Empfehlungen zur Zusammenarbeit mit den Bezirksämtern

- **Empfehlung 15:** Das Wissen und die Expertise der Verbünde für die (Fort-)entwicklung der bezirklichen Alten(hilfe)planung sollte umfassend genutzt werden.
- **Empfehlung 16:** Es sollten feste Gremien in den Bezirksämtern für die strukturierte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Verbünden gebildet werden.
- **Empfehlung 17:** Die geplanten Geriatrie- und Alten(hilfe)planerstellen sollten für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Bezirksämter mit den Verbünden genutzt werden.
- **Empfehlung 18:** Die Möglichkeit von gegenseitigen Leistungsvereinbarungen für die Koordinierung der inhaltlichen Aufgabenbereiche der Verbundarbeit durch Bezirksamt und Verbund sollten geprüft werden.

Rahmenbedingungen der Verbundarbeit

Ein Teil der Verbünde ist für die Verfolgung sektorenübergreifender Themen und Ansätze gut ausgestattet, andere Verbünde müssen zunächst ihre strategische Ausrichtung und Nachhaltigkeit klären. Einige Verbünde verfügen über Strukturen, konkrete Zielformulierungen und eine strategische Ausrichtung und sind damit weitgehend gut ausgestattet für mögliche Zielvereinbarungen mit den Bezirksämtern. Auf dem jetzigen Entwicklungsstand können sie sich mit einer entsprechenden Unterstützung verstärkt auf sektorenübergreifende Themen konzentrieren und eine engere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen anstreben. Andere Verbünde stehen zunächst vor der Aufgabe, ihre strategische Ausrichtung mit den jetzigen Verbundmitgliedern zu klären und eine nachhaltige künftige Weiterentwicklung zu sichern.

Die Stärkung der Verbundarbeit muss bei den unterschiedlichen Entwicklungsständen ansetzen und mit unterschiedlichen Instrumenten verfolgt werden. Für die Stärkung zeigen sich drei relevante Bereiche. Alle Verbünde wünschen sich einen verstärkten übergreifenden Austausch miteinander und eine gegenseitige Unterstützung. Ebenfalls übereinstimmend wird der Bedarf eines kontinuierlichen und transparenten inhaltlichen Dialogs mit der Politik und dadurch eine starke Lobby formuliert. Ein Teil der Verbünde beabsichtigt, die vorhandenen Strukturen zu festigen, und bedarf dazu einer gezielten finanziellen Förderung.

Empfehlungen zu Rahmenbedingungen

- **Empfehlung 19:** Bei vorhandenen formellen Strukturen und thematischen Ausrichtungen kann eine wirkungsorientierte finanzielle Förderung die hauptamtliche Koordinierung der Verbünde unterstützen und damit unmittelbar vorhandene sektorenübergreifende Ansätze stärken.
- **Empfehlung 20:** Ein regelmäßiger politisch initiierter Dialog mit den Verbünden kann dazu beitragen, dass die relevanten Themen und Handlungsansätze berlinweit in den Verbünden Rückhalt finden und zugleich die öffentliche Wahrnehmung der Verbundarbeit fördern.
- **Empfehlung 21:** Ein Lernnetzwerk kann die Erfahrung und Expertise aus allen Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nutzbar machen.

3 Ziele, Nutzen und Wirkung der Verbundarbeit

In diesem Kapitel werden die formulierten Ziele der GGV analysiert und nach ihrer jeweils beabsichtigten Wirkungsebene klassifiziert. Im Anschluss folgt ein Abgleich zwischen erwartetem und tatsächlichem Nutzen und der Wirkung der Verbundarbeit, auch aus der Sicht der Verbundmitglieder sowie der Bezirksämter. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einem Fazit zum Verhältnis von Zielformulierungen und erwartetem sowie tatsächlichem Nutzen der Verbundarbeit.

Kapitel 3 in Kürze

- Die Verbünde formulieren ihre Ziele auf vier Ebenen. Der Nutzen der Verbundarbeit soll sich in der Entwicklung und Transparenz von bezirklichen Versorgungsstrukturen, in der Zusammenarbeit zwischen Leistungsanbietern als auch in der qualitativen Entwicklung der Versorgungsleistungen und in Form von Unterstützungsangeboten für besondere Zielgruppen entfalten.
- Strukturbezogene Ziele z. B. zur Identifizierung von Versorgungslücken im Bezirk werden von der Hälfte der Verbünde formuliert.
- Am häufigsten werden Ziele für Kooperationsprozesse zwischen verschiedenen Leistungsanbietern und Ziele für die qualitative Entwicklung der Versorgungsleistungen formuliert.
- Insbesondere wenn Ziele direkt für die Zielgruppe der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit formuliert werden, nehmen die Verbundpartnerinnen und -partner den Nutzen eines gemeinsam entwickelten Fall- und Fachverständnisses und einer verbesserten Überleitung von Patienten wahr.
- Ein hoher Nutzen der Verbundarbeit zeigt sich für die Verbundpartnerinnen und -partner vor allem im fachlichen Austausch und im gegenseitigen Kennenlernen – dies ist jedoch nicht unmittelbar mit dem Anspruch der sektorenübergreifenden Kooperation verbunden.
- Zwischen erwartetem und realem Nutzen ist sowohl bei den Verbundpartnerinnen und -partnern als auch bei den Bezirksämtern eine erkennbare Divergenz festzustellen.
- Die Mehrheit der Verbünde entwickelt ihre Ziele weiter und nimmt mit den Themen und Schwerpunkten der Verbundarbeit Bezug auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen.

3.1 Bestandsaufnahme

Die Ziele, die von den 14 GGV Berlins jeweils für ihre Arbeit formuliert werden, beziehen sich auf die Strukturen, die Prozesse und die Inhalte der Verbundarbeit. Mit den Bezirken, den Leistungsanbietern, den Versorgungsleistungen selbst sowie den Betroffenen sind somit vier Ebenen für die Zielformulierungen relevant:

1. **Strukturbezogene Ziele zur Verbesserung der Versorgungssituation im Bezirk:** Im Sinne eines Care-Managements sollen abgestimmte Versorgungsstrukturen in den Bezirken entwickelt werden, um sektoren- und disziplinübergreifend Versorgungsabläufe zu sichern. Der Fokus liegt auf konzeptionellen Entwicklungen, um Lücken in Versorgungsstrukturen zu identifizieren und zu schließen. Sieben Verbünde formulieren strukturbezogene Ziele. Darunter fallen z. B. die Sensibilisierung für Probleme, die Optimierung und Verknüpfung von Altenhilfe oder die Weiterentwicklung der bezirklichen Versorgung, die Schließung von Versorgungslücken und die Entwicklung von Ideen der Versorgungsverbesserung bis hin zur Anregung und Umsetzung neuer Versorgungsangebote. Auch zielen die Verbünde auf eine Optimierung und Verknüpfung von Altenhilfe, Rehabilitation, Geriatrie und Gerontopsychiatrie ab.

2. **Prozessbezogene Ziele für eine bessere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter:** Durch kooperative Prozesse bei den Leistungsanbietern soll im Sinne eines Fallmanagements eine träger- und sektorenübergreifende Behandlungskontinuität geplant und verbessert werden. Damit verbunden ist der Abbau von Vorbehalten zwischen den unterschiedlichen Leistungsanbietern und die Entwicklung eines gemeinsamen Fall- und Fachverständnisses. Neun Verbünde formulieren prozessbezogene Ziele, wie beispielsweise eine bessere Zusammenarbeit der Leistungserbringer, die Verbesserung der Versorgungskontinuität und die bedarfsgerechte Abstimmung der Angebote. Außerdem wollen die Verbünde Transparenz in den Versorgungsstrukturen und verlässliche Versorgungsketten schaffen.

3. **Inhaltsbezogene Ziele zur qualitativen Gestaltung von Versorgungsleistungen:** Durch Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung sowie Vernetzung sollen die originären Aufgaben der Verbundpartnerinnen und -partner besser und effizienter erfüllt werden. Zehn Verbünde führen inhaltsbezogene Ziele an. Als Beispiele zu nennen sind die Optimierung von Informationskanälen, die Qualitätssicherung an den Schnittstellen und eine damit verbundene Erarbeitung von Qualitätsrichtlinien sowie die Organisation und Anregung gemeinsamer Fortbildungen.

4. **Unterstützung für besondere Zielgruppen:** Was die Betroffenen angeht, sollen insbesondere pflegende Angehörige im Umgang mit Demenzerkrankten informiert, beraten und unterstützt werden. Fünf Verbünde verfolgen hierzu konkrete Ziele, etwa die Unterstützung für Fragen im Umgang mit Demenz, die Einrichtung von Ansprechpartnerinnen und -partnern für Angehörige oder die Gestaltung niedrigschwelliger Informationen über bestehende Hilfen und den Zugang zu diesen.

Einen Überblick, welche Arten der genannten Zielsetzungen in den verschiedenen Berliner Verbünden verfolgt werden, gibt Tabelle 3-1.

Tabelle 3-1: Formulierte Ziele der Verbundarbeit

Verbund	Strukturbezogene Ziele zur Verbesserung der Versorgungssituation im Bezirk	Prozessbezogene Ziele zur Zusammenarbeit der Leistungsanbieter	Inhaltsbezogene Ziele zur Gestaltung von Versorgungsleistungen	Unterstützung für besondere Zielgruppen
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x	x	x
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	-	x	x	-
GGV Lichtenberg	-	-	-	x
GGV Marzahn-Hellersdorf	-	x	x	-
GGV Mitte	x	x	x	-
GGV Neukölln	-	x	x	-
QVNIA Pankow	-	x	x	-
AG Altenhilfe Reinickendorf	-	-	x	-
NW Märkisches Viertel	x	-	-	x
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	-	x	x	-
GPV Spandau	x	x	x	-
GGV Schöneberg	x	-	-	x
GPGV Tempelhof	x	x	-	x
GGV Treptow-Köpenick	x	-	x	-

Quelle: Internetseiten und Flyer der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

Die Zielformulierungen im Internet und auf Flyern sind bei einzelnen Verbünden konkret formuliert. Die verschiedenen Adressaten für die Wirkung der Verbundarbeit werden angesprochen und es werden unterschiedliche Handlungsansätze für die Zielerreichung differenziert. Bei anderen Verbünden bilden übergeordnete und abstrakte Zielformulierungen eher eine allgemeine Absicht des Verbundes ab. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass diese übergeordnet formulierten Absichten nicht immer vollständig die reale Arbeit und Wirkung der Verbundarbeit umfassen. So sind beispielsweise nur zwei der genannten Ebenen in den Zielformulierungen ausdrücklich formuliert oder identifizierbar. Ein Blick auf

die durchgeführten Projekte und die erreichten Arbeitsergebnisse zeigt jedoch eine Wirkung der Arbeit auch auf den anderen Ebenen.

Auch die Darstellung der erreichten Ziele und Arbeitsergebnisse ist bei den Verbünden unterschiedlich transparent und konkret. Während einige Verbünde einen aktuellen und differenzierten Überblick über ihre Projekte und Arbeitsergebnisse anbieten, sind bei anderen Verbünden keine Arbeitsergebnisse der Verbundarbeit veröffentlicht.

Nicht zuletzt ist die Findung und Weiterentwicklung der Ziele in den 14 Verbünden nicht einheitlich gestaltet. In zwölf Verbünden werden die Ziele, Themen und Schwerpunkte unter Beteiligung der Verbundpartnerinnen und -partner entwickelt. Die Aktivitäten zur Zielerreichung und die bearbeiteten Themen sind an den von den Verbundpartnerinnen und -partnern eingebrachten Erfahrungen, Beobachtungen und Problemen ausgerichtet. Themenvorschläge werden entweder in Arbeitsgruppen vorbereitet oder auf Workshops oder Trägerkonferenzen entwickelt. In zwei Verbünde erfolgt die Themen- und Schwerpunktsetzung vor allem durch Impulsgeberinnen und -geber aus dem Koordinierungsgremium. Die Mehrheit der Verbünde nimmt mit ihren Schwerpunkten der Verbundarbeit Bezug auf die aktuellen Entwicklungen. Nur ein Verbund gibt an, dass die formulierten Ziele seit der Gründung des Verbundes bestehen.

3.2 Bewertungen

Befragt nach dem direkten Nutzen der Verbundarbeit für die Verbundmitglieder benennen nahezu alle Koordinatorinnen und Koordinatoren den professionellen Informationsaustausch und die gegenseitigen Kenntnisse aller Leistungsanbieterinnen und -anbieter. Dies deckt sich mit den Vorstellungen aller Verbundmitglieder, die sich ein besseres Kennenlernen der anderen Verbundmitglieder in ihrem Bezirk und damit zusammenhängend einen fachlichen Austausch untereinander von der Verbundarbeit erhoffen (Abbildung 3-1). Nur in zwei Verbünden verbinden die Koordinatorinnen und Koordinatoren mit dem verbesserten Informationsfluss eine unmittelbare Einflussnahme auf Schnittstellenprobleme und die Gestaltung von Versorgungsketten. Dies spiegelt sich auch in der Befragung der Verbundpartner, die den potenziellen Nutzen durch die Entwicklung von sektorenübergreifenden Instrumenten deutlich seltener erwarten als durch den Informationsaustausch allgemein. Dennoch erwarten 80 Prozent der Verbundmitglieder eine Möglichkeit zur Abstimmung von bestehenden und geplanten Angeboten miteinander.

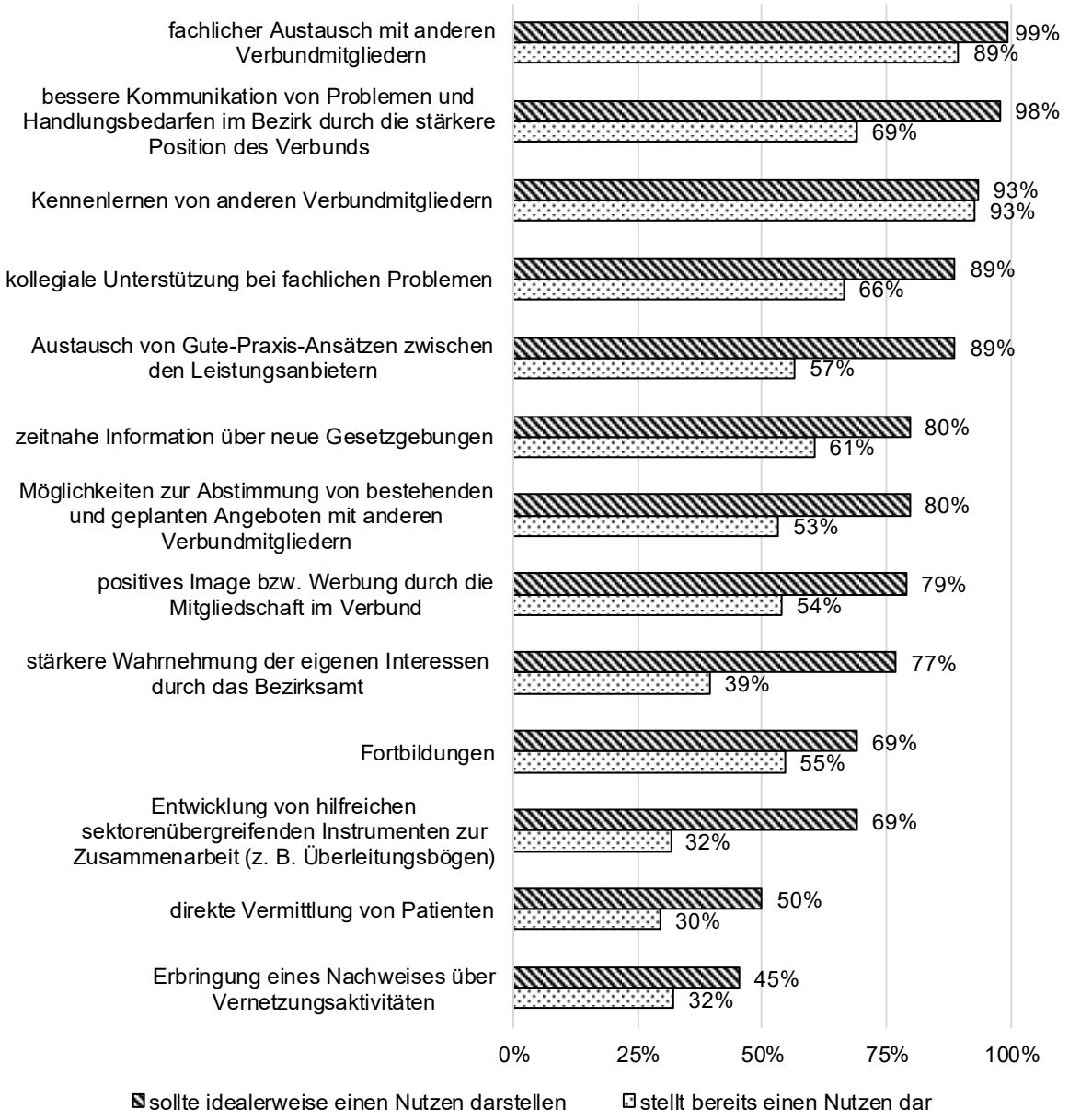
Ein Nutzen der Verbundarbeit, der sich auf die Versorgungslage im Bezirk auswirkt, wird abhängig von der öffentlichen Wahrnehmung des Verbundes im Bezirk bewertet. Eine Koordinatorin sieht darin ein großes Potenzial für eine umfassendere Wirkung des Verbundes auf der bezirklichen Ebene: „Wenn der Verbund mehr Gehör finden würde, könnte er vielleicht einen höheren Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage leisten.“ Auch aus der Perspektive der Verbundpartnerinnen und Verbundpartner soll durch die Verbundarbeit eine bessere Kommunikation von Problemen und Handlungsbedarfen ermöglicht werden (Abbildung 3-1).

Nur ein kleiner Teil der Koordinatorinnen und Koordinatoren beschreibt, dass sich durch die Verbundarbeit ein direkter Nutzen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen entwickelt. Die Koordinatorin eines Verbundes sieht darin jedoch einen gegenseitigen Nutzen, auch für die Verbundmitglieder: „Die Einrichtungen müssen den Klienten in den Mittelpunkt ihrer Arbeit setzen“. Insbesondere durch kleinere Projekte und der Zusammenarbeit zwischen Verbund und Bürgerinnen und Bürgern werde ein Nutzen für die Verbundpartnerinnen und -partner wahrnehmbar. Andere Verbünde geben hingegen an, dass „die Betroffenen in der Regel wenig von den Aktivitäten des Verbundes erfahren und verhältnismäßig wenig bei den Patienten selbst ankommt“. Einige verweisen darauf, dass konkreten Ideen für die Unterstützung Hochaltriger, die im Verbund entwickelt wurden (z. B. das Angebot von „Kümmerern“, die in Haushalte gehen oder auch ältere Menschen beim Gang ins Krankenhaus begleiten), aufgrund fehlender Ressourcen nicht umgesetzt wurden.

In der Praxis ist der Nutzen der Mitgliedschaft sehr unterschiedlich erfahrbar. Am häufigsten realisiert er sich im gegenseitigen Kennenlernen und im fachlichen Austausch für die Verbundpartnerinnen und -partner. Mit Blick auf die Entwicklung von kooperativen Prozessen zwischen den Leistungsformen zeigt sich jedoch ein vergleichsweise seltener realisierter Nutzen. Beispielsweise geben zwar 89 Prozent der Befragten an, dass sie sich durch die Mitgliedschaft im Verbund einen Austausch von Gute-Praxis-Ansätzen zwischen den Leistungsanbieterinnen und -anbietern erhoffen. Tatsächlich wahrgenommen wird dieser Nutzen aber nur von 57 Prozent der Verbundmitglieder. Die häufig erwartete Möglichkeit zur Abstimmung von bestehenden und geplanten Angeboten mit anderen Verbundpartnerinnen und -partner realisiert sich „nur“ für 53 Prozent.

Abseits von den gemeinsamen Interessen zeigt sich eine noch größere Differenz zwischen erwartetem und tatsächlichem Nutzen der Verbundarbeit. Die stärkere Wahrnehmung der eigenen Interessen durch das Bezirksamt wird von 77 Prozent der Verbundmitglieder erwartet, in der Realität aber nur von 39 Prozent bestätigt.

Abbildung 3-1: Idealer und tatsächlich wahrgenommener Nutzen der Verbundarbeit aus Sicht der Verbundmitglieder



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder.

Neben dem Nutzen der Verbundarbeit für die Verbundmitglieder wurden im Rahmen der Analyse auch die Einschätzungen der an den Verbünden beteiligten Akteurinnen und Akteure zur Wirkung der Verbundarbeit abgefragt (Abbildung 3-2 und Abbildung 3-3).

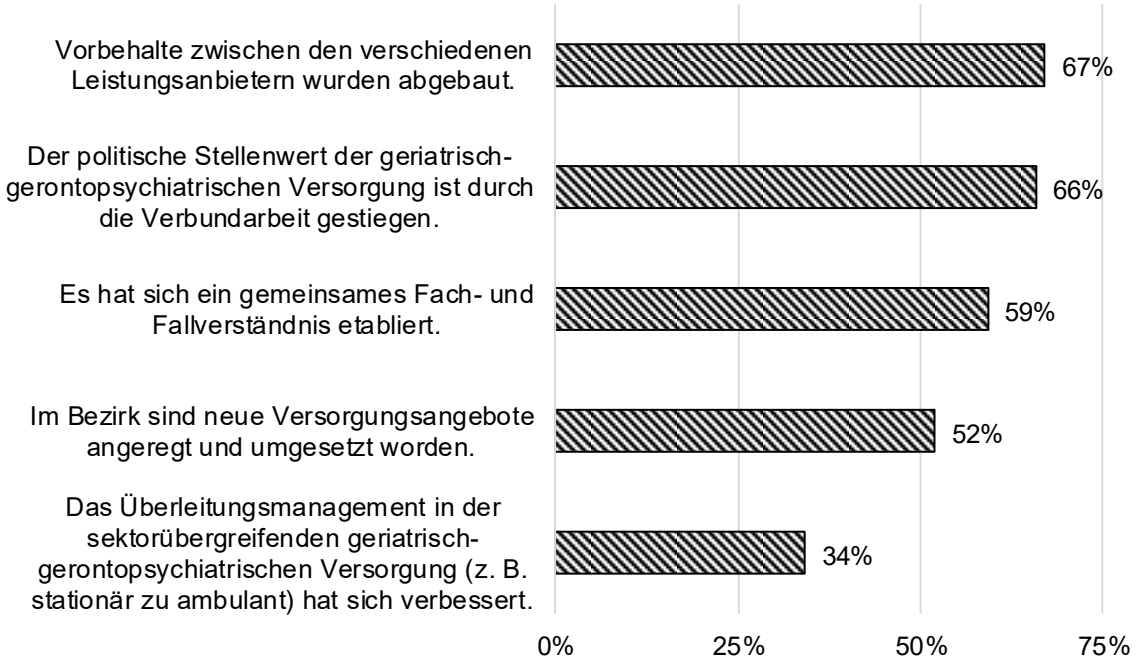
Insgesamt sind diese sehr differenziert, wobei sich die Wirkung aus Sicht der Bezirksämter im Vergleich zu den Verbundpartnerinnen und -partner etwas verhaltener darstellt.

Tendenziell positiv bewertet wird zunächst die Wirkung auf den politischen Stellenwert der geriatrisch-gerontopsychiatrischen Versorgung. 66 Prozent der Verbundmitglieder und zehn Bezirke stellen diesbezüglich eine Steigerung durch die Verbundarbeit fest. In ähnlichem Ausmaß sind die Beteiligten der Auffassung, dass sich ein gemeinsames Fach- und Fallverständnis etabliert habe (59 Prozent der Verbundpartnerinnen und -partner sowie acht Bezirksämter).

Auch geben 52 Prozent der Verbundmitglieder und neun Bezirksämter an, dass im Bezirk neue Angebote zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen angeregt und umgesetzt wurden. Aus den neun Bezirksämtern sind es 41 Prozent der Befragten (neun von 22 Befragten), die neue Angebote zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen im Zuge der Verbundarbeit wahrnehmen. Dabei deutet sich eine unterschiedliche Wahrnehmung der befragten Akteure aus den Bereichen Gesundheit und Soziales in den Bezirksämtern an. Anteilig werden die Anregungen von Mitarbeitenden des Bereiches Soziales häufiger erfahren, als von Befragten aus dem Bereich Gesundheit.

Im Vergleich zu den anderen Bereichen wird eine Verbesserung des Überleitungsmanagements erkennbar seltener wahrgenommen. Der Aussage, dass sich das Überleitungsmanagement zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verbessert hat, stimmen rund ein Drittel der Verbundmitglieder zu. Analog wird diese Einschätzung in nur sechs der elf Bezirksämter geteilt.

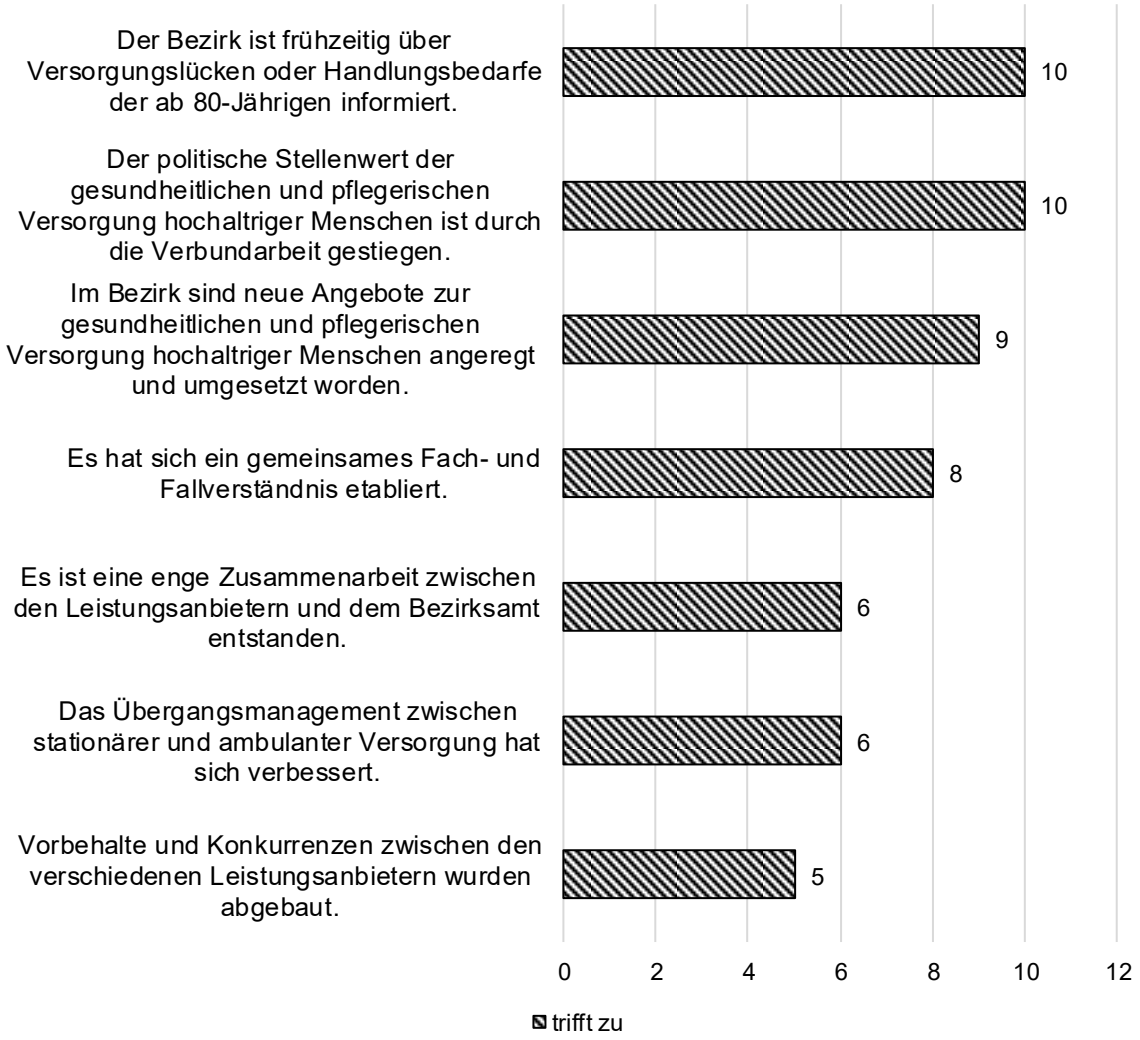
Abbildung 3-2: Wirkung der Verbundarbeit im eigenen Bezirk aus Sicht der Verbundmitglieder



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder.

Besonders eklatante Unterschiede zwischen Verbundpartnerinnen und -partnern und Bezirksämtern gibt es, was den Abbau von Vorbehalten angeht. So ist die Tatsache, dass Vorbehalte zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern abgebaut werden konnten, mit 67 Prozent die von den Verbundmitgliedern am häufigsten genannte Wirkung der Verbundarbeit. Bei den Bezirksämtern hingegen ist die Einschätzung, dass Vorbehalte und Konkurrenzen zwischen den Leistungsanbietern abgebaut wurden, die mit der geringsten Zustimmung (nur 5 Bezirksämter).

Abbildung 3-3: Wahrgenommene Wirkung der Verbundarbeit im Bezirk – Sicht der Akteurinnen und Akteure in den Bezirksämtern



Quelle: Befragung der Bezirksämter.

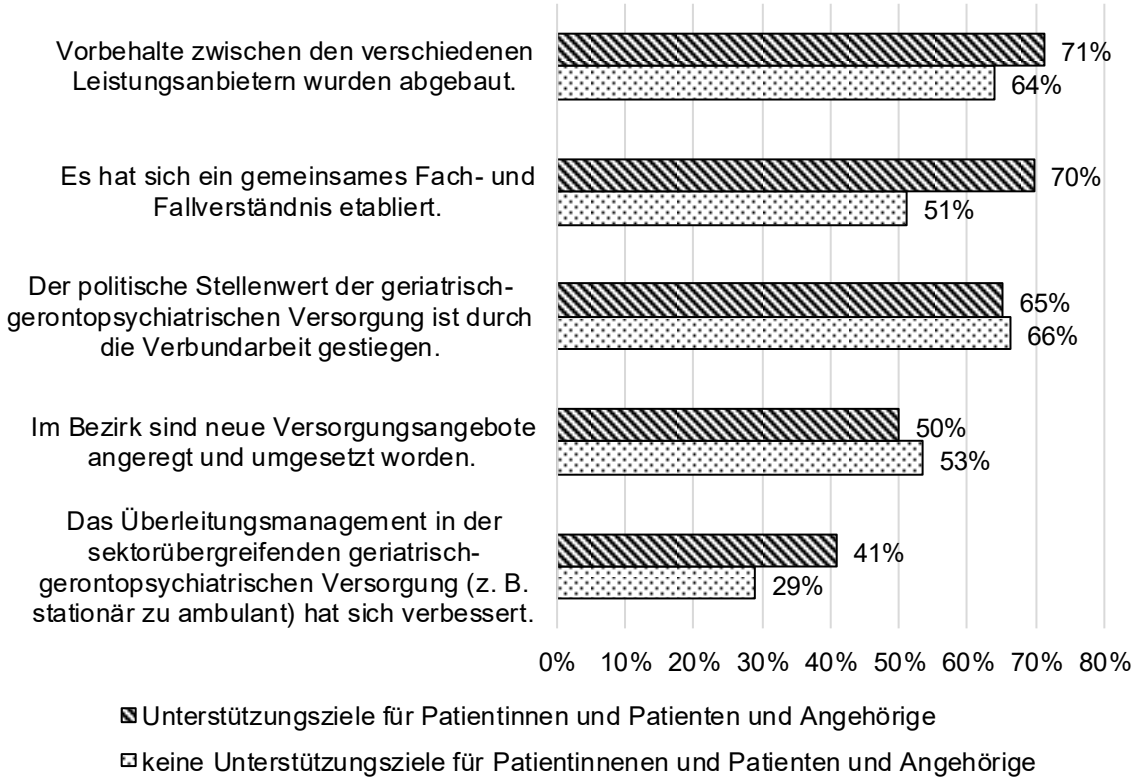
Schlussendlich wurden zwei Fragen bezüglich der Wirkung der Verbundarbeit ausschließlich an die Bezirksämter gerichtet. Hier gaben insgesamt 10 Bezirke an, sie seien frühzeitig über Versorgungslücken oder Handlungsbedarfe der ab 80-Jährigen informiert. Den Beginn einer engen Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern und dem Bezirksamt im Kontext der Verbundarbeit sehen derzeit nur sechs Bezirke. Diese Bewertungen sind in einem engen Zusammenhang zur bisherigen Zusammenarbeit zwischen Verbund und Bezirksamt zu verstehen, zu dem Kapitel 8 vertiefende Erkenntnisse liefert.

Während sich bei den Bezirksämtern in dieser Bewertung unter anderem ein uneinheitliches Wissen über die Verbundarbeit und deren Wirkung niederschlägt (vgl. Kapitel 7), zeigt sich hier bei den Verbundpartnerinnen und -partnern ein deutlicher Einfluss der Zielformulierungen der Verbünde (Abbildung 3-4).

Werden Ziele für die kooperativen Prozesse verschiedener Leistungsanbieter formuliert, z. B. die Herstellung von Transparenz in der Versorgung, fällt die Bewertung der Wirkung der Verbundarbeit erkennbar kritischer aus. Verbundmitglieder aus Verbünden, die solche Ziele formuliert haben, stimmen z. B. deutlich seltener der Aussage zu, dass Vorbehalte zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern abgebaut wurden.

Demgegenüber können Befragte aus Verbünden mit Zielen, die direkt die Zielgruppe adressieren, deutlich häufiger eine Wirkung der Verbundarbeit bestätigen. 59 Prozent aller befragten Verbundmitglieder nehmen insgesamt ein gemeinsam entwickeltes Fall- und Fachverständnis wahr. In Verbünden, die Ziele direkt für die Zielgruppe der Versorgungsleitungen formulieren, sind es 70 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Wirkung eines verbesserten Überleitungsmanagements. Insgesamt wird dies von 29 Prozent aller befragten Verbundmitglieder bestätigt – während es aus den Verbünden mit Zielformulierungen auf der Ebene der Nutzerinnen und Nutzer 41 Prozent sind.

Abbildung 3-4: Wahrgenommene Wirkung der Verbundarbeit unter der Zielformulierung für Patienten und Angehörige



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder

3.3 Fazit

Alle Verbünde haben Ziele für ihre Arbeit formuliert. Die Ziele der Verbundarbeit werden in den meisten Verbünden partizipativ auf der Basis von Vorschlägen und Anregungen der Verbundpartner initiiert und erarbeitet. Die Mehrheit der GGV Berlins formuliert Ziele für ihre Verbundarbeit auf mehreren Ebenen. Am häufigsten werden prozessbezogene Ziele zur Zusammenarbeit der Leistungsanbieter und inhaltsbezogene Ziele zur Gestaltung von Versorgungsleistungen formuliert.

Diese Ziele sind jedoch nicht bei allen Verbünden konkret und handlungsleitend formuliert worden. Es werden teilweise keine konkreten Zielgruppen definiert und adressiert.

Im Fokus der Interessen der Verbundmitglieder stehen der Austausch von Fachinformationen und das gegenseitige Kennenlernen. Dazu passende Zielformulierungen werden jedoch nur in wenigen Verbünden unmittelbar mit dem Anspruch von sektorenübergreifenden Kooperationen verbunden. Damit korrespondiert, dass die Entwicklung von entsprechenden Instrumenten (z. B. Überleitungsbögen) nur selten von den Verbundmitgliedern als Nutzen wahrgenommen wird und ein verbessertes Überleitungsmanagement in Folge der Verbundarbeit nur von einer Minderheit der Verbundmitglieder als auch der Bezirksämter bestätigt wird.

Selten finden sich bei den Verbünden Ziele, die direkt die Betroffenen und ihre Angehörigen adressieren. Allerdings zeigt sich gerade bei Verbünden, die Ziele auf dieser Ebene haben, häufiger eine Wirkung der Verbundarbeit im Bezirk. Verbundpartnerinnen und -partner, deren Verbünde Ziele für die Information und Unterstützung hochaltriger Menschen und ihre Angehörigen formuliert haben, bewerten die Wirkung der Verbundarbeit insgesamt positiver und heben insbesondere ein gemeinsames Fall- und Fachverständnis sowie weniger Vorbehalte zwischen Leistungsanbieterinnen und -anbietern hervor.

Die Bezirksämter bewerten den Abbau von Vorbehalten zwischen Leistungsanbieterinnen und -anbietern deutlich skeptischer. Übereinstimmend nehmen sie jedoch einen größeren politischen Stellenwert sowie die Etablierung neuer Versorgungsangebote im Bezirk durch die Verbundarbeit wahr. Bezirksämter profitieren in erster Linie durch die besseren Informationen über Versorgungslücken und Handlungsbedarfe im Bezirk.

Insgesamt zeigt sich jedoch (mit Ausnahme einzelner Bereiche wie etwa dem Austausch von Fachinformationen und dem gegenseitigen Kennenlernen) eine deutliche Divergenz zwischen dem erwarteten und dem real wahrgenommenen Nutzen der Verbundarbeit für die Verbundpartner. Dies trifft insbesondere auf den erwarteten konkreten Nutzen aus Kooperationen zu, wie zum Beispiel eine bessere Abstimmung von Angeboten.

4 Organisation der Verbünde

In diesem Kapitel werden Gesellschaftsform und Organisationsstruktur der Verbünde analysiert. Auf Basis der Kooperations- und Koordinationsmuster der GGV werden in einem ersten Teil drei Organisationstypen herausgearbeitet. Der zweite Teil des Kapitels diskutiert daraufhin Vor- und Nachteile der formalisierten bzw. informellen Verbundarbeit aus Sicht der Verbundpartnerinnen und -partner sowie Koordinatorinnen und -koordinatoren. Darüber hinaus werden potentielle Wünsche der Beteiligten nach anderen Organisationsstrukturen sowie deren Zufriedenheit mit der Arbeit der Koordinierungsebene ermittelt.

Kapitel 4 in Kürze

- Die 14 Berliner Verbünde arbeiten in zwei grundsätzlich zu unterscheidenden Strukturen, die aus ihrer Sicht jeweils ihre Berechtigung haben. Drei sind eingetragene Vereine, elf kooperieren informell.
- Eine stärkere Formalisierung zeigt positive Auswirkungen auf die mögliche Steuerung des Verbundes und stabilisiert die Verbindlichkeit. Eine informelle Zusammenarbeit zeigt sich vorteilhaft für die bilaterale Zusammenarbeit der Verbundpartner, die direkt den Betroffenen zugutekommt. Insbesondere die Verbundmitglieder wünschen sich eine verbindlichere Zusammenarbeit.
- Zwei wesentliche Hemmnisse stehen einer höheren Formalisierung gegenüber: erstens mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen der Verbünde, zweitens der explizite Wunsch einiger Verbünde einer niedrigschwelligen und informellen Zusammenarbeit.

4.1 Bestandsaufnahme

In den vergangenen Jahren hat sich die gesellschaftsrechtliche Struktur der Berliner GGV sehr unterschiedlich entwickelt (

Tabelle 4-1). Drei Verbünde sind derzeit als eingetragener Verein organisiert, d. h. ihre Kooperationsstruktur ist gesellschaftsrechtlich formalisiert. Im Gegensatz dazu regelt die Mehrzahl der Verbünde ihre Tätigkeit über eine Kooperationsvereinbarung und hat keine spezifische Gesellschaftsform dafür gewählt. Da diese Verbünde keine juristischen Personen darstellen und somit nicht als formale Einheit nach Außen agieren können, sprechen wir hier von einer informellen Kooperation.

Tabelle 4-1: Gesellschaftsformen der GGV

Verbund	eingetragener Verein	Kooperationsvertrag (GBR)
QVNIA Pankow	x	-
NW Märkisches Viertel	x	-
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	x	-
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	-	x
GGV Lichtenberg	-	x
GGV Marzahn-Hellersdorf	-	x
GGV Mitte	-	x
GGV Neukölln	-	x
AG Altenhilfe Reinickendorf	-	x
GGV Schöneberg	-	x
GPV Spandau	-	x
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	-	x
GPGV Tempelhof	-	x
GGV Treptow-Köpenick	-	x

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

Alle Verbünde haben eine oder mehrere Personen festgelegt, die den Verbund als Sprecherin oder Sprecher nach außen vertreten. Die Mehrheit der Verbünde hat zudem ein – wenngleich verschieden betiteltes – Koordinierungsgremien aus vier bis sieben Personen gebildet. Nur ein Verbund wird ausschließlich von einer einzelnen Koordinatorin seitens des Bezirksamts geleitet.

Die verschiedenen Tätigkeiten der Steuerung und Koordinierung werden in unterschiedlicher Art und Weise erledigt. In vier Verbünden kümmert sich ein Steuerungsgremium mit klar definierter Rollenverteilung zwischen den beteiligten Personen um Aufgaben wie Mitgliederverwaltung, Veranstaltungsorganisation, Kontakt und Kommunikationsmanagement, Einberufung von Sitzungen oder Themenfindung. Die überwiegende Mehrheit der Verbünde verteilt die anfallenden Steuerungsaufgaben allerdings je nach Zeitressource und Themenkenntnissen unterschiedlich auf die verschiedenen Personen innerhalb des Steuerungsgremiums.

Ebenfalls in der Mehrheit der Verbünde trifft sich ein Koordinierungsgremium in regelmäßig stattfindenden Sitzungen. Die Regelmäßigkeit umfasst dabei eine Bandbreite von monatlichen Sitzungen bis zu 3-maligen Treffen im Jahr. In vier Verbünden werden weder feste Rollen noch feste Termine für die Koordination festgelegt, sondern die Aufgabenverteilung und die Terminplanung erfolgt nach Bedarf.

Werden diese Formen der Koordinierung zusammengefasst, so können die Verbünde wie folgt unterteilt werden:

- Verbünde mit einer strukturierten Koordination (feste Rollen in einem sich regelmäßig treffenden Koordinierungsgremium)

- Verbünde mit einer teilweise strukturierten Koordination (feste Rollen oder regelmäßige Treffen des Koordinierungsgremiums)

- Verbünde mit einer unstrukturierten Koordination (Aufgabenverteilung und Treffen des Koordinierungsgremiums nach Bedarf)

Die Verbünde des ersten Typs sind als Vereine aufgestellt. Durch die gewählten Vereinsvorstände weisen sie eine auch nach außen sichtbar formalisierte Koordinierungsstruktur mit festen Verantwortlichkeiten für die Vereinsbelange auf. Darüber hinaus sind in zwei dieser Verbünde Geschäftsführungen angestellt und in einem Verbund zusätzlich noch Personen mit der Projektleitung und dem Projektmanagement fest beauftragt. Die Vereine verfügen damit sowohl über eine gesellschaftsrechtlich formalisierte Kooperationsstruktur als auch über eine Koordinierungsstruktur und werden als formell strukturierte Organisationstypen definiert.

Die meisten Verbünde sind hingegen dem informell, teilstrukturierten Organisationstyp zuzuordnen. Die Zusammenarbeit ist über eine Kooperationsvereinbarung geregelt und die Koordinierung zeichnet sich entweder durch eine feste Aufgabenverteilung oder durch regelmäßige Abstimmungstreffen aus.

Vier Verbünde lassen sich als informeller und unstrukturierter Organisationstyp definieren, da sie nicht formal kooperieren und ihre Steuerungsaufgaben nach Bedarf und außerhalb einer festen Struktur organisieren.

Tabelle 4-2: Organisationstypen der GGV

Verbund	Kooperation	Koordination		Organisationstyp
	Formelle Kooperations-struktur	Feste Rollen /Aufgaben	Regelmäßige Termine	
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	formalisierte Kooperation	x	x	formell, strukturiert
QVNIA Pankow	formalisierte Kooperation	x	x	formell, strukturiert
NW Märkisches Viertel	formalisierte Kooperation	x	x	formell, strukturiert
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	informelle Kooperation	x	-	informell, (teil)strukturiert
GPGV Tempelhof	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GGV Schöneberg	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GGV Neukölln	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GGV Mitte	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GGV Lichtenberg	informelle Kooperation	-	x	informell, (teil)strukturiert
GPV Spandau	informelle Kooperation	-	-	informell, unstrukturiert
GGV Treptow-Köpenick	informelle Kooperation	-	-	informell, unstrukturiert
AG Altenhilfe Reinickendorf	informelle Kooperation	-	-	informell, unstrukturiert
GGV Marzahn-Hellersdorf	informelle Kooperation	-	-	informell, unstrukturiert

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

4.2 Bewertungen

Die Hintergründe und Ursachen der verschiedenen Gesellschaftsformen und Organisationsstrukturen sind in deren spezifischen Vor- und Nachteilen zu verorten. Auf der einen Seite bietet nach Aussagen der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren eine Vereinsgründung Sicherheit in haftungsrechtlichen Fragen. Außerdem lassen sich als Projektträger und durch die steuerrechtlich verankerte Möglichkeit, Spendenquittungen auszustellen, Fördermittel gewinnen. Hinzu kommen die Mitgliedsbeiträge, mit denen zusätzlich zu den finanziellen Einnahmen eine hohe Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung im Verbund einhergeht. Nicht zuletzt wurde angemerkt, dass die Vereinsstrukturen das „Wir-Gefühl“ der Mitglieder stärken würden.

Auf der anderen Seite wurde darauf hingewiesen, dass die informelle Zusammenarbeit einen niedrigschwelligen Beitritt zum Verbund ermögliche und zugleich von der intrinsischen Motivation der Verbundmitglieder lebe. Dadurch würde bei den Verbundpartnerinnen und -partnern eine geringere Erwartungshaltung an die Verbundkoordination geweckt und eine stärkere Verpflichtung zur eigenen aktiven Mitarbeit wahrgenommen. Ebenso ergebe sich durch die Abwesenheit von Mitgliedsbeiträgen keine Dienstleistungshaltung bei den Verbundpartnerinnen und -partnern.

Sieben Verbünde haben sich mit den oben genannten Vorteilen einer Vereinsgründung schon auseinandergesetzt. Ein Grund, warum es dennoch bisher nicht zu weiteren Vereinsgründungen gekommen ist, ist die Ablehnung einer Vereinsgründung durch die Verbundpartnerinnen und -partner aufgrund der dargestellten Nachteile. Zwei weitere Verbünde haben sich von vornherein bewusst gegen eine Formalisierung entschieden.

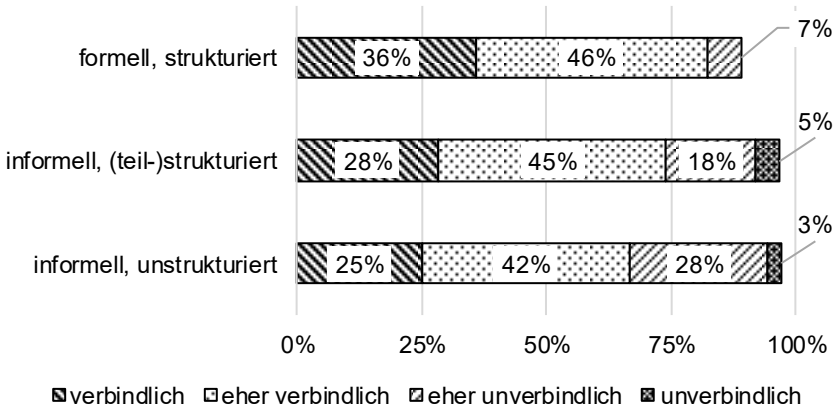
Neben den spezifischen Vor- und Nachteilen eines eingetragenen Vereins äußerten sich die Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren auch zum Für und Wider ihrer gewählten Kooperationsform. Mit der informellen Kooperation werden weniger Aufwand, geringere Dokumentations- und Belegpflichten und eine unkompliziertere Verteilung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben verbunden. Andererseits wurde auch ein zeitweise hoher Arbeitsaufwand kritisiert, was teilweise in der Sorge mündete, dass bei einem Ausscheiden der jetzigen Koordinatorinnen und Koordinatoren das Weiterbestehen des ganzen Verbundes infrage gestellt wird.

Bei Verbünden mit einer formalisierten Koordinierung innerhalb von festen Gremienstrukturen besteht zwar ebenfalls eine hohe Arbeitsbelastung, die Verteilung von Rollen und Aufgaben erfolgt hier aber auf einer fachlich-thematischen Ebene. So wird für die Besetzung der Gremien auf eine fachliche Eignung für die verschiedenen Aufgabenbereiche und eine Zusammensetzung von verschiedenen fachlichen Backgrounds wert gelegt. In den informell gestalteten Verbünden zeigt sich hingegen das Bestreben, möglichst alle im Verbund vertretenen Leistungsarten bzw. Versorgungsbereiche auch im Koordinierungsgremium zu repräsentieren, um die Interessen aller Verbundpartnerinnen und -partner gleichwertig zu vertreten.

Die unterschiedlichen Strukturen der Kooperation und Koordination in den Verbünden haben auch erhebliche Auswirkungen auf die Zusammenarbeit und Verbindlichkeit in den Verbünden. Insgesamt nehmen fast drei Viertel der Verbundmitglieder (74 Prozent) die Zusammenarbeit in ihrem Verbund als (eher) verbindlich war. Differenziert nach Organisationstyp (*Abbildung* 4-1) finden nur 7 Prozent der befragten Mitglieder aus Verbünden des Typs „formell, strukturiert“ die Zusammenarbeit (eher) unverbindlich, während der Anteil bei den anderen Typen bei 23 bzw. 31 Prozent liegt. Mit

anderen Worten nehmen Mitglieder aus Verbünden mit einer strukturierten Koordination und der Geschäftsform „Verein“ die Zusammenarbeit im Verbund seltener als unverbindlich war.

Abbildung 4-1: Einschätzung des Grads der Verbindlichkeit, nach Organisationstyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort“.

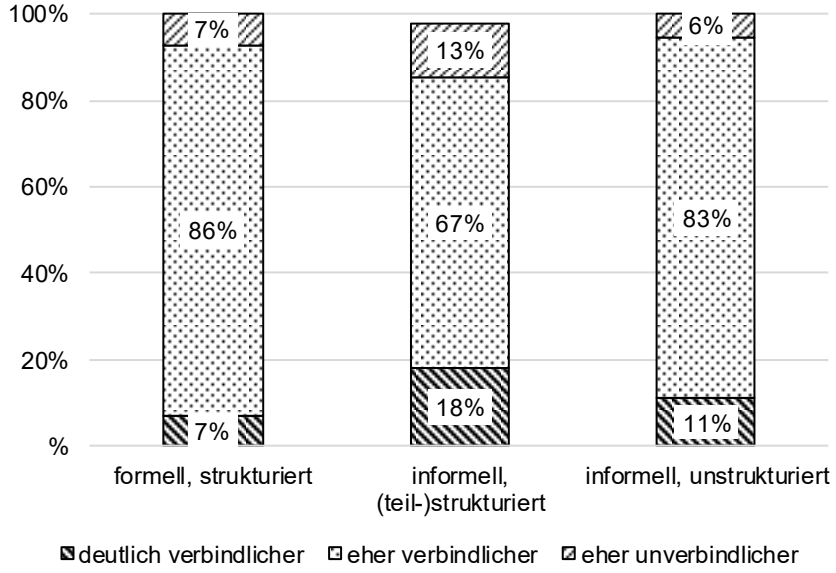
Mitglieder, die die Zusammenarbeit in ihrem Verbund als (eher) verbindlich einschätzen, machen dies mehrheitlich daran fest, dass feste Strukturen, Richtlinien, Vereinbarungen und/oder Geschäftsordnungen bestehen. Sie erklären hierzu z. B.: **„Geschäftsordnung, Konzept und Kooperationsvereinbarungen regeln einen festen Rahmen.“** Außerdem haben sie häufig den Eindruck, dass die Mitglieder in diesem Verbund aktiv sind und regelmäßig an Treffen teilnehmen. Fehlende Aktivitäten werden nach Aussagen der Koordinatorinnen und Koordinatoren nur in einem einzigen Verbund sanktioniert.

Eine unverbindliche Zusammenarbeit charakterisiert sich demgegenüber dadurch, dass zu den Treffen nur wenige Verbundpartnerinnen und -partner kommen. Insgesamt wird die Aktivität der Mitglieder in diesen unverbindlich zusammenarbeitenden Verbünden als niedrig erlebt. Sie geben in der Befragung z. B. an: **„Nur ca. die Hälfte der Mitglieder nimmt an regelmäßigen Treffen teil.“** Einige Mitglieder schätzen die Zusammenarbeit im Verbund auch als (eher) unverbindlich ein, weil es zwar Vereinbarungen gibt, diese aber nicht eingehalten werden. Vielfach fehlt es auch an Sanktionsmechanismen, die insbesondere die fehlende Teilnahme an Verbundtreffen sanktionieren: **„Nur wenige Mitglieder engagieren sich regelmäßig, ein Ausschluss von Mitgliedern auch bei Nichtbeteiligung findet nicht statt.“**

Auch wenn der Wunsch der Verbundpartnerinnen und -partner nach einer verbindlicheren Zusammenarbeit weit verbreitet ist, sind formaljuristische Sanktionsmechanismen gar nicht so leicht durchzusetzen. 89 Prozent aller Befragten geben unabhängig vom Organisationstyp an, dass sie gerne eher verbindlicher oder sogar

deutlich verbindlich als jetzt zusammenarbeiten möchten (*Abbildung* 4-2). Wie sich aus der Befragung der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren aber zeigt, bräuchte es zunächst einmal klare und eindeutige Kriterien, nach denen die geforderte aktive Mitarbeit definiert werden kann, um säumige oder passive Mitglieder zu sanktionieren. In einigen Kooperationsverträgen ist die Teilnahme an den Verbundtreffen zwar als verpflichtend angegeben, mehrheitlich müsste jedoch die Geschäftsordnung entsprechend neu abgestimmt werden.

Abbildung 4-2: Wünsche nach einer verbindlicheren oder unverbindlicheren Zusammenarbeit, nach Organisationstyp



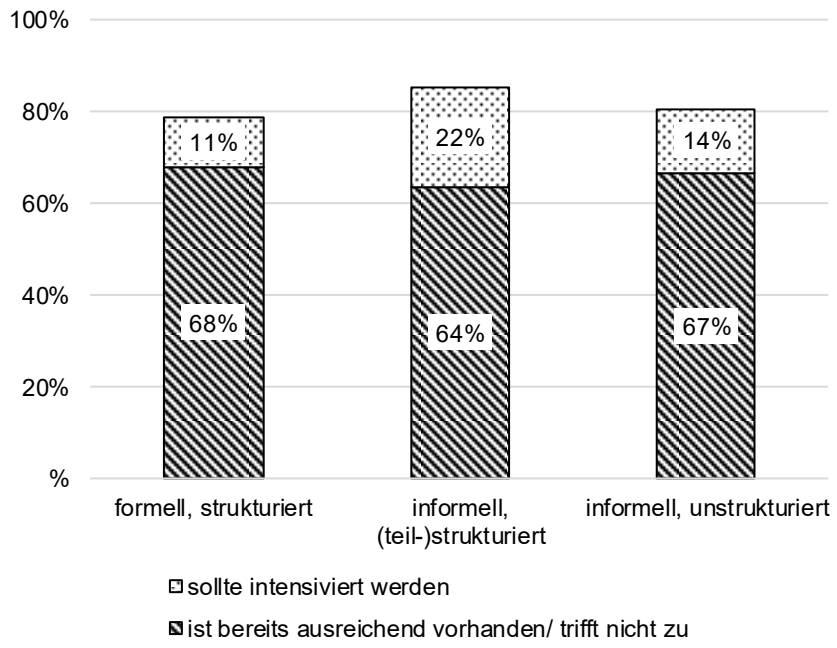
Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Positive Effekte einer verbindlicheren Zusammenarbeit werden vor allem in besseren Abstimmungsprozessen gesehen. So werden etwa eine **„gezieltere Zusammenarbeit und Kooperation untereinander, indem jedes Mitglied über die Angebote und Möglichkeiten der einzelnen Anbieter Bescheid weiß"** genannt. Außerdem könnte durch mehr Verbindlichkeit die Qualität der Arbeit für die Kunden und die Aktivität der Verbundpartnerinnen und -partner steigen. Nicht unerwähnt bleiben sollte außerdem die Auffassung, dass mit einem höheren Maß der Verbindlichkeit auch die Außenwirkung sowie der Stellenwert und Einfluss des Verbundes insbesondere auch bei den Bezirksämtern und Kassen steigen könnte. Trotzdem ist eine Mehrheit der Verbundpartnerinnen und -partner gegen verbindliche, schriftliche Vereinbarungen zwischen den Mitgliedern – sowohl in den bereits relativ verbindlich bewerteten Verbünden des Typs „formell, strukturiert", als auch in den informellen Verbünden. Eine Erklärung dafür ist nach Meinung einiger Koordinatorinnen und Koordinatoren in der schwierigen Personalsituation bei vielen Leistungsanbieterinnen und -anbietern

zu suchen. Mangelnde zeitliche Kapazitäten erschweren die Gewährleistungen von ehrenamtlichen Aktivitäten, sodass Verbundmitglieder möglicherweise die verbindliche schriftliche Zusage der Mitwirkung als zusätzliches personelles Risiko bewerten und ablehnen.

Die jeweils bestehenden Strukturen in Bezug auf die Koordination werden in den Verbünden insgesamt für ausreichend erklärt (*Abbildung* 4-3). Nur eine Minderheit spricht sich für die Schaffung klarerer Strukturen aus. Dies gilt für alle drei Organisationstypen.

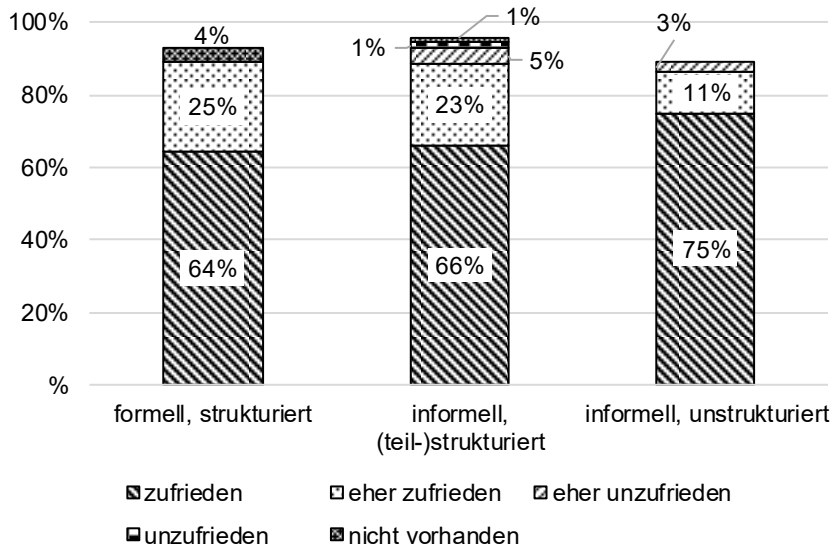
Abbildung 4-3: Wünsche nach klaren Strukturen für die Koordination des Verbundes, nach Organisationstyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Ihre Mitgliedschaft im Verbund bedeutet für die Verbundmitglieder eine vertretbare Arbeitsbelastung. Die große Mehrheit der Befragten ist mit dem entstehenden Bürokratie- bzw. Verwaltungsaufwand zufrieden, insbesondere Verbundpartnerinnen und -partner aus informellen, unstrukturierten Verbünden (*Abbildung* 4-4).

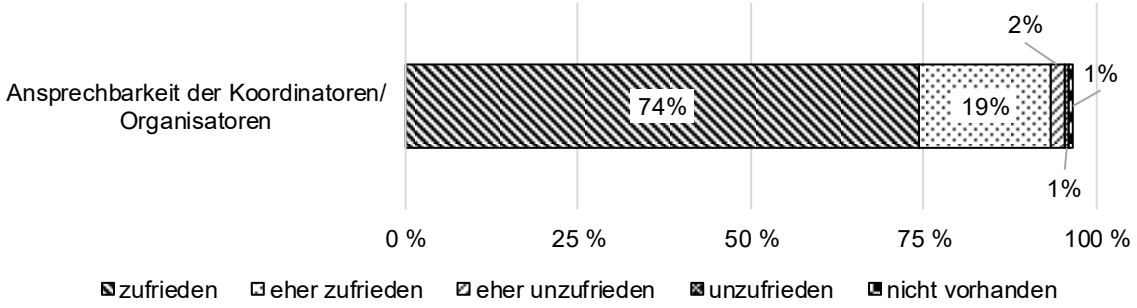
Abbildung 4-4: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit Bürokratie bzw. Verwaltungsaufwand, nach Organisationstyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Verbünde erfüllen wichtige Funktionen. Daher kann positiv vermerkt werden, dass 93 Prozent der Befragten angeben, dass sie mit der Ansprechbarkeit der Koordinatorinnen und Koordinatoren (eher) zufrieden sind (Abbildung 4-5). Nur eine Minderheit ist (eher) unzufrieden oder sagt sogar, die Ansprechbarkeit wäre nicht vorhanden. In ausnahmslos allen Verbünden sind die befragten Mitglieder (eher) mit der Ansprechbarkeit zufrieden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kommunikation zwischen der Koordinationsebene und den Mitgliedern in den Verbünden gut gelöst wurde. Die Koordinatorinnen und Koordinatoren sind, auch unabhängig vom Organisationstyp des Verbundes, gut zu erreichen.

Abbildung 4-5: Zufriedenheit der Mitglieder mit der Ansprechbarkeit der Koordinierungsebene



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

4.3 Fazit

Nur ein kleiner Teil der Verbünde ist formal in einer bestimmten und selbst gewählten Gesellschaftsform (Verein) organisiert und verfügt über eine formell-strukturierte Verbundkoordination. Mehrheitlich arbeiten die Verbünde auf der Basis von Kooperationsvereinbarungen und mehr oder weniger fest organisierten Koordinierungsgremien.

Die verschiedenen Organisationsformen der Verbünde zeigen die Gratwanderung bei der Verbundarbeit, das richtige Maß an Formalität und Informalität für ihre Verbundarbeit zu finden. Informelle Strukturen sollen den Freiraum zur Entwicklung einer Vernetzungskultur, die auf intrinsisch motivierte Mitarbeit setzt, fördern. Eine negative Begleiterscheinung der Informalität ist jedoch die hohe Arbeitsbelastung der Koordinierungsverantwortlichen, die häufig an der Grenze des Möglichen liegt. Einhergehend mit einer höheren Formalisierung erleichtert eine klare Koordinierungsstruktur mit zugeordneten Aufgabenbereichen und Verantwortlichkeiten die Ansprechbarkeit und das zielgerichtete Vorgehen bei Planungen und Vorhaben.

Aus der Perspektive der Verbundkoordination gibt es damit Argumente für einen höheren Formalisierungsgrad, z. B. durch eine Vereinsgründung, die vor allem auf die bessere interne Funktionsfähigkeit des Verbundes abzielen. Aus der Perspektive der Verbundmitglieder hat ein höherer Formalisierungsgrad eine bedeutende Wirkung für die wahrgenommene Verbindlichkeit der Verbundarbeit. Mehr Verbindlichkeit ist ein Wunsch der großen Mehrheit aller Verbundpartnerinnen und -partner, den Verbundmitglieder aus Verbünden mit einem höheren Formalisierungsgrad häufiger als erfüllt wahrnehmen. Umgekehrt ist der Anteil der Verbundpartnerinnen und -partner, die die Verbundarbeit als unverbindlich wahrnehmen, hier auffällig kleiner als in den anderen Verbundformen. Ein immer wieder betontes wichtiges Argument für mehr Formalisierung und insbesondere das Gründen von Vereinen ist die Erschließung von finanziellen Ressourcen, z. B. durch die Einführung von Mitgliedsbeiträgen.

Ein höherer Formalisierungsgrad ist nicht zwangsläufig mit höheren und konkreter formulierten Erwartungen an die Verbundmitglieder verbunden. So wird auch in den formal strukturierten Verbünden z. B. kein reglementiertes Ausschlussverfahren eingeleitet, wenn die erwartete aktive Mitarbeit ausbleibt. In allen Verbünden wird ein aktiver Ausschluss von Verbundmitgliedern aus dem Verbund eher vermieden, nicht zuletzt auch, weil in den Kooperationsverträgen nur selten bzw. schwach definierte Kriterien zur aktiven Mitarbeit formuliert sind. Wenn jedoch nicht erfüllte Mitwirkungserwartungen folgenlos bleiben, wird dies von den Verbundmitgliedern als Unverbindlichkeit der Verbundarbeit bewertet.

5 Ressourcen der Verbünde

Dieses Kapitel untersucht die finanziellen und personellen Ressourcen der GGV. Hierfür werden zunächst die verschiedenen Finanzierungsstrategien und Ressourcentypen der Verbünde aufgezeigt. Dem folgen Einschätzungen der Verbundmitglieder und Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren zur Frage, ob sie für ihre Aufgaben mit ausreichend finanziellen und personellen Kapazitäten ausgestattet sind. Außerdem werden die negativen Konsequenzen erörtert, sollten Mängel an verschiedenen Stellen bestehen.

Kapitel 5 in Kürze

- Die Verbünde verfolgen drei verschiedene Finanzierungs- und Personalmodelle. Vier Verbünde verfügen über kontinuierliche Finanz- **und** Personalressourcen, sechs über kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen und vier über bedarfsorientierte Finanz- und Personalressourcen.
- Die Ressourcen werden von den Koordinatorinnen und Koordinatoren, unabhängig vom vorhandenen Ressourcenumfang und abhängig von den potenziellen inhaltlichen Ideen für die Zukunft der Verbundarbeit, sehr unterschiedlich bewertet. Sechs halten sie für nicht ausreichend.
- Fehlende Ressourcen erschweren insbesondere die Erfüllung von Aufgaben, wie die strategische und inhaltliche Weiterentwicklung des Netzwerkes, regelmäßige Kooperationsgespräche und Mitgliederpflege, Mitgliederakquise oder Öffentlichkeitsarbeit im gewünschten Umfang.
- Fast die Hälfte der Verbundpartnerinnen und -partner aus Verbünden mit bedarfsorientierten Ressourcen könnte sich die Einführung von Mitgliedsbeiträgen vorstellen. Sie plädieren außerdem mehrheitlich für die Einstellung von festem Personal im Verbund.

5.1 Bestandsaufnahme

Ebenso wie ihre formale Gestaltung zeigt sich die Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen in den Verbünden sehr unterschiedlich. Um ihre Verbundarbeit und die Vorhaben zu finanzieren, verfolgen die Verbünde zwei unterschiedliche Strategien:

- Entweder wurde ein Finanzierungsmodell aus verschiedenen Komponenten entwickelt,
- oder es erfolgt eine Finanzierung nach aktuellem Bedarf.

Tabelle 5-1 gibt einen Überblick über die Finanzierungsstrategien aller 14 GGV.

Tabelle 5-1: Finanzierungsstrategien der Verbünde

Verbund	Mitgliedsbeitrag	Projektmittel	Spenden	Finanzierungsstrategie
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	Pflicht/gestaffelt	x	x	Finanzierungsmodell
QVNIA Pankow	Pflicht/gestaffelt	x	x	Finanzierungsmodell
NW Märkisches Viertel	Pflicht/pauschal	x	x	Finanzierungsmodell
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	Pflicht/gestaffelt	-	x	Finanzierungsmodell
GGV Treptow-Köpenick	freiw. /pauschal	x	-	Finanzierungsmodell
GGV Schöneberg	freiw. /gestaffelt	-	x	Finanzierungsmodell
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	-	zeitweise	x	Bedarf
GPGV Tempelhof	-	zeitweise	x	Bedarf
GGV Marzahn-Hellersdorf	-	zeitweise	x	Bedarf
GGV Neukölln	-	-	x	Bedarf
GGV Mitte	-	-	x	Bedarf
GPV Spandau	-	-	x	Bedarf
GGV Lichtenberg	-	-	Sachspenden	Bedarf
AG Altenhilfe Reinickendorf	-	-	Sachspenden	Bedarf

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

Insgesamt acht Verbünde verfolgen eine Finanzierung nach Bedarf. Dabei wird der Kostenaufwand für die Kooperation und Koordinierung des Verbundes über Sachspenden der Verbundmitglieder getragen, sodass Arbeitstreffen und Verbundversammlungen in den Räumen und mit den Mitteln der Verbundmitglieder stattfinden. Für geplante Aktionen und Öffentlichkeitsarbeit werden Geldspenden akquiriert. Die auf diese Weise erzielten Beträge belaufen sich jährlich auf 500 bis 3000 Euro, wobei die Mehrheit der Verbünde jedoch keine konkrete Summe nennen konnte (oder wollte). Regelmäßige und verpflichtende Mitgliedsbeiträge werden nicht erhoben. Die Akquise von öffentlichen Fördergeldern und Projektmitteln stellt eine absolute Ausnahme dar.

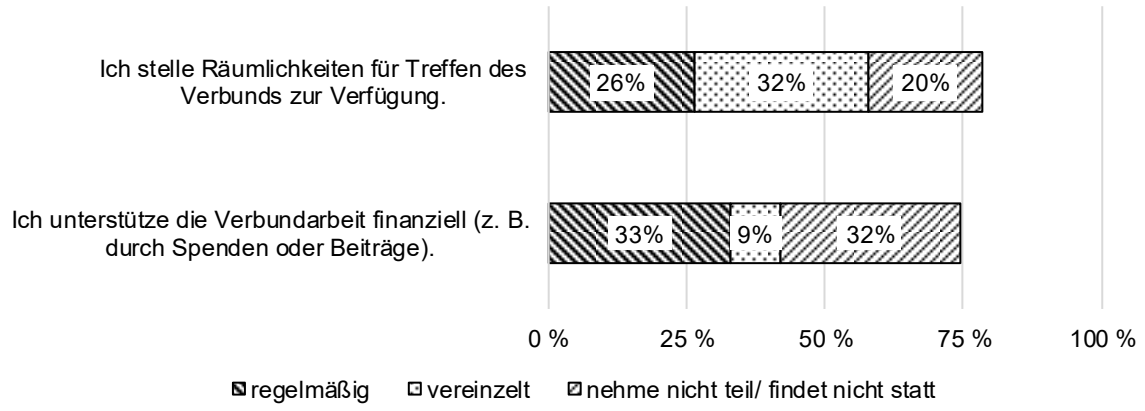
Im Gegensatz dazu kann bei sechs Verbünden von einem Finanzierungsmodell gesprochen werden. Dieses zeichnet sich durch systematisch genutzte und diversifizierte Finanzierungsquellen aus. Getragen wird das Modell durch regelmäßige Beiträge der Verbundmitglieder – insbesondere Mitgliedsbeiträge – und Sachmittel. Ergänzt werden diese Einnahmen durch Projektmittel und Spenden. Lediglich in zwei Verbünden haben öffentliche Fördergelder für Projekte einen nennenswerten Anteil am Gesamtbudget.

Zwischen den einzelnen Verbünden mit Finanzierungsmodell unterscheiden sich die Mitgliedsbeiträge sowohl in der Art der Erhebung als auch in ihrer Höhe stark voneinander. Auf der einen Seite muss zwischen verpflichtenden und freiwilligen Beiträgen differenziert werden. In vier Verbünden – darunter die drei Vereine – sind

die Mitglieder zu Beitragszahlungen verpflichtet, wohingegen in den anderen beiden Verbünden freiwillige Mitgliedsbeiträge erhoben werden. Zum anderen gibt es in zwei Verbünden Pauschalbeiträge, während vier Verbünde monatlich gestaffelte Beiträge verlangen. Die Pauschalbeiträge liegen bei 120 bzw. 300 Euro im Jahr, die gestaffelten Beiträge orientieren sich an der Personalgröße der jeweiligen Organisation und bewegen sich zwischen 20 und 230 Euro monatlich.

Abbildung 5-1 stellt dar, wie sich die Verbundmitglieder bei der Bereitstellung der für die Verbundarbeit benötigten Ressourcen beteiligen. Mehr als die Hälfte (58 Prozent) der befragten Mitglieder stellen demnach regelmäßig oder vereinzelt Räume für Verbundtreffen zur Verfügung. 42 Prozent unterstützen die Verbundarbeit finanziell, z. B. durch Spenden oder Beiträge.

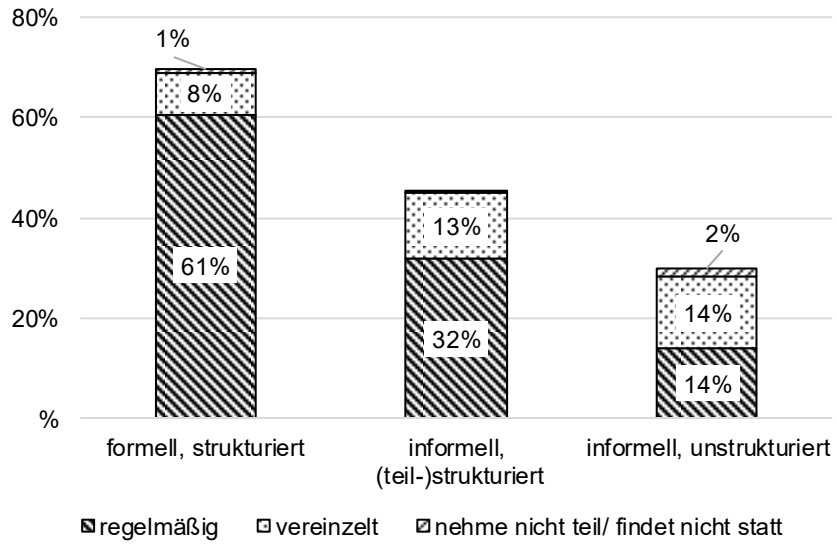
Abbildung 5-1: Durch die Verbundmitglieder bereitgestellte Ressourcen



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort“.

Besonders häufig werden finanzielle Ressourcen durch Verbundpartnerinnen und -partner bereitgestellt, die zum Organisationstyp „formell und strukturiert“ gehören (Abbildung 5-2). Das ist wenig überraschend, da hierzu die Verbünde gehören, die als Verein organisiert sind und in denen Mitgliedsbeiträge erhoben werden. Allerdings geben auch aus den anderen Verbünden je nach Formalisierungsgrad ein Drittel bzw. 14 Prozent der befragten Verbundpartnerinnen und -partner an, dass sie regelmäßig finanzielle Beiträge leisten. Es zeigt sich: je formalisierter die Strukturen des Verbundes sind, desto höher ist der Anteil der Mitglieder, die angegeben haben, regelmäßig finanzielle Beiträge zu leisten.

Abbildung 5-2: Finanzielle Beiträge der Verbundmitglieder, nach Organisationstyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

In Abhängigkeit von den finanziellen Ressourcen ist auch die personelle Kapazität für die Koordinierung uneinheitlich gestaltet. Hier können drei Formen identifiziert werden:

- Anstellung der Koordinatorinnen und Koordinatoren beim Verbund
- Erfüllung der Koordinationsaufgaben im Rahmen der originären beruflichen Tätigkeit
- Erfüllung der Koordinationsaufgaben im Rahmen von ehrenamtlicher Arbeit on Top zur eigentlichen beruflichen Tätigkeit

Die Übernahme von Koordinierungsaufgaben im Rahmen von fest eingerichteten Stellen beim Verbund wird nur durch die Vereine umgesetzt. Ermöglicht wird dies durch die gesellschaftsrechtliche Stellung des Verbunds und die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen. Ein Verein beschäftigt einen Geschäftsführer in Vollzeit, ein weiterer teilt Geschäftsführung und Projektleitung auf zwei feste Stellen im Umfang von 25 bzw. 40 Prozent sowie zusätzliche Honorarverträge auf. In einem dritten Verein wird die Projektarbeit über befristete Anstellungen und Honorarkräfte gesichert, die Koordinierung der Verbundarbeit erfolgt hingegen im Rahmen der originären Arbeit des Koordinierungsgremiums[14] bei Verbundpartnerinnen und -partnern.

[14] Unterstützt wird das Koordinierungsgremium jedoch bei einigen administrativen Aufgaben, die einen kleinen Teil einer geringfügigen Beschäftigung ausmachen. Die Stelle wurde in Folge des Projektes „Anlaufstelle für ältere Menschen (BMFSFJ) weiterentwickelt, in dem Senioren selbst eine Lotsenfunktion in ihrem Wohnquartier für andere Senioren übernehmen.

Während die Koordinierungsaufgaben des Weiteren in sechs Verbünden ehrenamtlich neben der originären beruflichen Arbeit von Verbundpartnerinnen und -partnern übernommen werden, erfolgt die Steuerung in fünf Verbünden innerhalb der Arbeitsverhältnisse der Koordinatorinnen und Koordinatoren bei Verbundmitgliedern. Diese Möglichkeit offenbart sich zum einen in Beschäftigungsverhältnissen in Pflegestützpunkten, deren originäre Aufgabe bereits die Vernetzung der verschiedenen Leistungsträger ist. Zum anderen kann die Koordination des Verbundes aus dem Bezirksamt heraus erfolgen.

Tabelle 5-2: Ressourcentypen der Verbünde

Verbund	Finanzielle Strategie	Personelle Ausstattung	Ressourcentyp
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	Finanzierungsmodell	Eigenes Personal	kontinuierliche Finanz- **und** Personalressource
QVNIA Pankow	Finanzierungsmodell	Eigenes Personal	kontinuierliche Finanz- **und** Personalressource
NW Märkisches Viertel	Finanzierungsmodell	Eigenes Personal[15]	kontinuierliche Finanz- **und** Personalressource
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	Finanzierungsmodell	Pflegestützpunkt	kontinuierliche Finanz- **und** Personalressource
GGV Treptow-Köpenick	Finanzierungsmodell	On Top	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
GGV Schöneberg	Finanzierungsmodell	On Top	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
GPGV Tempelhof	Bedarf	Pflegestützpunkt	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
GGV Marzahn-Hellersdorf	Bedarf	Bezirksamt	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
GGV Mitte	Bedarf	Pflegestützpunkt	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
AG Altenhilfe Reinickendorf	Bedarf	Bezirksamt	kontinuierliche Finanz- **oder** Personalressourcen
GPV Spandau	Bedarf	On Top	bedarfsorientierte Finanz- **und** Personalressourcen
GGV Lichtenberg	Bedarf	On Top	bedarfsorientierte Finanz- **und** Personalressourcen
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	Bedarf	On Top	bedarfsorientierte Finanz- **und** Personalressourcen
GGV Neukölln	Bedarf	On Top	bedarfsorientierte Finanz- **und** Personalressourcen

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

15 Anstellung einer administrativen Hilfe im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung sowie Koordinatorinnen beim Pflegestützpunkt und dem initiierenden Verbundmitglied GESOBAU AG angestellt.

Die finanziellen und personellen Ressourcen wirken sich maßgeblich auf die Infrastruktur der Verbünde aus. Zwei der als Verein organisierten GGV haben eine Geschäftsstelle in eigenen Räumlichkeiten eingerichtet und sind unter der eigenen Adresse erreichbar. Demgegenüber geben die Verbünde mit Koordinatorinnen und Koordinatoren aus den Pflegestützpunkten und Bezirksämtern diese Adressen und Räumlichkeiten als Ressource an. Bei den Bezirksämtern ist zudem zu unterscheiden, ob diese „nur“ als Kontaktadresse zur Verfügung stehen (wie in zwei Verbünden) oder ob Büros und andere Räume für die Verbundarbeit genutzt werden können. In vier Verbünden wird jeweils die Adresse des Trägers angegeben, in dem die Koordinatorinnen und Koordinatoren arbeiten.

Abgesehen von einem Verbund haben alle eine Internetpräsenz. In sieben Fällen wurde eine eigene Homepage aufgebaut. Sechs Verbünde sind auf Unterseiten der jeweiligen Bezirksämter vertreten. Nahezu auf allen Seiten finden sich Informationen wie Zielsetzungen der Verbünde, Angaben der Verbundpartnerinnen und -partner sowie Downloadmöglichkeiten der Kooperationsvereinbarungen. Im Umfang unterschiedlich sind die Darstelllungen aktueller und vergangener Projekte und Arbeitsgruppen, sind doch die Möglichkeiten der Verbünde auf den Unterseiten der Bezirksämter begrenzt. Dagegen verfügen Verbünde mit einer eigenen Homepage über mehr Raum für aktuelle Informationen. Insgesamt liegt nahe, dass die begrenzten personellen Ressourcen über die Aktualisierungsmöglichkeiten der Informationen im Internet entscheiden.

Die Mehrheit der Verbünde bewertet den Stand der Medienarbeit als für die momentanen Zwecke ausreichend. Hier scheinen sich auch unterschiedliche und nicht immer eindeutige Strategien der Öffentlichkeitsarbeit niederzuschlagen, die einerseits der Ansprache und Motivation potenzieller neuer Verbundmitglieder und andererseits der Bekanntmachung von Angeboten und Leistungen der Verbünde in den Bezirken dienen.

5.2 Bewertungen

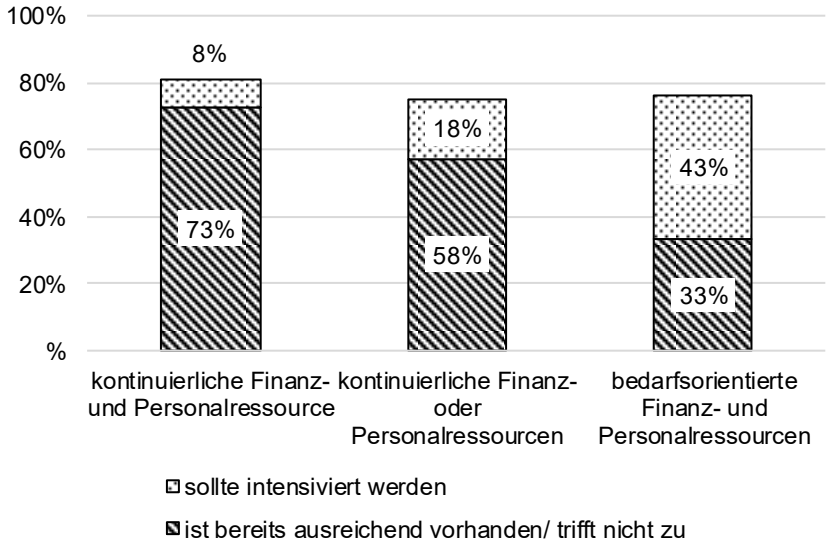
Die finanzielle und personelle Ausstattung der Verbünde wird von den Koordinatorinnen und Koordinatoren divergent bewertet. Ursächlich sind weniger die unterschiedlichen Ressourcentypen, sondern die Vorstellungen der Verbünde hinsichtlich der idealtypischen Verbundarbeit und der wahrgenommenen Realisierungschancen. Acht Verbünde bewerten ihre aktuellen finanziellen Ressourcen als (knapp) ausreichend oder angemessen. Von diesen sehen sich drei in der Lage, mit den verfügbaren Mitteln den jetzigen Stand der Ziele und Aktivitäten halten zu können, nehmen allerdings hinsichtlich des potenziellen Weiterentwicklungsbedarfs in der Verbundarbeit Begrenzungen wahr. Die übrigen Verbünde beziehen ihre Zufriedenheit mit der finanziellen Ausstattung auf die

aktuellen Ziele und den jetzigen Entwicklungsstand, ohne einen Veränderungsbedarf zu formulieren. Zu den sechs Verbünden, die ihre finanzielle Situation als nicht ausreichend bewerten, gehören vier Verbünde, die ihre Aktivitäten bedarfsorientiert mit Hilfe von Spenden und Sachspenden umsetzen, aber auch zwei Verbünde mit einem Finanzierungsmodell.

Übereinstimmend wird eine fehlende Planungssicherheit in Bezug auf finanzielle Ressourcen bemängelt. Bei Verbünden mit einem Finanzierungsmodell bilden die Beiträge der Verbundpartnerinnen und -partner die wichtigste Säule der Finanzierung, machen jedoch zugleich den Verbund in seiner Entwicklung von der Stabilität des Mitgliederstamms abhängig. Verbünde ohne Finanzierungsmodell vermissen vor allem Sicherheit in der Kontinuität ihrer Arbeit. Sie sehen sich in der Umsetzung von Veranstaltungen, in der Öffentlichkeitsarbeit und von größeren Projekten eingeschränkt.

In Bezug auf Mitgliedsbeiträge äußern sich immerhin 13 Prozent aller befragten Verbundmitglieder positiv. Allerdings unterscheiden sich die Einschätzungen zur Frage, ob die Beiträge eingeführt bzw. ggf. erhöht werden sollten deutlich zwischen den Verbünden mit unterschiedlichen Ressourcentypen (**vgl.** *Abbildung* 5-3). Unter den Befragten aus Verbünden mit sowohl kontinuierlichen Finanz- als auch Personalressourcen sind nur 8 Prozent der Meinung, dass die Mitgliedsbeiträge erhöht werden sollen. Stehen dem Verbund hingegen entweder nur kontinuierliche Finanz- oder Personalressourcen zur Verfügung, sind bereits 18 Prozent für eine Einführung oder Erhöhung der Beiträge. Unter den Verbünden mit bedarfsorientierten Finanz- und Personalressourcen sind es bereits 43 Prozent aller Befragten.

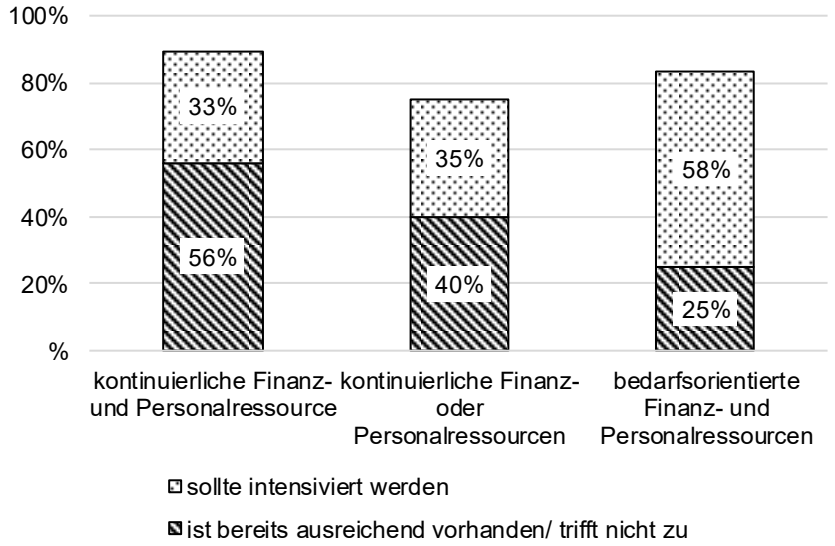
Abbildung 5-3: Einschätzungen der Verbundmitglieder zur Aussage "Es sollten regelmäßige Mitgliedsbeiträge erhoben werden, bzw. die Mitgliedsbeiträge sollten erhöht werden.", nach Ressourcentyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Mehr als jeder dritte Befragte ist der Meinung, dass der eigene Verbund (mehr) festes Personal zur Koordinierung der Verbundarbeit einstellen und finanzieren sollte (*Abbildung* 5-4). Das trifft insbesondere auf die Befragten der Verbünde zu, die aktuell bedarfsorientiert ihre personellen und finanziellen Ressourcen organisiert haben. Unter ihnen ist die Mehrheit (58 Prozent) der Meinung, dass festes Personal eingestellt und finanziert werden sollte.

Abbildung 5-4: Einschätzungen der Verbundmitglieder zur Aussage: „Der Verbund sollte festes Personal zur Koordinierung der Verbundarbeit einstellen und finanzieren.", nach Ressourcentypen



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

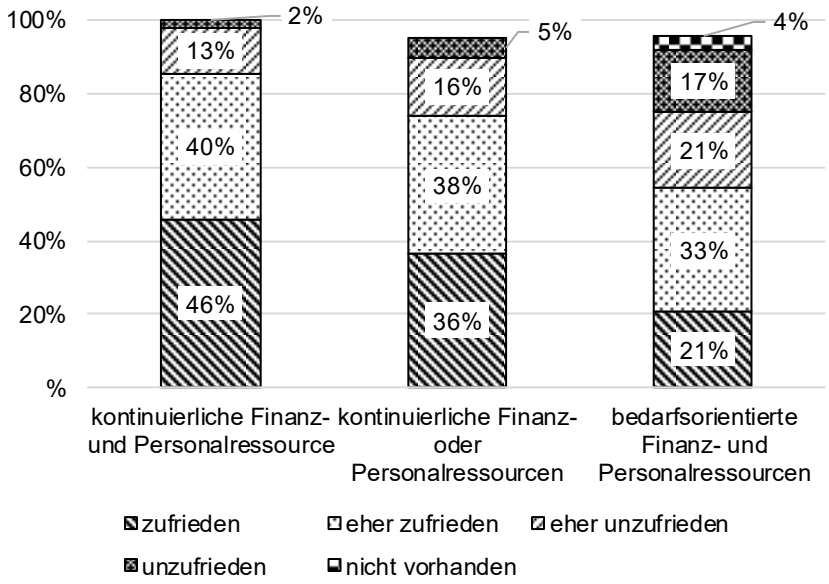
Zur Verbesserung der Personalsituation können sich fünf Verbünde die Gestaltung einer festen Stelle beim Verbund, bzw. deren stundenmäßige Aufstockung vorstellen. Ein Verbund hingegen befürchtet, dass eine Anstellung beim GGV mit dem Verlust des Praxisbezugs einhergehe und erachtet stattdessen ein festes Stundenkontingent im Pflegestützpunkt als sinnvoll. Zwei Verbünde befürworten einen (höheren) Stellenanteil im Bezirksamt für die Verbundarbeit.

Die Auswirkungen mangelnder personeller Ressourcen auf die Erfüllung von Steuerungs- und projektbezogenen Aufgaben sind nach Meinung der Koordinatorinnen und -koordinatoren vielfältig. Am häufigsten genannt wurden zeitliche Einbußen bei der strategischen und inhaltlichen Weiterentwicklung des Netzwerkes sowie der kontinuierlichen Nachverfolgung von Themen, Ideen und Beispielen guter Praxis (7 Nennungen). Auch fehle die Zeit für regelmäßige Kooperationsgespräche und Mitgliederpflege, Mitgliederakquise und Öffentlichkeitsarbeit (jeweils 6 Nennungen). Etwas weniger häufig wurden Schwierigkeiten bei der Verfolgung bzw. Beantragung interessanter Projekte und deren Nachhaltigkeit (4 Nennungen), bei Versorgungsanalysen und der Identifizierung von Versorgungslücken sowie der Organisation von Fachtagungen und Workshops angegeben (jeweils 2 Nennungen).

Die Bewertungen der befragten Verbundpartnerinnen und -partner in Bezug auf Öffentlichkeitsarbeit des Verbundes (Abbildung 5-5) bestätigen diesen Eindruck der Koordinatorinnen und -koordinato-

ren. 42 Prozent der Befragten aus Verbünden mit bedarfsorientierten Ressourcen sind mit der Öffentlichkeitsarbeit ihres Verbundes (eher) unzufrieden oder haben sogar den Eindruck, dass eine Öffentlichkeitsarbeit nicht vorhanden sei. Vergleichsweise zufrieden sind demgegenüber Befragte aus Verbünden mit kontinuierlichen Finanz- und/oder Personalressourcen.

Abbildung 5-5: Zufriedenheit der Verbundmitglieder mit der Öffentlichkeitsarbeit, nach Ressourcentyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

5.3 Fazit

Die Ressourcenstrategien der Verbünde lassen sich als „kontinuierlich" versus „bedarfsorientiert" charakterisieren. Der Anteil der Verbünde, die über kontinuierliche Ressourcen in Form eines Finanzierungsmodells aus mehreren Komponenten und gesicherten Stellenanteilen für die Koordination verfügen, ist klein. Ebenfalls klein ist der Anteil der Verbünde, die allein auf Grundlage von Spenden der Verbundpartnerinnen und -partner und der ehrenamtlichen Arbeit der Koordinatorinnen und Koordinatoren arbeiten. Ein großer Teil der Verbünde verfügt entweder über eine Innenfinanzierung durch verpflichtende oder freiwillige Mitgliedsbeiträge oder relativ kontinuierlich verfügbares Personal für die Koordination des Verbundes.

Die Mehrheit der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren ist mit aktuellen Ressourcen zufrieden. Gleichzeitig fehlen jedoch häufig die Ressourcen für eine Weiterentwicklung der Verbünde. Fehlende Ressourcen bedeuten mangelnde Planungssicherheit

und schränken wesentlich die strategische und inhaltliche Weiterentwicklung der Netzwerke, die Mitgliederpflege und -akquise sowie die Öffentlichkeitsarbeit ein.

Umso abhängiger ist die Existenz der Verbünde von der Unterstützung der Verbundpartnerinnen und -partner. Diese leisten am häufigsten finanzielle Beiträge, wenn sie in formell strukturierten Verbünden mit festen Mitgliedsbeiträgen sind. Informell unstrukturierte Verbünde erhalten nur von einer Minderheit der Verbundpartner finanzielle Beiträge, meistens Spenden.

Ein häufiges Argument, dass die Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren gegen die Einführung von Mitgliedsbeiträgen nennen, ist die fehlende Bereitschaft der Verbundmitglieder. Hier zeigt sich jedoch, dass Verbundmitglieder, die Mitgliedsbeiträge zahlen, fast alle mit der aktuellen Höhe der Beiträge zufrieden sind. Darüber hinaus bietet die Tatsache, dass insbesondere in Verbünden, die eine bedarfsorientierte Finanz- und Personalressourcenstrategie verfolgen, ein größerer Teil der Verbundmitglieder für die Erhebung von regelmäßigen Mitgliedsbeiträgen ist, eine neue Diskussionsgrundlage. Vor allem die Einrichtung von hauptamtlichen Koordinatorinnen und Koordinatoren und eine effektivere Öffentlichkeitsarbeit sind auf Seiten der Verbundpartnerinnen und -partner wichtige Argumente für eine andere und nachhaltigere Ressourcenstrategie.

6 Verbundmitgliederstrukturen

Nachfolgend soll die Verbundpartnerstruktur in den Fokus gerückt werden. Hierzu wird zuerst ein Überblick über Größe und Zusammensetzung der Verbünde gegeben. Im Anschluss wird dargelegt, wie zufrieden die Verbundmitglieder und Koordinatorinnen und Koordinatoren mit der vorhandenen Verbundpartnerstruktur in ihrem Bezirk sind und welche Möglichkeiten im Hinblick auf die Akquise neuer Mitglieder aufgezeigt werden.

Kapitel 6 in Kürze

- Die Mehrheit der Verbünde hat zwischen 25 und 45 Mitglieder. In allen Verbünden überwiegt der Anteil der Verbundpartnerinnen und -partner aus der Pflege deutlich.
- Die Koordinatorinnen und Koordinatoren aus vier Verbünden sprechen sich gegen weitere Mitglieder aus. Kleine Verbünde haben aus ihrer Sicht den Vorteil, dass wenige Verbundpartnerinnen und -partner eine effektivere Organisation und eine höhere Verbindlichkeit der Zusammenarbeit ermöglichen.
- Ärztinnen und Ärzte sind für alle Verbünde nur schwer erreichbar. Z. T. wird erwogen, für diese Zielgruppe besonders niedrigschwellige Formen der Mitgliedschaft zu entwickeln. Darüber hinaus wird eine Kooperation auf der übergeordneten Ebene, z. B. zwischen Vertretungen aller Verbünde zusammen und zwischen Verbänden und Netzwerken aus dem Gesundheitsbereich, für möglich erachtet.
- Die Verbundmitglieder sind mit der Zusammensetzung des Verbunds mehrheitlich zufrieden. Besonders wichtige Mitglieder sind aus ihrer Sicht Beratungsangebote (z. B. Pflegestützpunkte), Bezirksämter und ambulante Pflegedienste.
- Unter den befragten Mitgliedern aus Verbünden mit bedarfsorientierten Finanz- und Personalressourcen ist fast die Hälfte (46 Prozent) mit der Akquise neuer Mitglieder (eher) unzufrieden oder bemängelt, dass ein solches Vorgehen nicht vorhanden sei.

6.1 Bestandsaufnahme

Die Mehrheit der Verbünde weist eine Größe zwischen 25 und 45 Verbundmitgliedern[16] auf. Fünf Verbünde haben höchstens 35 Verbundpartnerinnen und -partner, bei vier weiteren Verbünden liegt die Zahl zwischen 36 und maximal 45. Ebenfalls vier Verbünde liegen in der Größenordnung von 46 bis 65 Verbundmitgliedern. Ein Verbund ist mit über 70 Verbundmitgliedern deutlich größer.

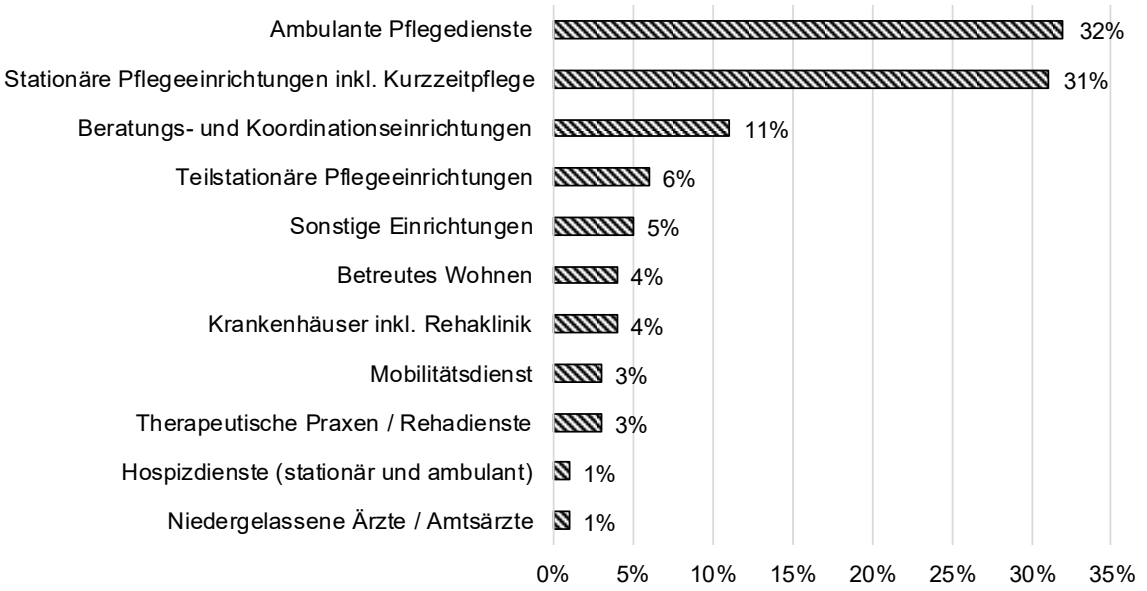
Im Hinblick auf die vertretenen Arten der Leistungsanbieter sind die Verbünde verhältnismäßig einheitlich. Die Anzahl der Gruppierungen, denen die vertretenen Leistungsanbieter in einem Verbund zugeordnet werden können, variiert in den Verbünden zwischen fünf und zehn unterschiedlichen Leistungsbereichen. Aus diesen geringfügigen Unterschieden kann keine aussagekräftige Unterscheidung in homogenere oder heterogenere Strukturen abgeleitet werden.

Ein zweites Kriterium, das es im Kontext der Verbundpartnerstruktur zu prüfen gilt, ist der jeweilige Anteil der Verbundpartnerinnen und -partner aus den Sektoren Gesundheit, Pflege und Soziales an allen Mitgliedern (*Abbildung* 6-1). Hier fällt vor allem auf, dass in allen Verbünden der Anteil der Verbundpartnerinnen und -partner aus der Pflege mit über 60 Prozent deutlich überwiegt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die einzelnen Leistungsanbieterinnen und -anbieter in den Bezirken in unterschiedlicher Zahl vertreten sind. So gibt es z. B. in der Regel weniger Krankenhäuser als niedergelassene Ärzte. Dass diese geringen strukturellen Unterschiede keine markante Auswirkung darauf haben, ob sich in der inhaltlichen Arbeit der Verbünde sektorenübergreifende Ansätze zeigen, wird in Kapitel 7 deutlich.

---

16 Nicht eingerechnet sind hier die Bezirksämter, die zum Teil eine Sonderstellung als Verbundmitglied haben, und die Seniorinnen- und Seniorenvertretungen, da die Angaben hierzu uneinheitlich waren. Die Zählung der Verbundpartnerinnen und -partner gestaltet sich nicht unproblematisch, da die Angaben auf den Mitgliederlisten nicht immer aktuell sind und zum Teil Träger angegeben sind und zum Teil einzelne Einrichtungen der Träger.

Abbildung 6-1: Anteile der unterschiedlichen Leistungsanbieterinnen und -anbieter in allen Verbünden zusammen



Quelle: Mitgliederlisten und Angaben der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren

Nicht zuletzt zeigt sich an dieser Stelle, dass Akteurinnen und Akteure aus dem Sektor Gesundheit nur schwer für die Verbundarbeit gewonnen werden können. Diese Problematik wurde auch bei der Untersuchung anderer Verbundstrukturen schon häufiger beobachtet. In lediglich einem Verbund umfasst der Anteil der Verbundpartnerinnen und -partner aus dem Sektor Gesundheit mit rund 30 Prozent mehr als die sonst üblichen drei bis zehn Prozent (*Tabelle* 6-1). Dieser Anteil bezieht sich zum größten Teil auf therapeutische Angebote. Krankenhäuser sind immerhin in insgesamt 13 Verbünden vertreten. Besonders schwierig stellen sich die Kooperationsbemühungen aber im Hinblick auf niedergelassene medizinische Praxen heraus. In lediglich drei Verbünden wird von den Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten benannt. Außerdem wurde in einem Fall die Erfahrung gemacht, dass sich Ärztinnen und Ärzte als ehemalige Netzwerkpartner wieder zurückgezogen haben.[17]

[17] Siehe hierzu auch Kapitel 7.

Tabelle 6-1: Zusammensetzung der Verbundpartnerinnen und -partner in den Verbünden

Verbund	Anteil Akteure aus der Pflege	Anteil Akteure aus dem Gesundheitsbereich	Anteil der Akteure aus dem Bereich Soziales[18]
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	88%	3%	10%
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	83%	7%	10%
GGV Lichtenberg	77%	3%	19%
GGV Marzahn-Hellersdorf	75%	9%	16%
AG Altenhilfe Reinickendorf	73%	6%	21%
GPV Spandau	72%	0%	28%
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	71%	6%	23%
GGV Neukölln	69%	7%	24%
GGV Treptow-Köpenick	60%	7%	33%
GGV Mitte	59%	8%	33%
QVNIA Pankow	59%	31%	10%
GGV Schöneberg	57%	6%	37%
GPGV Tempelhof	57%	10%	33%
NW Märkisches Viertel	44%	8%	48%

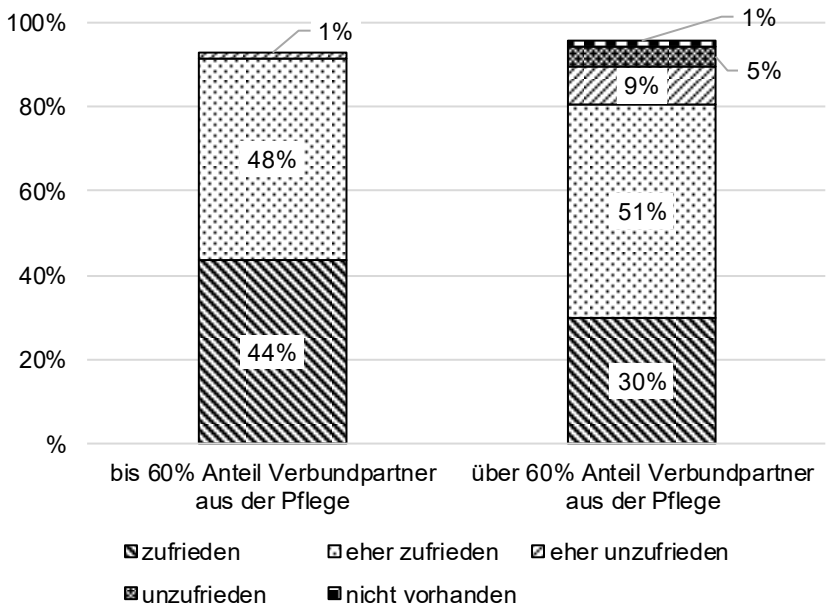
Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

6.2 Bewertungen

Die befragten Verbundmitglieder sind mit der Zusammensetzung der Verbünde mit großer Mehrheit (eher) zufrieden (insgesamt 92 Prozent). Vergleichsweise kritisch sehen allerdings befragte Verbundpartnerinnen und -partner die Zusammensetzung, wenn sie zu Verbünden gehören, in denen eine große Homogenität mit über 60 Prozent der Mitglieder aus dem Pflegebereich gegeben ist (*Abbildung* 6-2).

18 Inklusive Sonstige.

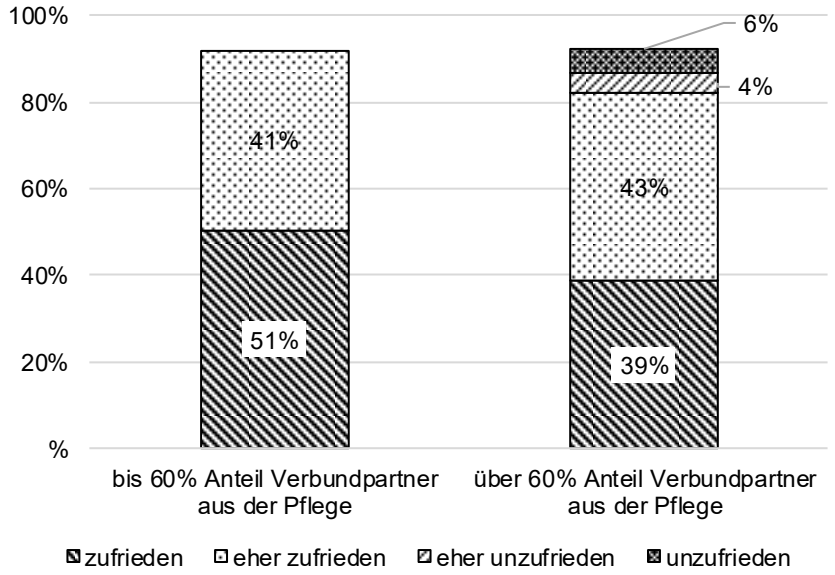
Abbildung 6-2: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Zusammensetzung der Verbundmitglieder, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Mit der Größe des Verbundes sind die befragten Verbundpartnerinnen und -partner ebenfalls nahezu ausschließlich (eher) zufrieden (*Abbildung* 6-3). Lediglich fünf Prozent aller Befragten geben an, (eher) unzufrieden mit der Anzahl der Mitglieder zu sein. Diese (eher) unzufriedenen Befragten gehören ausschließlich zu Verbünden mit relativ vielen Verbundmitgliedern aus dem Pflegebereich. Analog zur Auffassung der Mitglieder wird die Größe der Verbünde auch von den Koordinatorinnen und Koordinatoren mehrheitlich als passend definiert (11 Verbünde). Bewertungskriterien in puncto angemessener Größe sind hier in erster Linie die vielfältige Zusammensetzung und ein ausgewogenes Verhältnis der Leistungsanbieter. Alles in allem kann also das Bestreben der Verbünde, mit ihren Verbundpartnerinnen und -partnern die Versorgungsstruktur in den Bezirken im Hinblick auf die Pflege abzubilden, als erfolgreich bewertet werden.

Abbildung 6-3: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Anzahl der Mitglieder, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Gegenüber einem potentiellen Wachstum sind drei der Verbünde sehr aufgeschlossen, vier äußern sich nicht explizit zu diesem Thema, einige weitere haben Vorbehalte. Als Argument für eine Vergrößerung wird dabei eine Steigerung der politischen Wirksamkeit des Verbundes im Hinblick auf relevante Akteurinnen und Akteure – insbesondere die Bezirksämter und Pflegestützpunkte – genannt. Ein weiterer Vorteil wäre die quantitative Unabhängigkeit gegenüber inaktiven Verbundmitgliedern, d. h. ihr möglicher Weggang würde kein maßgebliches Risiko für den Bestand des Verbundes bedeuten. Als drittes führen die Verbünde mit einem Wunsch nach weiterem Wachstum an, dass sie dabei zusätzliche Akteurinnen und Akteure aus den Sektoren Gesundheit und Soziales gewinnen möchten. Gründe, die gegen eine Aufnahme weiterer Verbundmitglieder sprechen, sind die beschränkten Ressourcen für die Verbundkoordination, Einbußen in der Organisationseffektivität sowie negative Auswirkungen auf die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit.

Wie wichtig den Verbundmitgliedern eine vielfältige Zusammensetzung des Verbundes ist, zeigt sich auch darin, dass die Befragten sehr unterschiedliche Verbundpartnerinnen und -partner für sehr relevant halten. Besonders wichtig für den Verbund sind aus ihrer Sicht Beratungsangebote wie Pflegestützpunkte. 70 Prozent aller Befragten finden solche Akteure sehr wichtig für den Verbund. Ebenfalls sehr wichtig sind den Befragten die Bezirksämter (65 Prozent), ambulante Pflegedienste (62 Prozent), psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sowie Krankenhäuser und Kliniken

(jeweils 57 Prozent) und stationäre Pflegeeinrichtungen (55 Prozent).

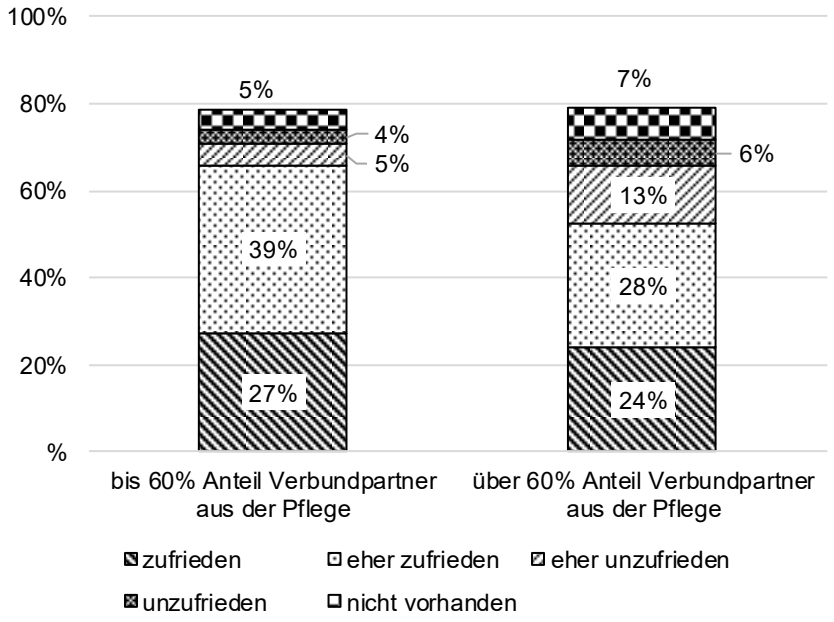
Tabelle 6-2: Die relevantesten Verbundmitglieder aus Sicht der Verbundpartnerinnen und -partner

1.	Beratungsangebote (z. B. Pflegestützpunkte)
2.	Bezirksämter
3.	ambulante Pflegedienste
4.	psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen Krankenhäuser/Kliniken
5.	stationäre Pflegeeinrichtungen

Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Die Auszählung basiert auf der Anzahl der Bewertung eines Akteurs als „sehr wichtig".

Was die Akquise neuer Mitglieder betrifft, sind die befragten Verbundpartnerinnen und -partner mehrheitlich (eher) zufrieden (*Abbildung* 6-4). Allerdings zeigt sich auch hier, dass Mitglieder aus Verbünden mit einem hohen Anteil von Akteurinnen und Akteuren aus dem Pflegebereich weiterhin Potenziale sehen, die Verbundpartnerstruktur zu verbessern. Immerhin ein Viertel von ihnen ist mit der Akquise (eher) unzufrieden oder ist der Meinung, dass diese gar nicht betrieben werde.

Abbildung 6-4: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Akquise der Mitglieder, nach Partnerstrukturtyp

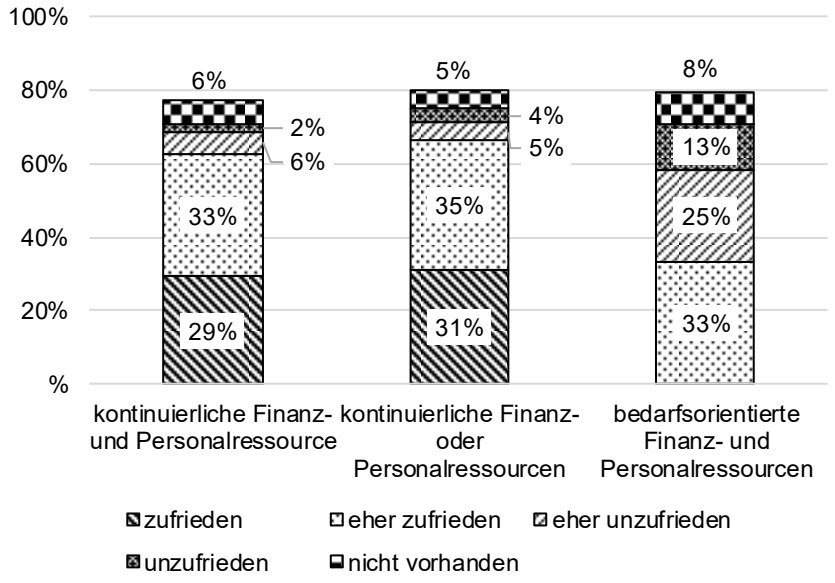


Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Weitere Auswertungen zeigen, dass insbesondere die befragten Verbundmitglieder aus Verbünden mit bedarfsorientierten Finanz-

und Personalressourcen mit der Akquise neuer Mitglieder unzufrieden sind (*Abbildung* 6-5). Unter ihnen ist fast die Hälfte (46 Prozent) mit der Akquise neuer Mitglieder (eher) unzufrieden oder bemängelt, dass ein solches Vorgehen nicht vorhanden sei.

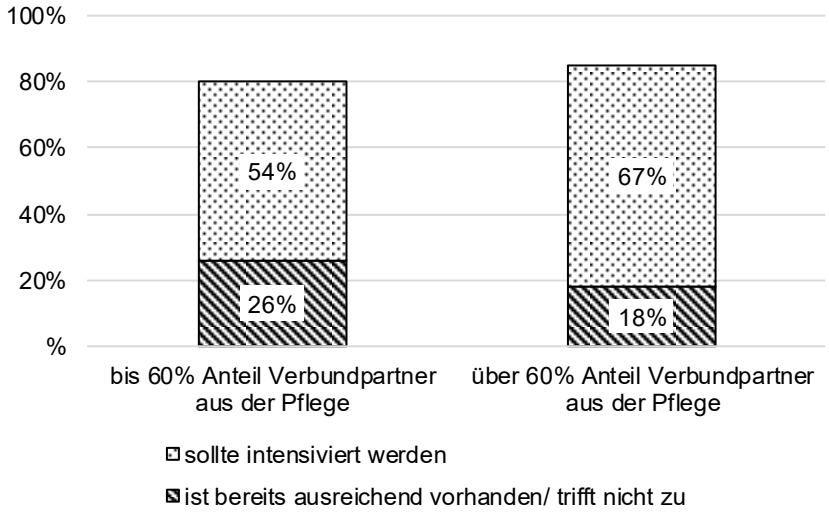
Abbildung 6-5: Zufriedenheit der Verbundpartnerinnen und -partner mit der Akquise der Mitglieder, nach Ressourcentyp



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Obwohl die Zusammensetzung und Größe der Verbünde von den Verbundpartnerinnen und -partnern positiv bewertet wird, sehen sie weiterhin Verbesserungspotentiale (*Abbildung* 6-6). Die Mehrheit findet, dass die Gewinnung neuer Mitglieder intensiviert werden sollte. Befragte aus Verbünden mit einem relativ hohen Pflegeanteil sehen hier zu 67 Prozent einen Verbesserungsbedarf.

Abbildung 6-6: Einschätzung der Verbundpartnerinnen und -partner zur weiteren Gewinnung relevanter Akteure für eine bessere Zusammenarbeit im Verbund, nach Anteil Verbundpartner aus der Pflege



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Nach Auskunft der Koordinatorinnen und Koordinatoren finden innerhalb der Verbünde Überlegungen statt, welche Methoden sich zur Akquise von Neumitgliedern geeignet sind. So wird etwa darüber nachgedacht, organisatorische Regelungen wie die Kooperationsverträge oder den Sitz im Bezirk zu verändern, um Medizinerinnen und Mediziner mit ihren äußerst knappen Zeitressourcen für die Verbundarbeit zu gewinnen. Eine besondere Beitrittshürde scheint zudem auch die Mitwirkungspflicht in den Arbeitsgruppen zu sein. Für deren Aufhebung findet sich jedoch momentan kein Konsens. Aus Sicht der Fokusgruppe müssten nicht zuletzt auch die Vorteile der Verbundarbeit sichtbarer, nachvollziehbarer und in einer zielgruppenorientierten Sprache kommuniziert werden.

Die bisher eher wenig erfolgreichen Bemühungen um neue Mitglieder aus dem Sektor Gesundheit hat bei einigen Verbünden jedoch auch eine Haltungsänderung hervorgerufen. Drei Verbünde verfolgen die Ansprache von gesundheitlichen Akteurinnen und Akteuren nicht mehr aktiv. Zugleich wächst insgesamt die Erkenntnis, dass die Ansprache einzelner Medizinerinnen und Mediziner nicht zielführend ist, sondern alternative Formen der Kooperation gefunden werden müssen. Denkbar ist eine Art Dachkooperation zwischen Pflegenetzwerken und Ärztenetzwerken. Nur ein Verbund hat in diesem Zusammenhang die Krankenkassen als wichtige Partnerinnen und Partner im Verbund definiert.

6.3 Fazit

Die Größe der Verbünde variiert zwischen 25 und mehr als 80 Verbundpartnern. Mehrheitlich liegt die Größe der Verbünde bei unter 50 Mitgliedern. Dabei überwiegt der Anteil der Akteure und Akteurinnen aus der Pflege. In acht Verbünden liegt er zwischen 70 und 90 Prozent. Demgegenüber sind Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich bisher deutlich seltener vertreten. Sie machen lediglich einen Anteil von unter zehn Prozent in den Verbünden aus. Die Anteile der Mitglieder aus dem Bereich Soziales schwanken sehr stark.

Die Verbundgröße wird von den Koordinatorinnen und Koordinatoren, gemessen an einer stabilen und noch gut koordinierbaren Mitliederzahl, häufig als passend bewertet. Wachstum ist aus ihrer Perspektive dennoch notwendig, um die politische Bedeutung der Verbünde zu stärken und um mehr Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich zu gewinnen. Die meisten Koordinierungsverantwortlichen streben derzeit wegen der damit verbundenen Mehrarbeit jedoch kein Wachstum durch neue Mitglieder an,

Die Haltung der Verbundmitglieder zur richtigen Größe der Verbünde ist ambivalent. Die Zufriedenheit mit der Zusammensetzung der Verbünde schließt nicht aus, dass die Mehrheit der Verbundmitglieder eine intensivere Suche nach neuen Verbundpartnerinnen und -partnern befürwortet. Vor allem in Verbünden mit Pflegeschwerpunkt (Mitgliederanteil über 60 Prozent) herrscht Unzufriedenheit mit der Größe und Zusammensetzung des Verbundes und es wird die Akquise neuer Verbundmitglieder gewünscht. Daher ist davon auszugehen, dass die Verbundmitglieder bei dem Wunsch nach Wachstum insbesondere Vertreterinnen und Vertreter aus den anderen Sektoren im Blick haben. Als besonders wichtig werden seitens der Verbundmitglieder generell die Pflegestützpunkte, aufgrund ihrer Vernetzungs- und Informationsmacht und die Bezirksämter mit ihrer strategischen Bedeutung für die politische Positionierung hervorgehoben.

Verbundmitglieder aus dem Gesundheitsbereich stellen sich als nur schwer einzubindende Zielgruppe dar. Hier neigen einige Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren zu einer Relativierung der Wichtigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie therapeutischen Diensten, die jedoch eher eine resignative Haltung aufgrund der bisher erfolglosen Bemühungen widerspiegelt. Andere Verbünde setzen demgegenüber auf eine niedrigschwellige Kontaktanbahnung, die mit weniger hohen Erwartungen an die aktive Mitwirkung im Verbund einhergeht und zunächst den Grundstein für eine Vernetzung legen soll.

7 Arbeitsweisen und sektorenübergreifende Ansätze der Verbundarbeit

Dieses Kapitel befasst sich mit der Arbeitsweise und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Verbünde. Zu Beginn wird ein deskriptiver Überblick über die Themen der Arbeitsgruppen, die Regelmäßigkeit der Treffen und die diversen Beteiligungsmöglichkeiten gegeben. Außerdem wird die Art und Weise der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit dargestellt. Anschließend wird das Für und Wider in Bezug auf Arbeitsgruppen sowie deren Organisation und Thematik aus Sicht der beteiligten Akteurinnen und Akteure diskutiert. Zuletzt steht die Aktivität bzw. Passivität der Beteiligten an der Verbundarbeit im Mittelpunkt.

Kapitel 7 in Kürze

- Es besteht ein ausgesprochen breites Spektrum an Formaten und Themen der Netzwerkarbeit.
- Arbeitsgruppen, insbesondere mit Bezügen zur praktischen Arbeit der Mitglieder, werden von den Koordinatorinnen und Koordinatoren überwiegend als ein erfolgreiches Arbeitsformat angesehen.
- Mit Blick auf die Arbeitsweise zeichnen sich sieben Verbünde durch spezifische und regelmäßige Beteiligungsmöglichkeiten aus, weitere fünf verfügen über unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten und zwei Verbünde haben keine spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten.
- In Verbünden, die stärker formalisiert und strukturiert sind und die (regelmäßige) spezifische Beteiligungsmöglichkeiten bieten, bewerten sich die Mitglieder aktiver als in anderen Verbünden.
- Verbundmitglieder geben an, sich überwiegend im Rahmen von Verbundkonferenzen und Arbeitsgruppen zu beteiligen sowie einen häufigen informellen Austausch mit anderen Mitgliedern zu pflegen. Ein Mehrwert für Ihre eigene Arbeit ist dabei ein entscheidender Motivationsfaktor für die Aktivität.
- Zunehmender Zeitmangel der (potenziellen) Mitglieder zur Beteiligung im Verbund wird als ein Hemmnis der Verbundarbeit gesehen.
- Bezüglich der Potenziale zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit verfügen vier Verbünde über einen thematischen **und** instrumentellen Ansatz, fünf haben einen thematischen **oder** instrumentellen Ansatz und weitere fünf haben keine sektorenübergreifenden Ansätze.

- Die Verständnisse und Intentionen bezüglich einer Vernetzung differieren teilweise zwischen Akteurinnen und Akteuren aus den Bereichen Pflege und Gesundheit.

7.1 Bestandsaufnahme

Alle Verbünde organisieren die inhaltliche und thematische Zusammenarbeit der Verbundmitglieder über mehr oder weniger festgelegte Formate, in denen verschiedene Themen behandelt werden. Aktuell sind in allen 14 Verbünden insgesamt über 60 unterschiedliche Arbeitsgruppen, runde Tische und andere Arbeitsgremien etabliert. Pro Verbund schwankt die Zahl der unterschiedlichen Arbeitsgremien zwischen eins und fünf, wobei in der Mehrheit der Verbünde vier oder fünf solcher Gremien existieren. In einem Verbund, der sich selbst als gesetzlich geforderte Arbeitsgruppe des Bezirksamtes definiert (PSAG), gibt es keine thematischen Gremien, sondern monatliche Treffen aller Mitglieder im Bezirksamt.

In der Entwicklungsgeschichte der Verbünde hat sich eine große Bandbreite an verschiedenen Themen entwickelt. Dabei lassen sich sieben unterschiedliche Themengruppen identifizieren, die hier geordnet nach deren Relevanz in den Verbünden dargestellt werden:

- Am häufigsten sind **Themen aus dem Bereich Gesundheit** im Fokus von Arbeitsgremien. In acht Verbünden werden diese von zehn Gremien bearbeitet. Diese gliedern sich in einerseits in fünf Arbeitsgremien, die sich u. a mit den Themen Krankenhaus, Entlassungsmanagement, Haus- und Facharztpraxen und Schlaganfallpatientinnen und -patienten beschäftigten. Darüber hinaus existieren fünf weitere Arbeitsgremien zur Entwicklung von Überleitungsbögen. Letzteres Thema wurde in der Vergangenheit außerdem von drei weiteren Verbünden bearbeitet, in denen diese Arbeitsgruppen aktuell nicht mehr aktiv sind.

- Ebenfalls häufig ist das **Thema Demenz** in den Arbeitsgruppen vertreten. Insgesamt finden sich dazu in acht Verbünden neun unterschiedliche Qualitätszirkel oder Arbeitsgruppen, die sich u. a. mit „Schutzräumen“ oder der Thematik „Demenzfreundliche Kommune“ beschäftigen.

- Ein präsentes Thema in Arbeitsgremien ist auch die **Öffentlichkeitsarbeit**. In sechs Verbünden werden die Verbundpartnerinnen und -partner in neun Arbeitsgruppen für die Öffentlichkeitsarbeit aktiv.

- In sieben Verbünden wird **Fallarbeit** in Arbeitsgruppen oder Konferenzen besprochen. In einem weiteren Verbund fand dies in der Vergangenheit statt, wobei diese Arbeitsgruppe nicht mehr aktiv ist.

- Der **Bereich Pflege** wird über Unterthemen wie ambulante und stationäre Versorgung, Beratungskoordination und Wohngemeinschaften in sechs Arbeitsgruppen und runden Tischen aus fünf Verbünden aufgegriffen. Auch hier gab es in einem weiteren Verbund einen Arbeitskreis, der mittlerweile jedoch nicht mehr aktiv ist.

- Fünf Verbünde haben Arbeitsgruppen organisiert, die sich mit dem **Themenbereich Soziales** (und Mobilität) beschäftigen.

- Ein letztes Themenfeld sind die **Rahmenbedingungen der fachlichen Arbeit** von Institutionen und Leistungsanbietern, etwa hinsichtlich Ausbildung, Fachkräftemangel, Kostenübernahme oder demografischer Entwicklung. Hierzu sind in vier Verbünden insgesamt fünf Arbeitsgruppen aktiv.

Neben den genannten Gremien haben vier Verbünde themenunabhängige Arbeitsgruppen gebildet. Darunter fallen beispielsweise eine AG, die sich mit wechselnden Themen beschäftigt, oder zeitlich begrenzte Projektgruppen zu verschiedenen Themen. In zwei Verbünden werden zudem quartiersbezogene Arbeitsgruppen organisiert. Dort widmen sich jeweils drei sogenannte Kiez-AG´s den für ihr Stadtviertel relevanten Themen und bereiten in diesem Zusammenhang verschiedene Aktivitäten vor.

Schulungen und Fortbildungen für ihre Verbundmitglieder organisieren aktuell vier Verbünde, während in einem weiteren Verbund die Arbeitsgruppe Fortbildung momentan ruht. Außerdem gibt es drei Verbünde, die Besuchskonferenzen und Hospitationstreffen zur Begrüßung neuer Verbundpartnerinnen und -partner und zum gegenseitigen Kennenlernen der Institutionen veranstalten.

Mit Ausnahme derjenigen Arbeitsgruppen, die wechselnde Inhalte behandeln, werden die meisten Formate den Themen folgend entwickelt. Daher sind einige Arbeitsgremien auf Dauer angelegt und kommen eher regelmäßig zusammen, während andere Arbeitsgruppen nur über einen begrenzten Zeitraum fortbestehen. Neben dem Interesse der Teilnehmenden ist dafür auch die unterschiedliche Leitungsweise der Arbeitsgremien ausschlaggebend.

In einigen wenigen Verbünden ist die Leitung der Arbeitsgruppen eine zusätzliche Aufgabe der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren. Im Großteil der Verbünde organisieren sich die Arbeitsgruppen jedoch „von unten heraus“, d. h. sie werden von Verbundmitgliedern vorgeschlagen und nach eigenem Bedarf einberufen und selbst ausgestaltet.

Tabelle 7-1: Arbeitsweisen der Verbünde für die thematische Zusammenarbeit

Verbund	Bildung mehrerer verschiedener Gremien zur Zusammenarbeit	Regelmäßige Treffen der Gremien	Typ der Arbeitsweise
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
QVNIA Pankow	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Verbund Schöneberg	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GPGV Tempelhof	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GPV Spandau	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Neukölln	x	x	regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
NW Märkisches Viertel	x	-	unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Treptow-Köpenick	x	-	unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	x	-	unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Marzahn-Hellersdorf	x	-	unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Mitte	x	-	unregelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten
AG Altenhilfe Reinickendorf	nein	-	keine spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten
GGV Lichtenberg	nein	x	keine spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

Zusammengefasst lassen sich die Arbeitsweisen in den Verbünden erstens dahingehend unterscheiden, ob Themen der Verbundarbeit in verschiedenen Gremien bearbeitet werden, die passend für die unterschiedlichen Verbundpartnerinnen und -partner gestaltet werden können. Ein zweites Unterscheidungsmerkmal ist die Regelmäßigkeit der gebildeten Arbeitsgruppen. Tabelle 7-1 klassifiziert die Arbeitsweise für die thematische Zusammenarbeit der Verbünde anhand dieser beiden Merkmale.

Die Entwicklung von Arbeitsgruppen, in denen Themen an den Schnittstellen von Gesundheit und Pflege bearbeitet werden, können als sektorenübergreifender Ansatz der Verbundarbeit definiert werden. Dazu gehören die Entwicklung von Instrumenten wie Fallbesprechungen und Überleitungsbögen, aber auch die konkrete Auseinandersetzung mit expliziten Themen aus dem Gesundheitssektor, die für die Pflege relevant sind, wie etwa die Palliativversorgung oder die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten.

Für eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit, die als originäres Ziel von den Verbünden angestrebt wird, sind passende Formate von Arbeitsgremien für die verschiedenen Akteurinnen und Akteure aus den Sektoren Gesundheit, Pflege und Soziales wichtig. Immer wieder wird das Fehlen von Verbundmitgliedern aus dem Bereich Gesundheit mit dem Zeitmangel für eine Teilnahme an Arbeitsgremien begründet. Ausschlaggebend kann jedoch auch die Auswahl der Themen für die Arbeitsgremien sein. Mit den Arbeitsgruppen präsentieren sich die Verbünde, auch bezüglich ihrer Sichtbarkeit nach außen, entweder als thematisch offen für alle Sektoren oder als auf einen Sektor begrenztes Netzwerk.

Die zeitlichen Strukturen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zeichnen sich vergleichsweise häufiger durch eine unregelmäßige Durchführung aus. Dies steht im Gegensatz zu themenbezogenen Arbeitsgruppen, die tendenziell regelmäßiger stattfinden. So laden drei Verbünde sechsmal im Jahr zu Fallbesprechungen ein, alle anderen Verbünde setzen die Fallbesprechungen eher informell und nach Bedarf um.

Tabelle 7-2: Sektorenübergreifender Ansatz im Rahmen der Arbeitsgremien der Verbünde

Verbund	AG Thema Gesundheitssektor	Fall -besprechungen	Entwicklung Überleitungsstandards	Sektorenübergreifender Ansatz
QVNIA Pankow	x	x	x	thematischer **und** instrumenteller Ansatz
GGV Treptow-Köpenick	x	x	x	thematischer **und** instrumenteller Ansatz
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	x	x	-	thematischer **und** instrumenteller Ansatz
GGV Neukölln	x	x	-	thematischer **und** instrumenteller Ansatz
GPV Charlottenburg-Wilmersdorf	x	-	nicht mehr aktiv	thematischer **oder** instrumenteller Ansatz
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	-	-	x	thematischer **oder** instrumenteller Ansatz
GPV Spandau	-	x	x	thematischer **oder** instrumenteller Ansatz
GGV Verbund Schöneberg	-	x	-	thematischer **oder** instrumenteller Ansatz
GPGV Tempelhof	-	x	-	thematischer **oder** instrumenteller Ansatz
GGV Marzahn-Hellersdorf	-	-	-	kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit
GGV Mitte	-	-	-	kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit
NW Märkisches Viertel	-	-	-	kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit
AG Altenhilfe Reinickendorf	-	-	-	kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit
GGV Lichtenberg	-	-	-	kein Ansatz zur sektorenübergreifenden Arbeit

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

7.2 Bewertungen

Zentrales Element der Verbundarbeit sind die Arbeitsgruppen der Verbünde. Diese werden für den fachlichen und inhaltlichen Austausch zu konkreten Themen grundsätzlich als gut geeignetes Format der Zusammenarbeit betrachtet. So wird aus Perspektive der Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren mit hoher Übereinstimmung geschildert, dass die direkte Netzwerkarbeit unter den Verbundmitgliedern sehr gut funktioniert. Die Verbundpartnerinnen und -partner kennen sich gegenseitig und sie wissen, an wen sie sich mit Fragen zu Versorgungsbedarfen wenden können.

Eine große Herausforderung für die Ausgestaltung der Arbeitsgruppen besteht allerdings in der Themenauswahl und Organisation. Hier ist zwischen alltäglichen Themen, die die Verbundpartnerinnen und -partner interessieren und der Erarbeitung von Lösungen für konkrete Problematiken, die der Verbund als Ganzes anstrebt, abzuwägen. Übereinstimmend als sich gut bewährende Formate werden Arbeitsgruppen genannt, die sich Themen widmen, die die unmittelbare Arbeit der Verbundmitglieder selbst betreffen. Dass es den Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren in der Regel gelingt, positive Anreize zur Teilnahme zu schaffen, zeigt sich in der Teilnahmehäufigkeit der befragten Verbundmitglieder. Hier geben knapp zwei Drittel der Befragten (63 Prozent) an, regelmäßig in einer Arbeitsgruppe aktiv zu sein, weitere 11 Prozent sind es zumindest teilweise (*Abbildung* 7-1).

Bezüglich des Formats Arbeitsgruppe finden sich jedoch auch konträre Meinungen. Ein Verbund argumentiert, dass eine heterogene Zusammensetzung der Verbundmitglieder andere Formate als themenbezogene Arbeitsgruppen erfordern. Dieser Verbund hat, wie einige andere Verbünde auch, die Erfahrung gemacht, dass Verbundpartnerinnen und -partner teilweise das Interesse an den Arbeitsgruppen verlieren und nicht mehr teilnehmen. Hemmend für die Weiterentwicklung von Themen ist demzufolge, wenn immer die gleiche Gruppenzusammensetzung besteht und sich die Verbundmitglieder somit nichts Neues zu berichten haben. Als effektiver bewertet werden daher Projektgruppen, die sich aus Interessen der Mitglieder herausbilden und zu immer wieder neuen Zusammensetzungen der Mitglieder führen.

Neben dem möglicherweise nicht passenden Format werden hauptsächlich fünf weitere potentielle Hemmnisse für das Interesse und die Beteiligung der Verbundmitglieder an Arbeitsgruppen geschildert.

- Als erstes wurde von einem Verbund die Zusammensetzung im Hinblick auf die Organisation von Fortbildungen genannt. Während selbstorganisierte Fortbildungen für kleine ambulante Dienste besonders attraktiv waren, um damit Pflichtfortbildungen erfüllen zu können, führt die Standardisierung der Fortbildungen in großen Einrichtungen zu einem geringeren Bedarf an einem entsprechenden Angebot durch den Verbund.

- Ein zweiter Grund für eine geringe Beteiligung an den Arbeitsgruppen sind in einem Fall konkurrierende Arbeitsgruppen, die seitens des Bezirksamtes angeboten werden. Die Mitwirkung des Bezirksamtes in den Arbeitsgruppen wird demgegenüber von vielen Verbünden als wichtiger Motivator für die Teilnahme der Verbundmitglieder bewertet.

- Drittens beobachten alle Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren einen Rückgang der Ressourcen bei den Verbundmitgliedern, um an allen Formaten der Verbundarbeit teilnehmen zu können. Geschuldet ist dies der zunehmenden Arbeitsbelastung und dem Fachkräftemangel. Versuche der Entscheidungsträger, per Delegation eine Teilnahme an den Verbundkonferenzen zu ermöglichen, haben die Konsequenz, dass die dort anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihrerseits keine Zeit mehr für die Besuche der Arbeitsgruppen finden.

- Als vierte Ursache wird von einigen Koordinatorinnen und Koordinatoren das sinkende Interesse an den Arbeitsgruppen genannt, das mit einem Generationenwechsel und der hohen Fluktuation in den Einrichtungen in Zusammenhang steht.

- Fünftens und letztens wird teilweise auch ein Rückgang des Bedarfs attestiert. So wurde in einigen Verbünden berichtet, dass „die Fälle ausgingen“ und sich daher die Arbeitsgruppe Fallbesprechungen aufgelöst oder auf wenige und sporadische Treffen reduziert hat. Fallbesprechungen finden stattdessen bilateral und/oder themenbezogen statt bzw. es wird vorgeschlagen, besser ein Systemmanagement zu implementieren.

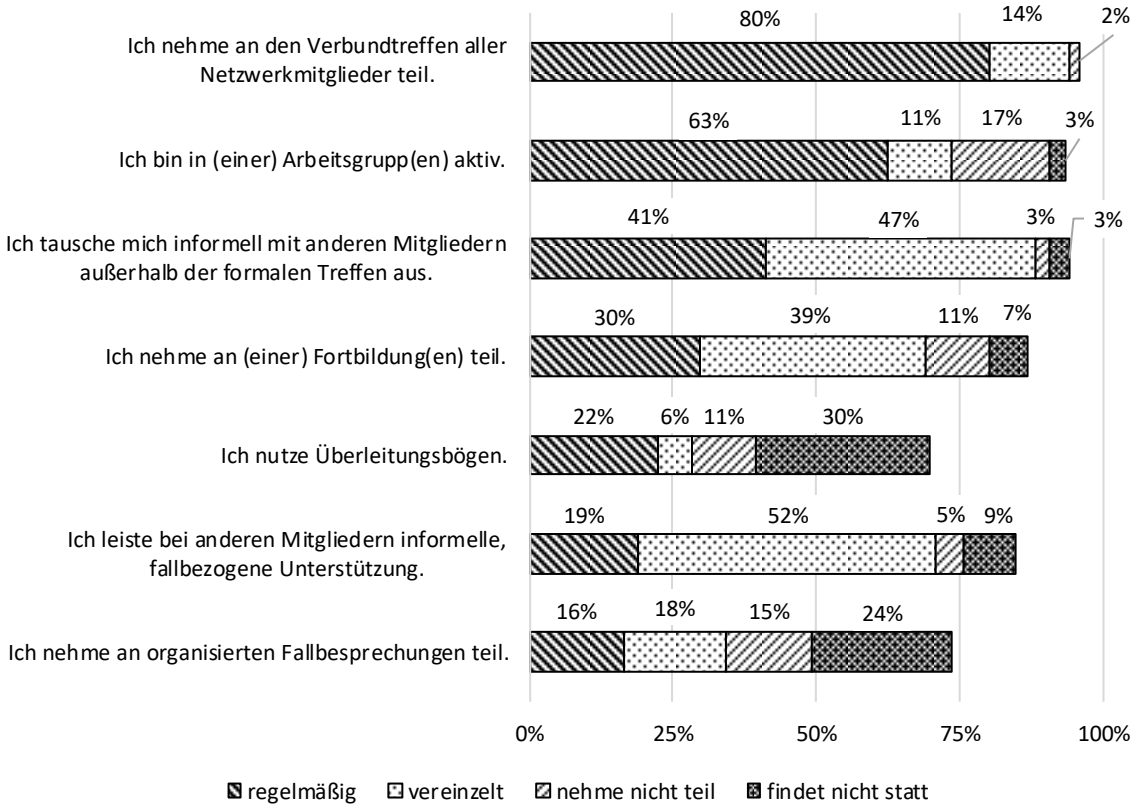
Was die beteiligten Ärztinnen und Ärzte betrifft, zeigt sich ebenfalls ein ambivalentes Beteiligungsinteresse an der Entwicklung von übergreifenden strukturellen Ideen zur Verbesserung der Versorgungslage im Bezirk. Im Vordergrund steht hier eher ein pragmatischer, patientenwohlorientierter Informationsgewinn. Eine Beteiligung an Arbeitsgruppen wird im Allgemeinen als nicht möglich erachtet. Alternativ sind die seltener stattfindenden Verbundtreffen aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte besser dazu geeignet, gemeinsam an nachhaltigen Strukturen der Pflege und Versorgung zu arbeiten. Das Wissen der Verbundpartner kann eine Funktion als „Frühseismograph“ und Impulsgeber für den Bezirk bekommen, wenn dort ein Austausch der beteiligten Einrichtungen über eigene Entwicklungen initiiert wird. Auf dieser Basis ist für die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitsbereiches auch eine gemeinsame Erprobung von Modellen einer sektorenübergreifenden Versorgung mit den Verbünden vorstellbar.

Mit Blick auf andere Aktivitäten der Verbundarbeit (*Abbildung* 7-1) geben fast alle befragten Verbundmitglieder an, dass sie regelmäßig (80 Prozent) oder zumindest vereinzelt (14 Prozent) an den Verbundtreffen teilnehmen. Neben den Verbundtreffen oder anderen formellen Aktivitäten sind die Verbundmitglieder auch informell häufig im Austausch. 41 Prozent der Befragten geben an, dass sie sich regelmäßig mit anderen Mitgliedern austauschen, weitere 47 Prozent machen dies vereinzelt. Informelle, fallbezogene Unterstützung anderer Mitglieder ist ebenfalls ein häufiger Bestandteil der Verbundarbeit. 14 Prozent der Befragten geben an, dass sie

nicht daran teilnehmen oder informelle, fallbezogene Unterstützung nicht stattfinden würde. Nicht zuletzt nimmt mehr als die Hälfte der befragten Verbundmitglieder regelmäßig (30 Prozent) oder vereinzelt (39 Prozent) an Fortbildungen teil.

Vergleichsweise selten nutzen die Verbundmitglieder Überleitungsbögen oder nehmen an organisierten Fallbesprechungen teil. Nur knapp jeder Vierte (22 Prozent) gibt in der Befragung an, regelmäßig oder vereinzelt Überleitungsbögen einzusetzen, etwa jeder Dritte nimmt mindestens vereinzelt an Fallbesprechungen teil.

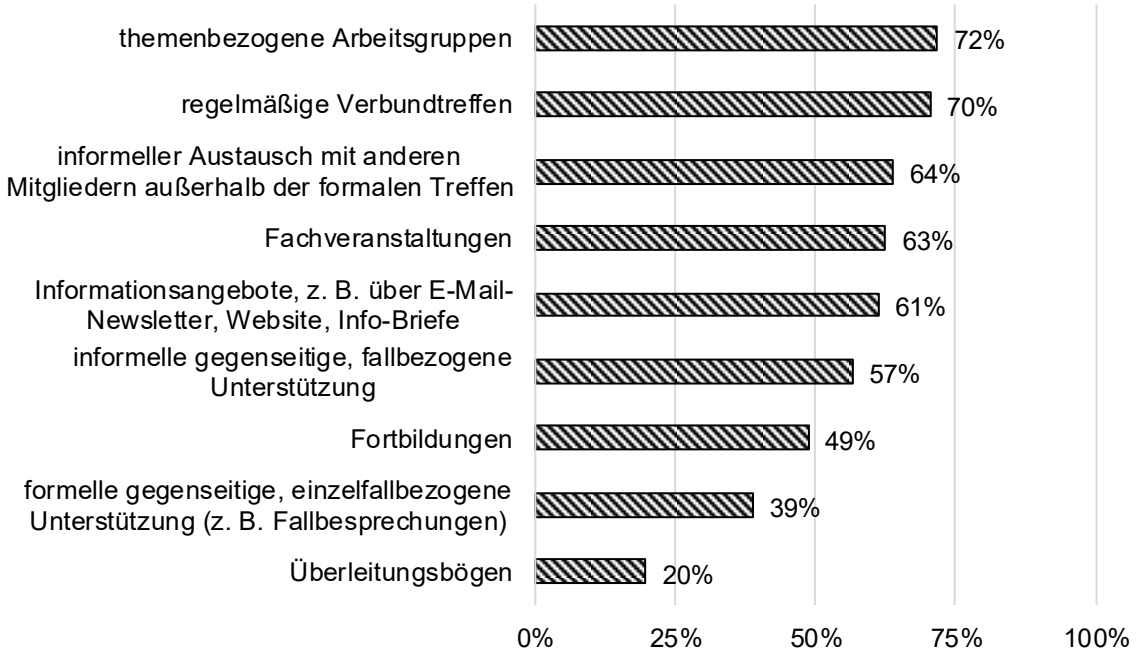
Abbildung 7-1: Aktivitäten und Teilnahmefrequenz der Verbundmitglieder



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

Die Auswertungen zeigen, dass die Verbundmitglieder besonders in den Bereichen aktiv sind, die ihnen aus ihrer Sicht einen hohen Mehrwert bieten. Dieser Mehrwert, der durch die Aktivitäten entsteht, wird allerdings sehr verschieden bewertet (*Abbildung* 7-2). Themenbezogene Arbeitsgruppen und die Verbundtreffen bieten den Mitgliedern besonders häufig einen hohen Mehrwert. Vergleichsweise selten wird der formellen gegenseitigen, einzelfallbezogenen Unterstützung, und hier am wenigsten Fallbesprechungen und Überleitungsbögen, ein hoher Mehrwert zugewiesen.

Abbildung 7-2: Aktivitäten, die einen hohen Mehrwert bieten



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder.

Der individuell wahrnehmbare Mehrwert der Verbundarbeit rührt auch aus dem unterschiedlichen Netzwerkverständnis verschiedener Akteursgruppen. Akteurinnen und Akteure aus dem Bereich Pflege sehen das Netzwerk als Raum für eine intensive Zusammenarbeit und Kooperation zu verschiedenen Themen in erster Linie mit ihnen bekannten Partnerinnen und Partnern. Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapeutinnen und Therapeuten verstehen die Netzwerkarbeit demgegenüber primär als Möglichkeit, bisher fremde Akteurinnen und Akteure besser kennenzulernen und für die eigenen Verantwortungsbereiche besser einschätzen zu können.

Aus der Fokusgruppe mit den Akteurinnen und Akteuren aus dem Bereich Gesundheit lassen sich analoge Ergebnisse ableiten. Auch hier wurde die Wichtigkeit der Verbundarbeit herausgestellt, um die Versorgungsstrukturen im Bezirk kennenzulernen. Ein Teilnehmer benennt den Gewinn der Vertrauensbildung für die Nachsorgearbeit mit den Betroffenen wie folgt: „**Akteure und Institutionen bekommen durch die persönlichen Kontakte bei den Verbundtreffen ein Gesicht**“. Der Mehrwert resultiert dabei aus den persönlich bekannten Ansprechpartnerinnen und -partnern in den einzelnen Einrichtungen.

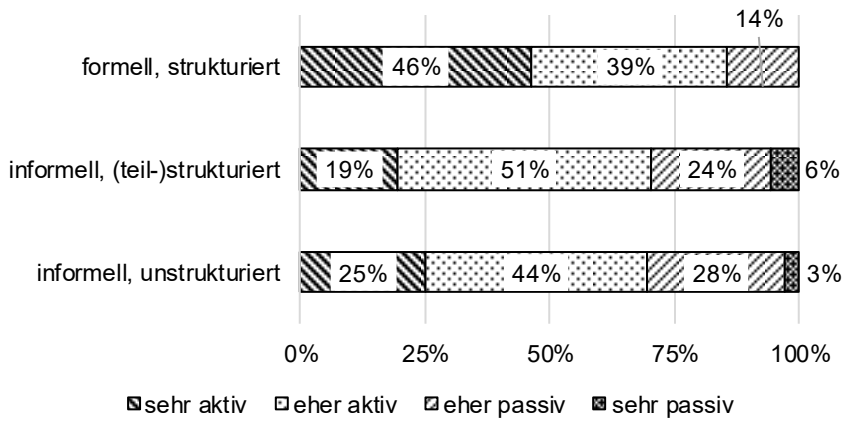
Weiterführende Auswertungen unter Beachtung der Beteiligungsmöglichkeiten offenbaren ebenfalls Differenzen in der Wahrnehmung des Mehrwerts. Mitglieder aus Verbünden mit regelmäßigen spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten sehen überwiegend einen hohen Mehrwert in zentral organisierten Aktivitäten. Sie nehmen

häufiger als andere Mitglieder einen hohen Mehrwert in den Arbeitsgruppen, Fortbildungen, Informationsangeboten, Fachveranstaltungen, formellen Einzelfallbesprechungen und Überleitungsbögen wahr. Demgegenüber sehen Mitglieder aus Verbünden ohne spezifische Beteiligungsmöglichkeiten vergleichsweise häufiger einen hohen Mehrwert in den wenig formalisierten oder informellen Aktivitäten und der fallbezogenen Unterstützung.

Zum Schluss lohnt sich ein Blick auf die Aktivität bzw. Passivität der Mitglieder im Verbund. Insgesamt geben hier 47 Prozent an, eher aktiv bzw. 26 Prozent, sehr aktiv zu sein. Die eigene Aktivität schwankt aber in Abhängigkeit von der Verbundstruktur. Besonders aktiv sind die Mitglieder aus den Verbünden des Typs „formell, strukturiert". Hier schätzt fast die Hälfte der Befragten, dass sie sehr aktiv sind und nur 14 Prozent halten sich für eher passiv (*Abbildung* 7-3). Deutlich höher ist der Anteil der passiven Mitglieder bei den Verbünden, die zum „informellen, (teil-)strukturierten" oder „informell, unstrukturierten" Typ gehören. Hier sind 30 Prozent bzw. 31 Prozent der Ansicht, dass sie eher passiv oder sehr passiv sind.

Weitere Auswertungen zeigen darüber hinaus, dass insbesondere Mitglieder aus Verbünden ohne spezifische Beteiligungsmöglichkeiten (36 Prozent) und aus Verbünden mit unregelmäßigen spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten (31 Prozent) eher oder sehr passiv sind. Demgegenüber sind „nur" 23 Prozent der Mitglieder aus Verbünden mit regelmäßigen spezifischen Beteiligungsmöglichkeiten eher oder sehr passiv.

Abbildung 7-3: Einschätzung der eigenen Aktivität im Verbund



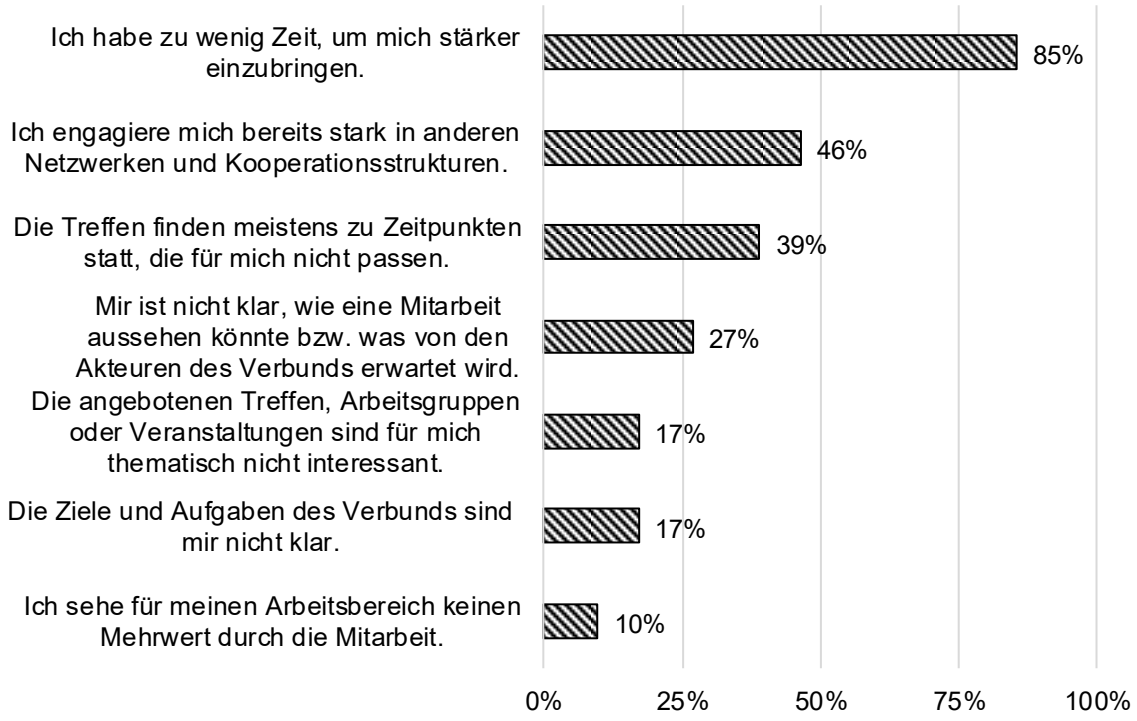
Quelle: Befragung der Verbundmitglieder.

Für die Passivität der Mitglieder liegen vielfältige Gründe vor (*Abbildung* 7-4). Am häufigsten werden fehlende zeitliche Ressourcen, anderweitige Verpflichtungen oder Terminprobleme genannt. 85 Prozent der Mitglieder, die sich selbst als eher passiv oder sogar sehr passiv einschätzen, geben an, dass sie zu wenig

Zeit haben, um sich stärker einzubringen. 46 Prozent engagieren sich bereits in anderen Netzwerken oder Kooperationsstrukturen.

Andere Gründe für Passivität beziehen sich auf Merkmale eines Verbundes, die direkt durch die Verbundkoordination beeinflusst werden können: Mehr als ein Drittel (39 Prozent) der passiven Mitglieder erklärt, dass die Treffen zu ungünstigen Zeitpunkten stattfinden. Jedem Vierten ist nicht klar, wie eine Mitarbeit aussehen könnte bzw. was von ihm erwartet wird und für 17 Prozent sind die angebotenen Aktivitäten nicht interessant bzw. die Ziele und Aufgaben des Verbundes nicht klar. Nur 10 Prozent geben an, dass sie keinen Mehrwert durch die Mitarbeit sehen.

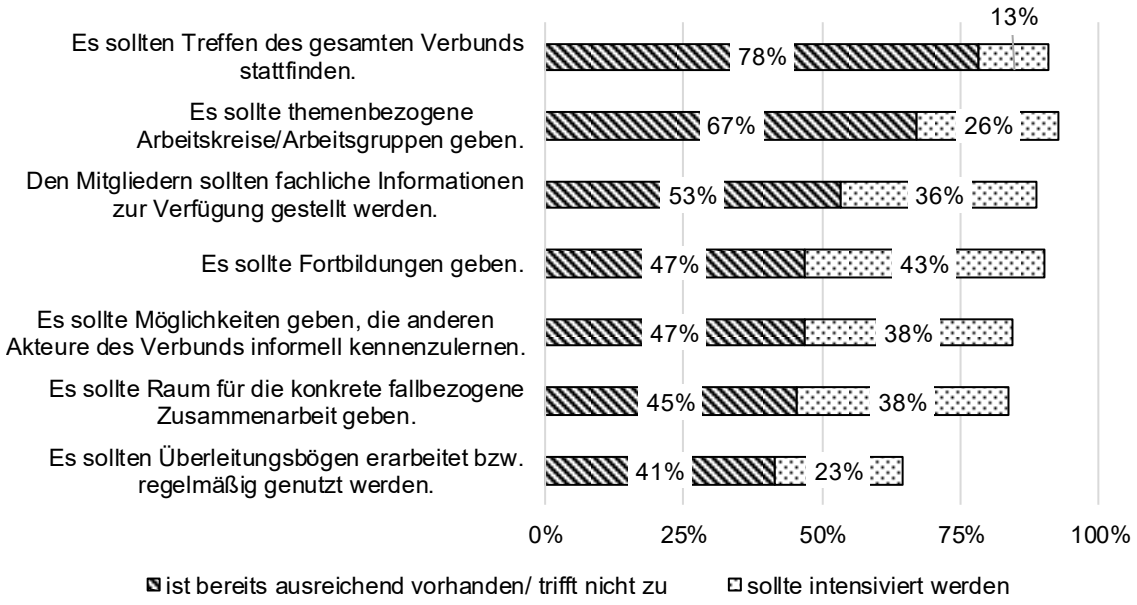
Abbildung 7-4: Gründe für die Passivität des Mitglieds, Mehrfachangaben möglich



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Die Anteile beziehen sich auf alle Verbundmitglieder, die sich als „eher passiv“ oder „sehr passiv“ einschätzen.

Mit Blick auf die Zukunft sehen die Verbundmitglieder einige Optionen, wie die Zusammenarbeit in ihrem Verbund noch besser gelingen könnte (*Abbildung* 7-5). Dabei geben die befragten Verbundmitglieder mit 43 Prozent am häufigsten an, dass es ihrer Meinung nach mehr Fortbildungen geben sollte. Ähnlich häufig wird der Wunsch nach mehr Möglichkeiten geäußert, andere Mitglieder informell kennenzulernen sowie der konkreten fallbezogenen Zusammenarbeit mehr Raum einzugestehen (jeweils 38 Prozent). 36 Prozent der Mitglieder würden es begrüßen, wenn sie fachliche Informationen zur Verfügung gestellt bekämen.

Abbildung 7-5: Einschätzung der Verbundmitglieder zur Weiterentwicklung der Arbeitsweisen für eine bessere Zusammenarbeit im Verbund



Quelle: Befragung der Verbundmitglieder. Fehlende Werte zu 100%: „keine Antwort".

7.3 Fazit

Insgesamt weisen die aktuell rund 60 verschiedenen Arbeitsgruppen mit einem breiten Spektrum an Themen darauf hin, dass die überwiegend pflegerische Verbundzusammensetzung nicht zu einer pflegelastigen Themenauswahl führt. Sind mehr als die Hälfte der befragten Verbundmitglieder eines Verbundes regelmäßig in Arbeitsgruppen aktiv, so zeigt sich insbesondere in den stärker formal aufgestellten Verbünden eine besonders aktive Beteiligung.

Die Beteiligungsmöglichkeiten wirken sich auf den wahrgenommenen Mehrwert der Arbeitsgremien bei den Verbundmitgliedern aus. Insbesondere wenn regelmäßige spezifische Beteiligungsmöglichkeiten angeboten werden, wird ein hoher Mehrwert in zentral organisierten Arbeitsgruppen, Fortbildungen und in formellen Einzelfallbesprechungen gesehen. Das Format Arbeitsgruppe ist jedoch kein Selbstläufer. Angesichts der gewünschten heterogenen Zusammensetzung der Verbundmitglieder betonen die Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren den Sinn vielfältiger Formate. Sie teilen nahezu alle die Erfahrung, dass Verbundpartnerinnen und -partner auf Dauer das Interesse an Arbeitsgruppen verlieren, wenn immer die gleiche Gruppenzusammensetzung besteht und sich die Verbundmitglieder somit weniger Neues zu berichten haben als bei neuen bzw. wechselnden Gruppenkonstellationen.

Alternativ zeigen sich gute Erfahrungen mit ergebnisorientierten Projektgruppen, die sich aus den Interessen der Mitglieder herausbilden und zielgerichtet zu neuen Zusammensetzungen der Teilnehmenden führen. Solche thematisch fokussierten und zeitlich begrenzten Arbeitsgremien scheinen sowohl den Ressourcen der Bezirksämter, die in vielfältige Kooperationen eingebunden sind, als auch den Personalressourcen der Verbundmitglieder, die oft mit einem Fachkräftemangel kämpfen, gerechter werden zu können.

In der Ergebnisorientierung offenbart sich auch ein besonderes Potenzial zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, konkretisiert in der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen, in der Fallarbeit und in der Entwicklung von Instrumenten zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Neun der 14 Verbünde weisen sektorenübergreifende Ansätze auf, die jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Fallbesprechungen werden, aufgrund des vornehmlich informellen Austausches zwischen den Verbundmitgliedern, von den Koordinatorinnen und Koordinatoren mehrfach als nicht mehr notwendig erachtet und nur selten in organisierter Form angeboten. Jedoch verweist die Tatsache, dass nahezu 40 Prozent der Verbundmitglieder mehr Raum für die fallbezogene Zusammenarbeit für wichtig halten, auch darauf, dass informelle Fallbesprechungen nicht ausreichen und andere Formate gefragt sind. Beispiele für erfolgreich etablierte Überleitungsprozesse und ein Überleitungsmanagement zeigen zudem, dass insbesondere eine konkrete Fokussierung auf die jeweilige Schnittstelle und die Einbindung der relevanten Akteurinnen und Akteure von Bedeutung für die Nutzbarkeit der Instrumente sind.

Als bedeutsam für die Beteiligung der Akteurinnen und Akteure aus den unterschiedlichen Sektoren zeigen sich insbesondere deren unterschiedliche Netzwerkverständnisse und Vernetzungsbedarfe. Während sich im Bereich der Pflege eine gegenseitige Stärkung und ein stetiger Fachaustausch etabliert hat, stellen Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitsbereich das pragmatische Interesse am Wohl der Klientinnen und Klienten als zentrales Vernetzungsmotiv heraus. Letztere begreifen ein Netzwerk daher vornehmlich als eine Möglichkeit der Vertrauensbildung zu Anbietenden von anderen Versorgungsleistungen.

8 Zusammenarbeit von Bezirksämtern und Verbünden

Dieses Kapitel widmet sich der letzten Analysekategorie, der Bezirksamtsbeteiligung. Zunächst findet dabei eine Bestandsaufnahme der Aktivität bzw. Passivität sowie des Formalisierungsgrads der Mitgliedschaft der Ämter in der Verbundarbeit statt. Auch werden die konkreten Formen der Mitwirkung der Bezirksämter dargestellt. Daraufhin werden jeweils Gründe für deren starke oder schwache Beteiligung ermittelt, bevor der idealerweise erwartete und der tatsächlich wahrgenommene Nutzen der Verbundarbeit diskutiert sowie Entwicklungsmöglichkeiten aus Sicht der Bezirksämter aufgezeigt werden.

Kapitel 8 in Kürze

- Eine formale Mitgliedschaft der Bezirksämter in den Verbünden ist nicht ausschlaggebend für die Intensität der gemeinsamen Zusammenarbeit.
- Ausschlaggebend zeigen sich Rahmenbedingungen innerhalb der Bezirksämter und in der Gestaltung der Verbünde. Unterschiedlich verteilte Zuständigkeiten für die Zusammenarbeit innerhalb der Bezirksämter resultieren in unterschiedlichen Wissensständen über die Verbünde. In den Bezirksämtern ist mehrheitlich die Installation eines festen Stellenanteils für die Kooperation mit dem Verbund vorstellbar.
- Die aktive Mitwirkung an der Verbundarbeit beschränkt sich in der Mehrheit auf die Teilnahme an Verbundkonferenzen. Eine regelmäßige Beteiligung an den Arbeitstreffen und Arbeitsgruppen erfolgt nur aus drei Bezirksämtern heraus von jeweils einer Akteurin oder einem Akteur.
- Hürden für eine aktive Beteiligung sind personelle Engpässe in den Bezirksämtern, das bestehende Engagement der bezirksamtlichen Akteurinnen und Akteure in anderen Kooperationsstrukturen und dass nicht klar genug sei, was seitens des Bezirksamtes vom Verbund erwartet wird und wie eine Mitarbeit konkret aussehen könnte.
- Ein weiteres Hemmnis ist eine bisher eher verhaltene Wahrnehmung des Nutzens der Verbünde für die eigenen Aufgabenbereiche der bezirksamtlichen Akteurinnen und Akteure. Entsprechend wird eine offensivere Informationspolitik seitens der Verbünde gewünscht.
- Aus der Sicht der Bezirksämter ist es wichtig, dass der Verbund eine offizielle Geschäftsstelle, einen verbindlichen Kooperationsvertrag für die Verbundmitglieder, eine eigenständige Homepage und hauptamtliche Koordinatorinnen und

Koordinatoren besitzt. Viele wünschen sich den Abschluss von Leistungsvereinbarungen zwischen Verbund, Bezirksämtern und Senatsverwaltung.
- Unterstützung für die Verbundarbeit findet aktuell nur in geringem Ausmaß statt. Vorstellbar sind für die Akteurinnen und Akteure vor allem Hilfestellungen bei der Beantragung von Projektgeldern.

8.1 Bestandsaufnahme

Die Arbeit der Verbünde in den Berliner Bezirken erfolgt angesichts der Zusammenarbeit mit den jeweiligen Bezirksämtern unter unterschiedlichen Voraussetzungen. In neun der befragten 13 Verbünde sind die Bezirksämter formales Verbundmitglied. Im Gegensatz dazu wurde in fünf Verbünden eine ursprünglich formale Mitgliedschaft des Bezirksamts in eine informelle Mitgliedschaft umgewandelt oder eine formale Mitgliedschaft wird als nicht möglich angegeben. Ausschlaggebend dafür waren die Konstituierung des GGV als Verein, die mit einer finanziellen Zuwendung verbunden wäre, oder Zeit- bzw. Personalmangel im Bezirksamt.

Die Qualität der realen Zusammenarbeit zwischen Bezirksamt und Verbund ist in der Praxis jedoch unabhängig von der formalen Mitgliedschaft des Bezirksamtes. Die Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren heben bezüglich der wahrnehmbaren Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt insbesondere bilaterale persönliche Beziehungen zu einzelnen Akteurinnen und Akteuren der Bezirksämter und deren individuelles Interesse an verschiedenen Themen hervor.

Eine objektivierte Sicht auf den aktuellen Beteiligungsgrad bietet ein Vergleich der Wahrnehmung von Verbundkoordinatorinnen und -koordinatoren mit der Selbstwahrnehmung der Akteurinnen und Akteure in den Bezirksämtern (Tabelle 8-1). Hier zeigt sich, dass in sechs Verbünden das Bezirksamt ein formales Verbundmitglied ist und sowohl von den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren als auch in der Selbstwahrnehmung als aktiv beschrieben wird. Ebenfalls aus beiden Perspektiven aktiv wahrgenommen werden zwei Bezirksämter, die kein formales Mitglied sind. In einem Fall besteht jedoch eine Ehrenmitgliedschaft im Verein. Zu guter Letzt ist das Bezirksamt in drei Verbünden zwar ein formales Verbundmitglied, wird aber dennoch entweder aus der Sicht der Verbundverantwortlichen oder aus der Selbstwahrnehmung heraus als eher passiv bezeichnet.

Tabelle 8-1: Formale und informale Bezirksamtsbeteiligung an der Verbundarbeit

Verbund	Selbstwahrnehmung Bezirksamt	Wahrnehmung der Verbundverantwortlichen	Formale Mitgliedschaft	Typ der Bezirksamtsbeteiligung
QVNIA Pankow	eher aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
VB Altenhilfe/Gerontopsychiatrie Steglitz-Zehlendorf	sehr aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
GGV Schöneberg	sehr aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
GGV Marzahn-Hellersdorf	sehr aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
GGV Mitte	eher aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
AG Altenhilfe Reinickendorf	eher aktiv	aktiv	x	aktiv wahrgenommen und Verbundmitglied
NW Märkisches Viertel	eher aktiv	aktiv	-	aktiv wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GGV Treptow-Köpenick	eher aktiv	aktiv	-	aktiv wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GGV Charlottenburg-Wilmersdorf	eher aktiv	passiv	-	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GPV Spandau	Keine Antwort	passiv	x	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GPGV Tempelhof	eher passiv	aktiv	x	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GGV Lichtenberg	sehr aktiv	passiv	-	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GGV Friedrichshain-Kreuzberg	eher aktiv	passiv	-	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft
GGV Neukölln	eher passiv	passiv	x	passiv oder uneinheitlich wahrgenommen, unabhängig von der Mitgliedschaft

Quelle: Interviews mit den Verbundkoordinatorinnen und Koordinatoren der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde

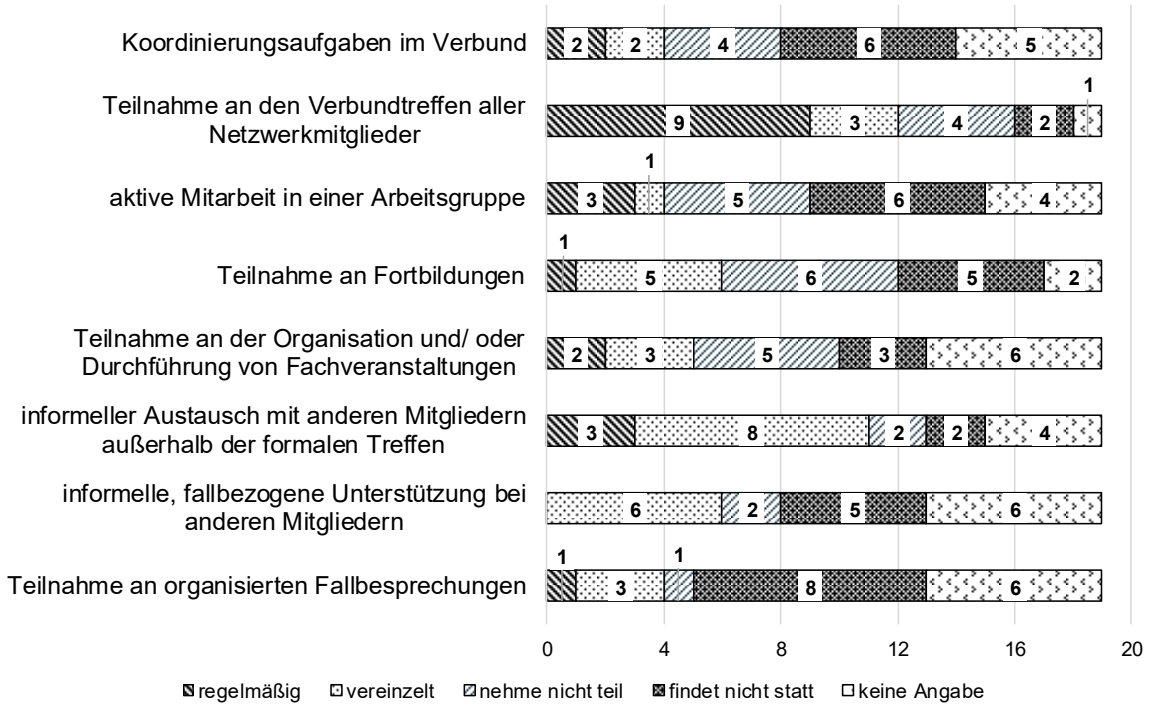
Die Ergebnisse der Befragung der Bezirksämter lassen vermuten, dass tendenziell häufiger eine Zusammenarbeit zwischen Bezirk und Verbund aus dem Gesundheitsamt heraus erfolgt, als aus dem Amt für Soziales. 14 von den 21 Antworten der Befragung stammen von Akteurinnen und Akteuren aus dem Gesundheitsamt. Aus dem Amt für Soziales liegen hingegen nur sieben Antworten vor.[19] In einem Bezirk ist die Wirtschaftsförderung befragt worden.

Zwei Fach- und Sachbereiche treten bei der Zusammenarbeit mit den Verbünden besonders hervor, wenn auch mit unterschiedlicher Relevanz in der Praxis. So sind die Antwortenden am häufigsten in der Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPK) oder in den Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung und dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) tätig. Von den acht Akteurinnen und Akteuren aus dem QPK und den Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit nehmen sechs ihre Verbundarbeit als sehr und eher aktiv wahr. Demgegenüber bezeichnen sich sechs der neun Mitarbeitenden aus den Beratungsstellen als eher passiv oder sehr passiv oder geben keine aktuelle Zusammenarbeit an.

Ein Blick auf die konkrete Form der Mitwirkung (*Abbildung* 8-1) zeigt, dass die Beteiligten aus den Bezirksämtern am häufigsten regelmäßig an den Verbundtreffen der Netzwerkmitglieder teilnehmen. Dies wird von neun Befragten aus den elf beteiligten Bezirksämtern bestätigt. Eine regelmäßige Beteiligung an den Arbeitstreffen und Arbeitsgruppen erfolgt nur aus drei Bezirksämtern heraus und dort von jeweils nur einer Akteurin oder einem Akteur. Sechs Befragte aus fünf Bezirksämtern geben demgegenüber an, dass es keine solchen Arbeitsgruppen gibt. Auch Fallbesprechungen sind kein Aktionsfeld der Bezirksämter. Nur dreimal wird seitens der Ämter für Soziales eine vereinzelte Beteiligung angegeben. Auch Befragte aus den Gesundheitsämtern geben häufiger an, dass es keine Fallbesprechungen gibt (sechs der 14 Antwortenden). Auf der informellen Ebene erfolgt ein vereinzelter fallbezogener Austausch durch jeweils knapp ein Drittel der Befragten aus beiden Ämtern. Einen vereinzelten informellen Austausch mit anderen Mitgliedern des Verbundes geben mit vier von sieben Befragten anteilig mehr Mitarbeitende aus dem Amt für Soziales an.

[19] Insgesamt haben 21 Akteurinnen und Akteure aus elf Bezirksämtern geantwortet.

Abbildung 8-1: Konkrete Formen der Mitwirkung der Bezirksämter an der Verbundarbeit

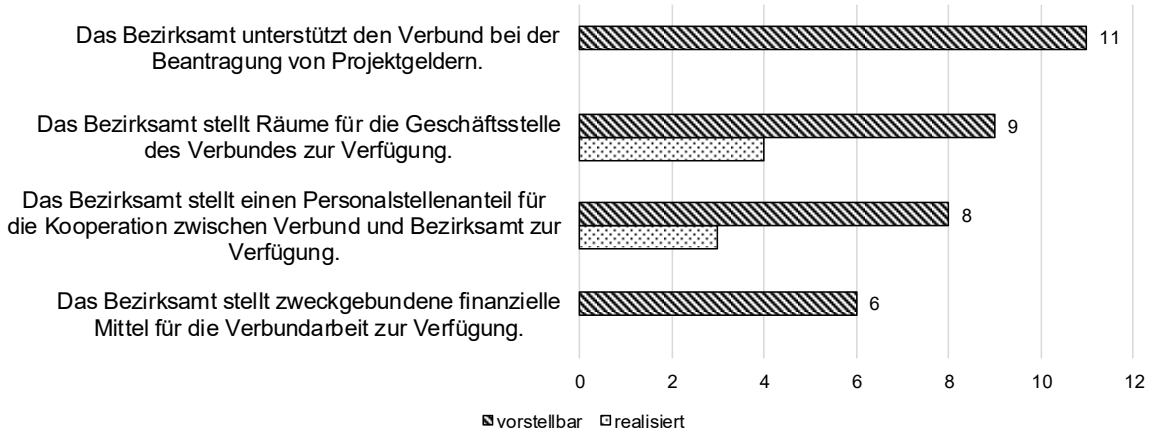


Quelle: Befragung der Bezirksämter. Gesamtzahl der Antworten 19, da in zwei Bezirksämtern aktuell keine Zusammenarbeit angegeben wird.

Unterstützung für die Verbundarbeit findet aktuell nur in geringem Ausmaß statt (*Abbildung* 8-2). Vorstellbar sind für die Akteurinnen und Akteure vor allem Hilfestellungen bei der Beantragung von Projektgeldern. Dies wird von drei Befragten bisher auch schon als realisiert bezeichnet. Etwas seltener sind die Befragten davon überzeugt, dass das Bezirksamt Räume für die Geschäftsstelle der Verbünde zur Verfügung stellen kann und dass ein Personalstellenanteil für die Kooperation zwischen Verbund und Bezirksamt freigestellt wird. Jedoch geben immerhin sechs Befragte an, dass ihr Amt dem Verbund zeitweise Arbeitsräume zur Verfügung stellt. Regelmäßig erfolgt dies allerdings nur in zwei Fällen.

Einen Personalstellenanteil im Bezirksamt für die Kooperation mit dem Verbund hat die Fokusgruppe als wichtige organisatorische Voraussetzung für eine kontinuierliche Zusammenarbeit herausgestellt. Acht der Befragten aus den Bezirksämtern können sich diese Unterstützungsform in ihrem Amt vorstellen. Vier Befragte geben dies als schon realisiert an. Zweckgebundene finanzielle Mittel für die Verbundarbeit können sich die Befragten am seltensten vorstellen und werden bisher nicht umgesetzt.

Abbildung 8-2: Vorstellbare und realisierte Unterstützungsformen der Bezirksämter für die Verbundarbeit



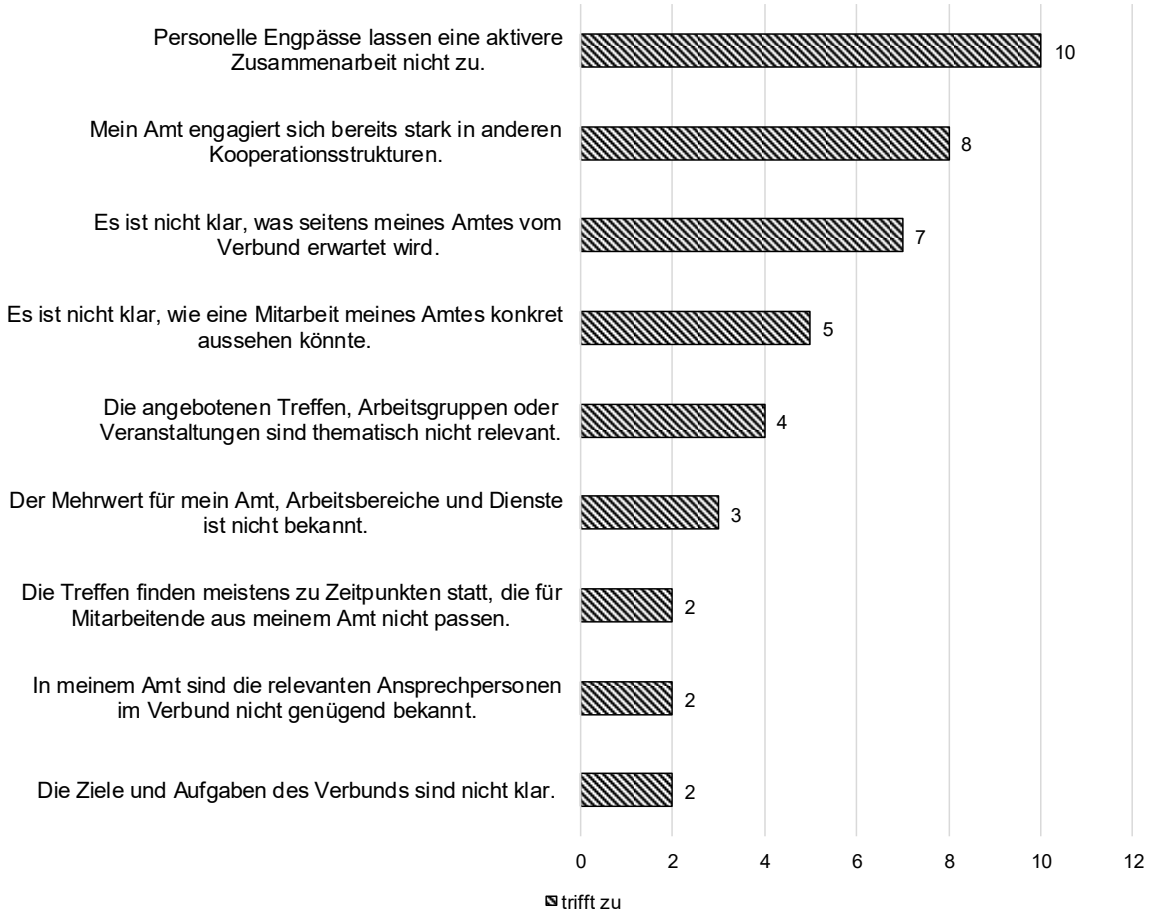
Quelle: Befragung der Bezirksämter.

Gefragt nach weiteren Ideen für die Unterstützung der Verbundarbeit verweisen die Befragten auf eine bessere personelle Ausstattung der Fachdienste und der Leistungsstellen, die in den Bezirksämtern für eine aktivere Mitarbeit in den Verbünden sorgen könnte. Ein weiterer Hinweis bezieht sich auf die auch schon in den Fokusgruppen herausgearbeitete Notwendigkeit einer eindeutigen und gemeinsamen Aufgabenstellung, die den Austausch mit den Verbünden inhaltlich, fachlich und strukturell befördern könnte.

8.2 Bewertungen

Eine ganze Reihe von Faktoren werden als Hürden für eine aktive Beteiligung an der Verbundarbeit genannt (*Abbildung* 8-3). An erster Stelle stehen personelle Engpässe in den Bezirksämtern. Ein weiterer Aspekt ist das bestehende Engagement der bezirksamtlichen Akteurinnen und Akteure in anderen Kooperationsstrukturen**.** Ein dritter Grund ist nicht im Bezirksamt selbst verankert, sondern beruht auf der Kommunikation zwischen Verbund und Bezirksamt. Demzufolge ist den Befragten nicht klar genug, was seitens des Bezirksamtes vom Verbund erwartet wird und wie eine Mitarbeit konkret aussehen könnte. Weiterhin geben einige wenige Befragte als Grund für die geringe Aktivität an, dass angebotene Arbeitsgruppen thematisch nicht relevant sind und dass ihnen der Mehrwert der Verbundarbeit für ihren Arbeits- und Dienstbereich nicht bekannt ist.

Abbildung 8-3: Begründungen für eine geringe Aktivität der Bezirksämter in der Verbundarbeit



Quelle: Befragung der Bezirksämter.

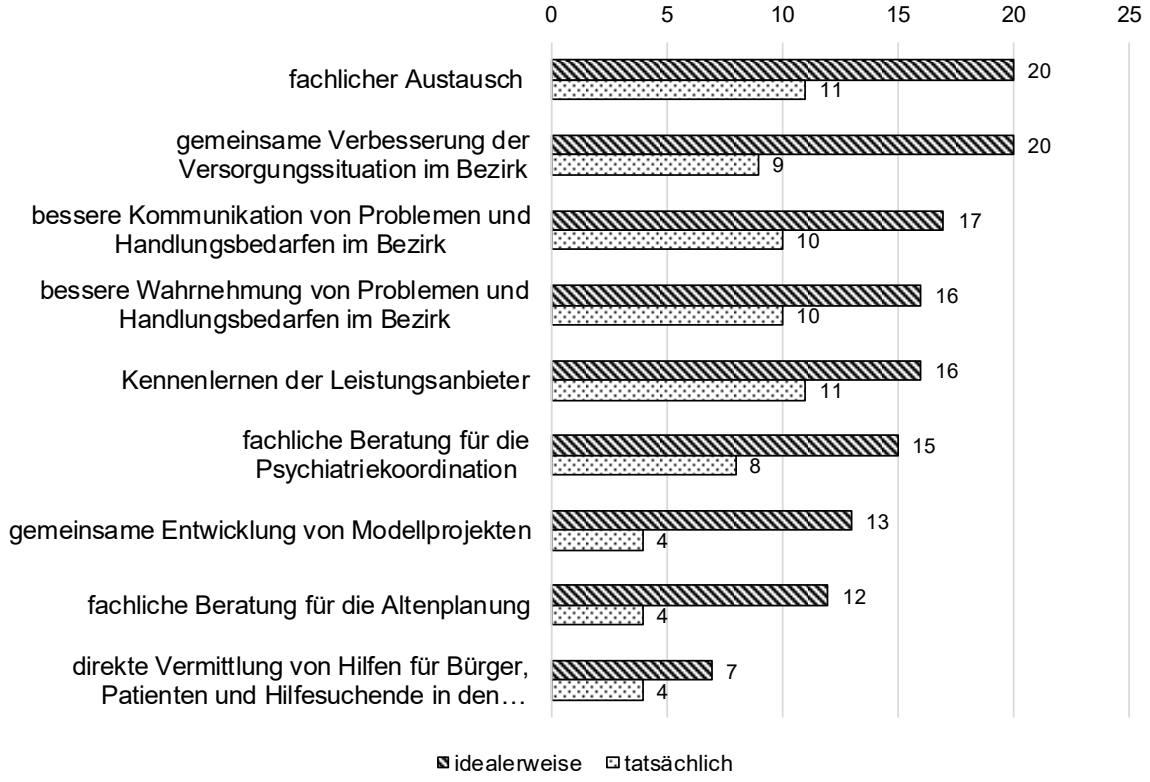
Die Zahl der Befragten aus den Bezirksämtern, die angibt, dass ihre Inaktivität aus einem nicht bekannten Mehrwert der Verbundarbeit für ihren eigenen Verantwortungsbereich resultiert, erscheint auf den ersten Blick relativ gering. Nichtsdestotrotz wird der Nutzen der Verbundarbeit in den Bezirksämtern insgesamt sehr ambivalent wahrgenommen, wie folgende Auswertungen zeigen (*Abbildung* 8-4). Ganz allgemein erwartet die Hälfte der Befragten aus den Bezirken einen eher hohen Nutzen aus der regelmäßigen Zusammenarbeit mit den Verbünden, rund ein Drittel gar einen sehr hohen Nutzen.

Abgesehen davon schwankt der idealerweise erwartete Nutzen sehr stark zwischen den verschiedenen Möglichkeiten der Verbundarbeit. Fast übereinstimmend können sich alle Bezirksämter einen Nutzen in Form einer gemeinsamen Verbesserung der bezirklichen Versorgungssituation und durch einen fachlichen Austausch vorstellen. An zweiter Stelle steht die bessere Kommunikation und Wahrnehmung von Problemen und Handlungsbedarfen im Bezirk. Die Möglichkeiten zur fachlichen Beratung für die Psychiatriekoordination nehmen knapp 80 Prozent der Antwortenden

aus dem Gesundheitsamt und etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeitenden aus den Ämtern für Soziales positiv wahr.

Zwischen dem vorstellbaren und dem tatsächlich wahrgenommenen Nutzen tut sich in den Bezirksämtern noch eine erkennbare Lücke auf. Der durchaus für alles vorstellbare Nutzen einer gemeinsamen Verbesserung der bezirklichen Versorgungssituation wird nur von knapp der Hälfte der Befragten in den Bezirksämtern als schon realisierte Wirkung der Verbundarbeit bestätigt. Diese Wirkung wird mit vier von sieben Befragten anteilig etwas häufiger aus den Sozialämtern wahrgenommen als in den Gesundheitsämtern. Auch bewerten Befragte aus den Ämtern für Soziales den tatsächlich wahrnehmbaren Nutzen einer besseren Kommunikation von Problemen und Handlungsbedarfen im Bezirk und durch den fachlichen Austausch miteinander besser. Hierzu stechen bei den Antwortenden aus den Gesundheitsämtern mehrheitlich keine Angaben hervor. Im Zusammenhang mit dem erwartbaren und dem real wahrgenommenen Nutzen ist die Bewertung von besonders wichtigen Akteurinnen und Akteuren in den Verbünden zu sehen. Insgesamt ist den Bezirksämtern eine Zusammensetzung der Verbünde mit Mitgliedern aus allen Leistungsbereichen wichtig.

Abbildung 8-4: Idealerweise erwarteter und tatsächlich wahrgenommener Nutzen der Verbundarbeit in den Bezirksämtern



Quelle: Befragung der Bezirksämter.

Differenzierte Erkenntnisse zur Art der Zusammenarbeit mit den Bezirksämtern lassen sich aus der gleichnamigen Fokusgruppe gewinnen. So wurde dort festgestellt, dass die Zusammenarbeit einerseits zwar teilweise über feste Gremien der Verbünde und Arbeitsgremien des Bezirksamtes, wie Runde Tische, Beiräte oder auch über bezirkliche Projekte (z. B. Schutzräume für Menschen mit Demenz) läuft. Zu einem größeren Teil erfolgt diese aber eher sporadisch und unregelmäßiger.

Zudem wird die Beteiligung der Bezirksämter aus deren Sicht als willkürlich und abhängig von personellen Ressourcen dargestellt. Ebenso sehen die Teilnehmenden der Fokusgruppen die Bereitschaft zur Zusammenarbeit abhängig von der bezirksinternen Priorisierung der Verbundthemen. Daher kann sich die Präsenz oder das Fehlen einzelner Leistungsanbieter in den Verbünden gegebenenfalls auch auf den wahrgenommenen Nutzen oder das Interesse an der Verbundarbeit in den verschiedenen Sachbereichen der Bezirksämter niederschlagen.

Aus den Rückmeldungen der Befragten lässt sich eine Rangfolge erstellen, welche Leistungsanbieter seitens der Bezirksämter als besonders wichtige Verbundpartner bewertet werden:

- Mit großer Übereinstimmung stehen dabei die Beratungsangebote (Pflegestützpunkte) an der Spitze.
- An zweiter Stelle folgen Betreuungseinrichtungen und Betreuungsdienste sowie Krankenhäuser.
- Als drittwichtigsten Akteur sehen sich die Bezirksämter selbst.
- An letzter Stelle finden sich Anbieter von ambulanten Wohnformen, Mobilitätsdienste und ambulante Fachärztinnen und -ärzte.

Entsprechend ihrer fachlichen Aufgaben zeigt sich die Bewertung der Wichtigkeit bestimmter Leistungsanbieter unterschiedlich zwischen den Gesundheitsämtern und den Ämtern für Soziales. So bewerten die Akteurinnen und Akteure aus den Gesundheitsämtern ausnahmslos die Krankenhäuser als sehr wichtigen bzw. wichtigen Akteur, während dies in den Ämtern für Soziales auf die stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen zutrifft. Kein Unterschied zeigt sich hingegen in der Bewertung der Pflegestützpunkte, die ausnahmslos von allen Befragten als wichtig bzw. sehr wichtig wahrgenommen werden.

Die organisatorische Gestaltung der Verbünde stellt sich aus Sicht der Bezirksämter als wesentliche Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Verbünden dar. Daher werden

in der Befragung vier organisatorische Merkmale häufiger als sehr wichtig erachtet:

- Eine offizielle Geschäftsstelle des Verbundes (13 Befragte). Drei Bezirke besitzen eine solche.

- Ein verbindlicher Kooperationsvertrag für die Verbundmitglieder (12 Befragte). Dieser liegt ebenfalls in drei Bezirksämtern vor.

- Eine eigenständige Homepage des Verbundes (11 Befragte). Auch diese ist in drei Bezirken vorhanden, in acht weiteren Bezirken befindet sich eine Homepage in Planung.

- Hauptamtliche Koordinatorinnen und Koordinatoren (11 Befragte). Dieses Merkmal ist ebenfalls in drei Bezirken existent.

Sowohl die Wichtigkeit als auch die Erfüllung dieser organisatorischen Merkmale werden jedoch nicht einheitlich bewertet. Neben den Bezirken, die diese Merkmale für wichtig erachten, gibt es auch jeweils zwei bis vier Bezirksämter, in denen diesen Merkmalen eine geringere Bedeutung zugesprochen wird. Auch innerhalb der einzelnen Bezirksämter gibt es unterschiedliche Bewertungen von verschiedenen Akteurinnen und Akteuren. Aus vier Bezirksämtern gibt es keine Aussagen zu dieser Fragestellung.

Ambivalent stellt sich die Bewertung einer verbindlichen Geschäftsform für die Verbünde seitens der Bezirksämter dar. Aus zwei Bezirksämtern wird diese Voraussetzung als erfüllt bewertet, sechs Bezirksämter geben an, dass diese eingerichtet werden sollte und zwei Bezirksämter halten sie nicht für notwendig. Demgegenüber benennen jedoch elf Befragte eine klare Geschäftsform als wichtige Entwicklung der Verbünde zugunsten einer besseren Zusammenarbeit zwischen Bezirksamt und Verbund.

Die Bezirksamtsmitarbeitenden, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben, bewerten die Gesellschaftsform der Verbünde wiederum als wichtige Voraussetzung für die Erschließung weiterer Ressourcen für die Zusammenarbeit und Vertrauensbildung. Bezirksämter, die an der Fokusgruppe teilnahmen, äußerten Bedenken hinsichtlich einer unverbindlichen Arbeit der Verbünde im Bezirk. Nur durch eine Anbindung an die Bezirksämter könnten die bedeutenden Vorteile der Verbundarbeit im Sinne einer zukunftsgerichteten Planung erschlossen werden. Eine Geschäftsform wie z. B. ein eingetragener Verein ermöglicht eine Regelfinanzierung von festen Koordinatorinnen- und Koordinatorenstellen und kann mit inhaltlichen Zielvereinbarungen zwischen Verbund, Bezirksamt und Senat gekoppelt werden. Solche vertraglichen Grundlagen können aus Sicht der Bezirksämter gewährleisten, dass die Verbundarbeit – über eine Lobbytätigkeit für Verbundpartnerinnen und -partner hinausgehend – auf übergeordnete Ziele ausgerichtet ist.

Dementsprechend besteht der Wunsch nach Leistungsvereinbarungen. Elf Befragte aus sieben Bezirksämtern, insbesondere den Gesundheitsämtern, würden den Abschluss eines solchen Dokuments zwischen Verbund, Bezirksämtern und Senatsverwaltung stark begrüßen. Seitens der Teilnehmenden der Fokusgruppe wird die geplante verbindliche Einführung der Altenhilfekoordination in allen Bezirken als bezirksinterne Verankerung der Verbundmitarbeit wahrgenommen.

Neben den aufgezeigten organisatorischen Voraussetzungen für eine bessere Zusammenarbeit zwischen den Verbünden und den Bezirksämtern zeichnen sich aus Sicht der Bezirksämter zwei weitere inhaltliche Entwicklungsbereiche für die Verbünde ab:

- Als besonders wichtig und zu intensivieren wird die Bekanntmachung der Aktivitäten der Verbünde herausgestellt (17 Befragte). Dies steht in einem engen Zusammenhang mit der Aussage von 14 Befragten, dass regelmäßige Informationen an das Bezirksamt, z. B. in Form eines Newsletters oder Berichtes, übermitteln sollte (14 Befragte).

- Ein weiterer Entwicklungsbereich besteh in der fachlichen Entwicklung der Verbünde. Hier sehen 15 Befragte Fortbildungen für die Verbundmitglieder und 14 Befragte themenbezogene Arbeitskreise als vielversprechende Gestaltungsbereiche an. Allerdings geben zehn Befragte auch an, dass Arbeitskreise bereits in genügendem Maße vorhanden sind.

8.3 Fazit

Seitens der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde wird die hohe wechselseitige Bedeutung einer Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt herausgestellt. Die öffentlich erkennbare Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt stärkt die Verbünde, signalisiert ihre politische Bedeutung und erkennt sie als wichtige und feste Größe im bezirklichen Engagement für ältere Menschen an. Umgekehrt formulieren einige Verbünde ihre ausdrückliche Bereitschaft an der bezirklichen Altenplanung mitzuwirken oder sind schon jetzt daran beteiligt. Eine Grundlage für die Mitwirkung bieten die formulierten strukturbezogenen Ziele auf Bezirksebene und die prozessbezogenen Ziele auf Ebene der Leistungsanbieter.

Unabhängig von der jeweiligen formalen Mitgliedschaft der Bezirksämter in den Verbünden unterscheidet sich die Beständigkeit und Intensität der Zusammenarbeit zwischen den Bezirksämtern und den Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden. So lässt sich über die Kooperation mit den Bezirksämtern kaum ein einheitliches Bild zeichnen, da hier viele subjektive Sichten und einzelne Meinungen vertreten sind.

Ausschlaggebend für diese uneinheitliche Entwicklung scheinen drei Faktoren zu sein:

- der potenzielle und realisierte Mehrwert und Nutzen, den die Bezirksämter durch die Verbundarbeit und die Zusammenarbeit mit dem Verbund bisher wahrnehmen,

- die formale Gestaltung der Verbünde und das daran geknüpfte Vertrauen der Bezirksämter in die Verbindlichkeit der Verbundarbeit, sowie

- die Organisation der Zusammenarbeit mit den Verbünden innerhalb der Bezirksämter.

Aktuell lassen sich drei unterschiedliche Muster bezüglich der Wahrnehmung des potenziellen und realisierten Mehrwertes und Nutzen durch die Verbundarbeit in den Berliner Bezirksämtern unterscheiden:

1. Bezirksämter, in denen Beratungsleistungen des Verbundes für die Altenhilfeplanung entweder bereits realisiert werden oder in denen diese Unterstützung aufgrund des real erfahrenen Nutzens des Verbundes für die Altenhilfeplanung oder einer generell wahrgenommenen Wirksamkeit des Verbundes vorstellbar ist. Die betreffenden Bezirksämter gehen insgesamt von einem hohen Mehrwert durch die Zusammenarbeit mit dem Verbund aus.

2. Bezirksämter, in denen Beratungsleistungen des Verbundes für die bezirkliche Altenplanung grundsätzlich vorstellbar sind, jedoch eine Wirksamkeit der Verbundarbeit im Bezirksamt bisher noch nicht wahrgenommen wird.

3. Bezirksämter, die sich eine Beratungsleistung des Verbundes für die Altenplanung (bisher noch) nicht vorstellen können, oder in denen diese Frage in den Ämtern für Soziales und Gesundheit unterschiedlich bewertet wird. Ebenso wird hier die Wirkung der Verbundarbeit im Bezirk unterschiedlich – aber übereinstimmend in geringerem Umfang – wahrgenommen.

Die früheren und aktuellen positiven Erfahrungen einer wirksamen Verbundarbeit scheinen auch das Vertrauen der Bezirksämter in das Potenzial der Verbünde zu stärken. Ein wichtiger Faktor, der das Vertrauen in eine gute Zusammenarbeit zwischen den Verbünden und den Bezirksämtern aus Sicht Letzterer noch weiter stärken würde, ist der Formalisierungsgrad der Verbünde. Eine offizielle Geschäftsstelle und eine hauptamtliche Koordination sind aus der Sicht von mehr als sieben Bezirksämtern wichtige Voraussetzungen, um die Verbünde enger an die Bezirksämter anzubinden und mit ihnen gemeinsam an bezirklichen Zielsetzungen zu

arbeiten. Fast genauso wichtig ist für die Bezirksämter ein konkreter Kooperationsvertrag für die Verbundmitglieder, da sie darin die Gewährleistung einer verbindlichen, der bezirklichen Entwicklung dienenden, Verbundarbeit sehen.

Aus Perspektive der Bezirksämter werden diese formalen Anforderungen nur von wenigen Verbünden erfüllt. Hier ist jedoch teilweise von Informationslücken der Befragten in den Bezirksämtern auszugehen. So verfügen in der Realität beispielsweise deutlich mehr Verbünde über eine Kooperationsvereinbarung, als unter den Befragten bekannt.

Darüber hinaus kann an dieser Stelle nicht ausreichend zwischen der angenommenen und realen Wirkung eines hohen Formalisierungsgrads differenziert werden. So gehören zu den sechs Verbünden, denen seitens der Bezirksämter eine hohe Wirksamkeit bescheinigt wird, sowohl die drei Vereine mit einem hohen Formalisierungsgrad, als auch mehrere als informell, unstrukturiert typisierte Verbünde.

Das unterschiedlich ausgeprägte Wissen über die Arbeit und den Nutzen der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde ist auf eine unkoordinierte Zusammenarbeit in den meisten der Berliner Bezirksämter zurückzuführen. Eine passgenaue Nutzengenerierung durch den Verbund erscheint derzeit in einigen Bezirken kaum möglich, da sich zwischen den Bereichen Soziales und Gesundheit ein Sektorendenken abzeichnet. In diesem Zusammenhang erscheint der vielfach geäußerte Wunsch der Bezirksämter nach regelmäßigen Arbeitsberichten der Verbünde und nach einer eigenen Homepage, über die Projekte und Maßnahmenbekannt gemacht werden können, als sehr relevant.

9 Verbundarbeit in der Altenhilfe und der gerontopsychiatrisch-geriatrischen Versorgung – Ziele und Praxen aus dem Stand der Forschung

Eine bessere Kooperation und Koordination durch vernetzte Strukturen für die Versorgung älterer Menschen ist von besonderer Relevanz und Dringlichkeit. Vor allem aufgrund des steigenden Anteils an Demenzerkrankungen sind Anpassungen im Bereich der Altenhilfe und Geriatrie dringend erforderlich. Ursächlich für diesen Anstieg ist insbesondere die immer höhere Lebenserwartung, denn das Risiko, von Demenz betroffen zu sein, nimmt mit dem Alter zu. Während in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren nur etwa zwei Prozent an Demenz leiden, sind es in der Gruppe der 85- bis 89-Jährigen bereits rund ein Viertel. Mit über 90 Jahren beträgt die Erkrankungsrate sogar über 30 Prozent. Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Demenzpatientinnen und -patienten in Deutschland deutlich zunimmt. Je nach Datengrundlage und Szenario wird ein Anstieg von derzeit 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 bis 3,5 Millionen im Jahr 2050 prognostiziert.[20]

Im Zuge dieser schon länger andauernden Entwicklung hat sich in Deutschland schon Mitte der 1990er Jahre das Bewusstsein etabliert, dass neue gerontopsychiatrische Angebote benötigt werden.[21] Denn als sehr problematisch gestaltet sich die Versorgungssituation multimorbid erkrankter Personen mit vielfältigen funktionalen Einschränkungen, was auf Veränderungen in den Familienstrukturen, insbesondere den Wegfall von Unterstützungs- und Pflegepotenzialen, zurückzuführen ist. Um die größtmögliche Selbstständigkeit älterer und multimorbider Menschen im häuslichen Umfeld zu gewährleisten, müssen daher medizinische, pflegerische und beratende Leistungen auf der praktischen Ebene miteinander abgestimmt werden. Durch unterschiedliche gesetzliche Verordnungen (SGB V, SGB IX, SGB XI, BSHG usw.) und finanzielle Zuständigkeiten (GKV, Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Kommunen usw.), die eine Segmentation im Kosten und Leistungsbereich bedingen, entstehen zudem häufig Schnittstellenprobleme.[22]

Als zielführend im Hinblick auf die geschilderte Problematik wird nicht die Schaffung eines neuen gerontopsychiatrischen Versorgungssystems gesehen, sondern vielmehr der Gedanke einer

---

20 Vgl. Robert Koch-Institut (2015).

21 Vgl. Wächtler et al. (1998).

22 Vgl. BMFSFJ (2004).

Qualifizierung, Spezialisierung und Vernetzung der bestehenden Versorgungsangebote. Sehr früh manifestierte sich der Vernetzungsgedanke in der medizinisch-rehabilitativen und der psychosozialen Versorgung.[23] Anlass hierfür war die zunehmende Ausdifferenzierung und Spezialisierung des Angebots an Hilfen, Initiativen, Diensten und Dienstleistern im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen.[24]

Vergleichbare Vernetzungsbestrebungen finden sich auch an anderer Stelle, wie etwa in der sozialen Arbeit, in der ebenfalls kritisiert wird, dass trotz der großen Vielfalt an unterschiedlichen Hilfeträgern und Angeboten immer weniger Angebote auf die Lebenswelt der betroffenen Menschen ausgerichtet sind.[25]

Heutzutage herrscht gerade in der Gerontopsychiatrie die Ansicht vor, dass wohnortnahe Hilfen nur mit einer engen Verzahnung und einer vertraglich gesicherten Zusammenarbeit aller Hilfeleistungssysteme gesichert werden können. Der Grundsatz „stationär vor ambulant“ ließe sich nur umsetzen, wenn medizinisches, soziales, gesundheitsbezogenes und pflegerisches Handeln unter Einbindung des engen Bezugssystems der Betroffenen verknüpft sind.[26]

Um dem Leitbild „ambulant vor stationär“ gerecht werden zu können, müssen sich die Leistungsanbieterinnen und -anbieter der vernetzten Versorgung in der Praxis an einer Reihe von Prinzipien orientieren. Hierzu gehört eine individuelle Hilfebedarfsbestimmung ebenso wie ein Case Management, das nicht an spezifische Personenkreise und Krankheitsbilder orientiert ist, sonders sich offen für neue Formen der Kooperation zeigt. Außerdem sollten die Betreuungsangebote im Rahmen von leistungserbringer- und kostenträgerübergreifender Hilfen stattfinden und die Möglichkeit eröffnen, Selbsthilfegruppen (z. B. die Helferkreise der Alzheimer Gesellschaften) einzubeziehen. Außerdem von Relevanz ist die Wohnortnähe der Hilfen bzw. die kommunale Steuerung der Vernetzung. Als ein positiver Ansatz zeigt sich dabei die Etablierung sogenannter Dienstleistungszentren in Stadtvierteln und Gemeinden, wo ein integriertes Angebot der ambulanten und stationären Altenhilfe besteht.[27]

---

23 Vgl. Dietz (1999).

24 Vgl. Dietz (1999).

25 Vgl. Santen/Seckinger (2003).

26 Vgl. AG Psychiatrie der AOLG (2012).

27 Vgl. AG Psychiatrie der AOLG (2012), S. 40. Als Beispiel kann das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi.) angeführt werden. Für weitere Informationen diesbezüglich siehe http://www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/gerenetwi.html.

Vernetzte Versorgungsstrukturen entfalten jedoch ihre Attraktivität nicht zuletzt auch deshalb, weil sie auch den Leistungsanbieterinnen und -anbietern Vorteile eröffnen. Die systematische Kooperation und Vernetzung ermöglicht insbesondere Qualitätssteigerungen der angebotenen Leistungen bei gleichzeitig rationellerem Ressourceneinsatz. Sofern die Versorgungsbedarfe steigen, die Kostensituation der Sozialversicherungssysteme jedoch keine Kostenausweitungen erlauben, lassen sich durch ein verbessertes Schnittstellen- und Informationsmanagement im Rahmen von vernetzten Ansätzen Effizienzsteigerungen erzielen.[28] Darüber hinaus gewährleistet die Vernetzung, dass Leistungen und Ressourcen verschiedener Akteure für eine Patientin bzw. einen Patienten besser koordiniert werden. Nicht zuletzt erschließen vernetzte Strukturen zusätzliche Betreuungspotenziale und Leistungen in Regionen.[29]

Der allgemeine Diskurs um Netzwerke zeichnet sich dadurch aus, dass Beschreibungen und Erklärungen für die Frage gefunden werden sollen, unter welchen Bedingungen Vernetzung welche Ergebnisse erzielt.[30] Dabei ist zu berücksichtigen, dass Netzwerke ganz eigene Gebilde sind. Sie sind (zunächst) weder formale Organisationen noch lose Gemeinschaften. Einerseits brauchen Netzwerke klare Kooperationsgrundlagen, Arbeitsteilung und ggf. auch hierarchische Strukturierungen, wie sie in formalen Organisationen bestehen. Andererseits leben Netzwerke von der Tauschbeziehung, dem Wir-Gefühl und dem daraus entstehenden intrinsisch motivierten Engagement der Netzwerkmitglieder. Zeman spricht diesbezüglich von der **„Kunst einer nachhaltigen Netzwerkbildung und -steuerung“**, die darin liegt, **„zu erkennen, wann feste Regeln, formal fixierte Abmachungen, funktionale Rollen und Arbeitsteilungen erforderlich sind, wann es dagegen angesagt ist, Identifikation mit dem Netzwerk durch ein gemeinsames Leitbild, vielleicht sogar durch eine ‚Vision‘ zu stärken, und wann das Netzwerk vor allem Stärkung durch den Aufbau von wechselseitigem Vertrauen braucht.“** [31]

Zentral für diese Gratwanderung ist die Differenzierung von „Koordination“ und „Kooperation“. Koordination wird als strukturbezogener Abstimmungsprozess definiert, bei dem Ziele, Interessen und Tätigkeiten von Akteuren zueinander in Beziehung gesetzt werden. Kooperation hingegen umschreibt eine gemeinsam verein-

---

28 Vgl. Zeman (2007).

29 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 18.

30 Vgl. Kofahl/Dahl et al. (2003), S. 13.

31 Vgl. Zemann (2007), S. 2.

barte konkrete Arbeitsform, deren Voraussetzungen Kommunikation der Akteure untereinander sowie deren Bereitschaft zur Zusammenarbeit sind.[32]

Mit konkretem Bezug auf gerontopsychiatrisch-geriatrische Netzwerke ist auf Basis dieser Unterscheidung zwischen verschiedenen Handlungsebenen der Vernetzung zu differenzieren. Auf der einen Seite steht die Ebene der Koordination, d. h. die Struktur- und Systementwicklung im Sinne eines Care Management. Hier liegt die Betrachtungsweise zugrunde, dass die Vernetzung von unterschiedlichen Leistungsanbieterinnen und -anbietern, die gemeinsam zur Strukturveränderung und Verbesserung der sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von hochaltrigen Menschen in bestimmten Regionen beitragen wollen, den Aufbau von beständigen und verbindlich wirkenden Strukturen erfordert. Dazu bedarf es formaler Standards, Kooperationsvereinbarungen sowie Koordinierungs- und Finanzierungsleistungen.

Auf der anderen Seite steht die Handlungsebene der Kooperation. Hier steht die inhaltliche Steuerung von Leistungen für eine zielgerichtete Versorgung von hochaltrigen Menschen im Sinne eines Case Management im Mittelpunkt. Nach Auffassung der Literatur ist dies jedoch in komplexen großen Netzwerken schwieriger umzusetzen, da hierzu kleinräumige Strukturen, in denen sektorenübergreifende Teams bilateral miteinander kooperieren, benötigt werden. Dennoch gilt es auch hier, durch Instanzen und prozedurale Regelungen eine optimale Koordination zu erreichen und zu erfassen, welche Strukturbedingungen hierfür sinnvoll sind.[33]

Entsprechend dieser Differenzierung werden in der Literatur zwei Netzwerktypen unterschieden, die durchaus gleiche Themen, aber mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung verfolgen[34]:

- **Verbundnetzwerke**, in den die Verbundpartnerinnen und -partner zusammen die Versorgungsqualität insgesamt verbessern und gemeinsam die regionale Lebenssituation der hochaltrigen Menschen verbessern und gegebenenfalls auch neue Angebotsformen entwickeln wollen. Dies setzt umfassende Kenntnisse der bestehenden Versorgungsstrukturen, des Bedarfs und der bestehenden Versorgungslücken voraus. Kernelement eines solchen Netzwerkes ist somit eine idealerweise kontinuierliche und systematische Bedarfs- bzw. Bestandsanalyse für die jeweilige Region.[35]

---

32 Vgl. Kofahl/Dahl et al. (2003), S. 14.

33 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 18.

34 Vgl. Demenz-Service-NRW (2012).

35 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 39.

- **Versorgungsnetzwerke**, in denen die Leistungsanbieter durch den Zusammenschluss ihre Angebote marktfähiger und bedürfnisgerechter gestalten wollen. In dieser Schwerpunktsetzung zeigt sich die Bedeutung von gemeinsamer Qualifikation und gemeinsam entwickelten Qualitätsstandards, da mit ihnen das Ausmaß an inhaltlicher Übereinstimmung und damit die Qualität des Netzwerks bestimmt wird. Qualifizierung und gemeinsame Fortbildung hat hier auch die wichtige Funktion der Netzwerkbildung bzw. Stärkung, denn sie schafft über die jeweils fachlichen Qualifikationen hinaus das verbindende Wissen der Verbundpartnerinnen und Partner.[36]

An dieser Stelle offenbart sich, dass es in der Vernetzung nicht um eine prinzipielle Schwerpunktsetzung als Verbund- oder Versorgungsnetzwerk gehen kann, sondern um eine Klärung der Netzwerkmotive[37] und eine Bewusstmachung der verschiedenen Zielebenen der Vernetzung, die sich gegenseitig bedingen. Empfohlen wird hier die Strukturierung eines Zielsystems, in dem gemeinsame Problemdefinitionen, handlungsleitende Ziele sowie Strategien und Lösungswege zur Erreichung der Ziele bearbeitet werden. In einem letzten Schritt sind dann die dazu jeweils notwendigen Strukturen zu klären.[38]

Zusammengefasst bedarf es in der Netzwerkarbeit einer Unterscheidung der Strukturen, die für die Koordination und den Zusammenhalt des „großen Ganzen“, also des gesamten Netzwerkes, bedeutend sind von den Strukturen, die einzelne Beteiligtengruppen innerhalb des Netzwerkes für die Abstimmung und Entwicklung von konkreten Kooperationen (z. B. für Überleitungsstandards) brauchen. Für die Erreichung von strukturbildenden Zielen ist eine Betrachtung der Arbeits- und Organisationsstrukturen, der vertraglichen Regelungen usw. unerlässlich. Für Ziele, die direkt die verbesserte individuelle Versorgung älterer Menschen anvisieren, sind einzelfallbezogene Instrumente und Prozesse im Fokus.

In der Literatur werden sehr übereinstimmend folgende konstitutive Merkmale für Arbeitsstrukturen, die eine interne Funktionalität der Netzwerke gewährleisten, genannt:[39]

- **Der Abschluss von Kooperationsverträgen der Netzwerkpartnerinnen und -partner:** Kooperationsverträge und verbindliche Geschäftsordnungen dienen zum einen einem höheren Maß an Verbindlichkeit, da der Wille zur Kooperation formal dokumentiert und prüfbar wird. Zum anderen bieten ein-

36 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 43f.

37 Vgl. Groß/Holz et al. (2005), S. 45.

38 Vgl. Demenz-Service-NRW (2012).

39 Vgl. für die folgenden Punkte: BMFSFJ (2004); Demenz-Service-NRW (2012); Groß/Holz et al. (2005); Bertelsmann-Stiftung (2016); Demenznetzwerke.de (2017a; 2017b).

deutig formulierte Inhalte und Erwartungen der Zusammenarbeit einen identitätsstiftenden Charakter für die Verbundmitglieder.

- **Eine dauerhafte und stabile Innenfinanzierung der Verbundarbeit**: Als nachhaltig werden solche Verbundfinanzierungen bewertet, die aus einem Finanzierungsmix bestehen. Eine ausschließliche Finanzierung über Fördergelder und Drittmittel des Landes, Bundes oder der EU wird demgegenüber als weniger sinnvoll für die Beständigkeit des Netzwerkes erachtet. Im Finanzierungsmix werden demnach mit Komponenten, die unabhängig von externen Einflüssen einen regelmäßigen Geldfluss gewährleisten (z. B. selbsterwirtschaftete Einnahmen und Mitgliedsbeiträge), und einer ergänzenden kommunalen Förderung gute Erfahrungen gemacht.[40]

- **Feste Koordinierungsstellen und ein professionelles Netzwerkmanagement:** In sektoren- und segmentübergreifenden Netzwerken ist neben der horizontalen Vernetzung der Verbundmitglieder auch eine vertikale Vernetzung notwendig. Das heißt Koordination bezieht sich nicht nur auf die Netzwerkarbeit der Fachbasis, sondern auch auf eine Einbindung und Zusammenarbeit mit dem Management der Leistungsanbieterinnen und -anbieter, den Kostenträgern sowie den Kommunen. Idealerweise bilden die Koordinationsverantwortlichen der Verbünde mit diesen Institutionen eine Steuerungseinheit oder ein Steuerungsgremium.

Netzwerkkoordination richtet sich nach Innen und außen und bedeutet somit regionale Moderation, Planung und Steuerung aus einer neutralen und akzeptierten Position heraus. Hierzu wird in der Literatur stets auf die gezielte Einbindung der lokalpolitischen Seite verwiesen. Insbesondere eine Zusammenarbeit mit aufgeteilten Koordinierungsaufgaben zwischen einer selbstfinanzierten Koordinierungsstelle im Netzwerk und einer kommunalen Instanz wird als erfolgversprechend bewertet.

Ein professionelles Netzwerkmanagement gewährleistet nicht nur die Organisation und den strukturierten Aufbau des Netzwerkes, sondern auch die Entwicklung effizienter Arbeits- und Lernformen innerhalb des Netzwerks und eine professionelle Moderation der unterschiedlichen Interessen der beteiligten Netzwerkpartnerinnen und -partner.

- **Netzwerkkonferenzen:** Die Vollversammlung aller Verbundpartnerinnen und -partner bildet das demokratische Plenum des Netzwerkes. Dies hat die Funktion, Sichtweisen und Planungen zu vermitteln und Beschlüsse sowie Vereinbarungen zu treffen. Die Teilnahme aller Netzwerkmitglieder an den

40 Vgl. Michalowsky/Wübbeler et al (2016).

Netzwerkkonferenzen ist zentral für die Entwicklung einer gemeinsamen Zukunftsvorstellung hinsichtlich der Entwicklung der Netzwerkarbeit und für die Verbindlichkeit von gemeinsamen Planungen. Daher wird auch die Rückkoppelung von Arbeitsergebnissen in diesem Gremium als sinnvoll erachtet.

- **kontinuierlich inhaltlich arbeitende Arbeitsgremien:** Die inhaltliche Arbeit der Netzwerke braucht die professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Leistungsanbieterinnen und -anbieter auf der Fachbasis. Als sinnvoll hat es sich in der Praxis gezeigt, wenn entsprechende Arbeitsgruppen nicht nur mit dem gemeinsamen Ziel des Austausches oder der Konzeptentwicklung gebildet werden, sondern konkret auch die Erprobung dieser Konzepte in der Praxis vorbereiten und evaluieren können. Diese Anforderung verdeutlicht, dass auch die selbstgebildeten Arbeitsgremien eine Steuerung durch das Netzwerkmanagement brauchen.

- **Verbundzusammensetzung:** Insgesamt zeigt sich die Vernetzungsarbeit überwiegend im Bereich der Pflege präsent. Insbesondere die Organisations- und Arbeitsstrukturen niedergelassener Praxen erweisen sich als Hürde für die Einbindung von Ärztinnen und Ärzten. Für die Einbindung in die regionalen Netzwerkstrukturen deuten sich zwei Potenziale an. Das eine ist eine Zusammenarbeit von Netzwerken mit den für die medizinisch-fachliche Versorgung zuständigen Kassenvertretungen, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) oder auch dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Das andere sind niedrigschwellige Ansätze der Annäherung unterhalb der Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards, z. B. durch die Entwicklung gemeinsamer Informationen.[41]

Die Bedeutung einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit von Netzwerken wird nicht nur für die Bekanntmachung der vorhandenen Versorgungsangebote als bedeutend hervorgehoben, sondern auch für die Gewinnung, Bindung und Motivation der (potenziellen) Netzwerkpartnerinnen und Partner.[42]

Nicht sehr häufig ist in der Literatur der Hinweis zu finden, dass Netzwerkarbeit ein Prozess ist, der auch immer die latente Gefahr der Selbstüberforderung birgt. Eine hohe Fluktuation von Netzwerkmitgliedern oder Inaktivität sind auch als Folgen enttäuschter Erwartungen zu interpretieren. Daher ist, gemessen an den vor-

41 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 47.

42 Vgl. BMFSFJ (2004), S. 49.

handenen und möglichen Strukturen, eine fokussierte Netzwerkplanung, die sich an konkreten und real erreichbaren Zielen orientiert, grundlegend für den Erfolg der Netzwerkarbeit.[43]

[43] Vgl. Demenz-Service-NRW (2012), S. 12.

10 Ableitung von Empfehlungen und Best Practices

In diesem Kapitel werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen zu den betrachteten Kategorien gezogen, modellhafte Beispiele für besonders gute Praxen in den Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden aufgezeigt und Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Verbundarbeit entwickelt.

10.1 Zielsetzungen

Die Verbünde haben auf sehr verschiedene Art und Weise Ziele für ihre Arbeit entwickelt. Das zeigt sich auch in den Zielen selbst. Sie adressieren verschiedenste Ebenen, Strukturen und Prozesse. In der Regel werden die Ziele von einem Verbund in Zusammenarbeit mit allen Verbundmitgliedern entwickelt. Allerdings zeigt sich, dass die Ziele der Verbundarbeit z. T. nicht (mehr) die konkreten Planungen abdecken. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass die Ziele der Verbundarbeit nicht statisch sind, sondern sich weiterentwickeln.

Dabei sollte die Zielentwicklung einer durchdachten Richtung, d. h. einer Verbundstrategie, folgen. Die Verbünde stehen vor der Aufgabe, ihr individuelles Netzwerkverständnis und den bezirklichen Bedarf aufeinander abzustimmen, um ihre künftige Zielentwicklung daraufhin ausrichten zu können. Hierbei geht es um nichts weniger, als um eine klare Netzwerkpositionierung mit der sich alle Verbundpartnerinnen und -partner identifizieren können. Daher gilt es zu prüfen, welches aktuelle Netzwerkverständnis bei den Verbundmitgliedern vorherrschend ist (z. B. der unverbindliche Austausch versus konkrete Leistungsabsichten) und welcher Konsens für eine Weiterentwicklung dieses Verständnisses trägt.

Die Konkretisierung dieses Verbundprofils und die Ableitung von konkreten Leistungszielen (Teilziele und Arbeitsschritte) aus den übergeordneten Zielformulierungen ist eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Verbundkoordination, die jedoch nur in Abstimmung mit den Bezirksämtern erfolgversprechend erfüllt werden kann.

- **Empfehlung 1**: Verbünde sollten sich mit ihrer beabsichtigen Wirkung profilieren und dabei einen Konsens mit dem Bezirksamt suchen.

Verbundziele sind wichtig, um die konkrete Verbundarbeit langfristig zu koordinieren. Außerdem ermöglichen sie den Verbundmitgliedern, sich mit dem Verbund besser identifizieren zu können. Daher sollten die Verbundziele regelmäßig geprüft werden und

konkret an die relevanten Adressaten kommuniziert werden. Die Initiierung und Strukturierung der Zielentwicklungsprozesse sollte unter Beteiligung der Verbundmitglieder von der Verbundkoordination übernommen werden. Mit Blick auf die Zukunft geht es für die Verbünde insbesondere darum, wie die partizipative Fortschreibung der Ziele durch die Verbundmitglieder so zusammengeführt werden kann, dass eine umfassende und übergeordnete Zielformulierung und Verbundstrategie entsteht.

Gute Praxis

Der Gerontopsychiatrisch-Geriatrische Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf hat auf seiner Homepage nicht nur eine übergeordnete Zielsetzung des Verbundes beschrieben, sondern auch die konkreten Leistungen, die der Verbund im Rahmen dieser Ziele für die verschiedenen Zielgruppen generiert, dargestellt.

http://www.gpverbund.de/index.php/ziele

Für die Zielfortschreibung werden Ideen der Verbundmitglieder aufgegriffen und von der Geschäftsführung, einem Projektmanagement und einer Projektleitung thematisch und organisatorisch in das Gesamtkonzept des Verbundes eingeordnet und vorbereitet.

- **Empfehlung 2**: Netzwerkzusammenhalt braucht neben der Partizipation eine planerische Vorbereitung und Strukturierung der Ziele und Ideen. Das erhöht das Identifikationspotential für die Mitglieder.

Die 14 Verbünde haben sehr unterschiedliche Ziele für die Verbundarbeit definiert. Je nach Verbund sollen z. B. abgestimmte Versorgungsstrukturen im Sinne eines Care Managements in den Bezirken entwickelt, die träger- und sektorenübergreifende Behandlungskontinuität geplant und verbessert, Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung sowie Vernetzung gefördert und pflegende Angehörige im Umgang mit Demenzerkrankten informiert werden.

Die Analysen zeigen: wenn Ziele direkt für die Zielgruppe der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit formuliert werden, nehmen die Verbundpartnerinnen und -partner besonders häufig den Nutzen der Verbundarbeit wahr und sehen vor Ort in ihren Bezirken die Wirkung. Die Verbundmitglieder entwickeln z. B. häufiger ein gemeinsames Fall- und Fachverständnis. Daher sollten Verbünde idealerweise die Bedarfe der Zielgruppe ihrer Aktivitäten direkt mitbedenken und Ziele formulieren, die sich direkt auf diese Zielgruppe beziehen.

Gute Praxis

Die beiden Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde Schöneberg und Tempelhof richten ihre Ziele und ihre Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen an den spezifischen Bedürfnissen von demenzerkrankten Menschen in deren Lebensräumen, d.h. quartiersbezogen, aus. Im Rahmen des Projektes „Leben mit Demenz – Nachbarschaft als Anker“ wird in Veranstaltungen bei den verschiedenen Verbundmitgliedern ein Erfahrungsaustausch von betroffenen Verwandten, Bekannten oder Nachbarn angeboten. Sowohl in den Veranstaltungen als auch in kostenlosen Sprechstunden werden über die medizinischen Ursachen für Demenz informiert und Hilfestellungen beim Umgang mit Demenzkrankten angeboten. Darüber hinaus wurde ein Flyer für den Einzelhandel und für Banken entwickelt, der Hilfestellungen für den Umgang mit Menschen mit Demenz enthält.

- **Empfehlung 3**: Die Verbundziele sollten u. a. direkt die verschiedenen Zielgruppen adressieren. Das erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wirkung der Verbundarbeit.

Für die Weiterentwicklung der Verbünde ist zu differenzieren zwischen Systemzielen und Strukturzielen. Systemziele beziehen sich auf diejenigen Lösungen, die durch die Verbundarbeit im Bereich der Pflege und Versorgung hochaltriger Menschen geschaffen werden sollen. Strukturziele hingegen enthalten Aussagen über die gewünschte Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Verbund und die hierfür notwendigen Regelungen und unterstützen die Erreichung der Systemziele. Die Positionierung und Formulierung konkreter Leistungsziele sind somit unmittelbar mit der Entwicklung von Strukturzielen und der Frage nach einer geeigneten Rechtsform verbunden. Denn rechtlich ist jedes Netzwerk automatisch eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts, sobald der Verbund nach außen als erkennbarer Akteur auftritt (z. B. durch den Kooperationsvertrag und durch eine Homepage). Für gemeinsame konkrete und prüfbare Leistungsziele würden alle Mitglieder nach außen gesamtschuldnerisch haften, d. h. Stakeholder der konkreten Leistung könnten bei Rechtsstreitigkeiten auf ein Mitglied zurückgreifen, bei dem sie ihre Forderungen am besten durchsetzen können.

Insofern bedingt die Formulierung konkreter Leistungsziele zugleich eine Auseinandersetzung mit der strukturellen Gestaltung des Verbundes. Umgekehrt kann die Vermeidung der Klärung einer Rechtsform die Formulierung konkreter Leistungsziele verhindern. Um konkrete Leistungsziele zu formulieren müssen Netzwerkmitglieder im Innenverhältnis klären, wie Verantwortlichkeiten und Lasten zu verteilen sind. Für die verschiedenen Ebenen, auf denen die Ziele formuliert wurden, ist zu fragen, wie diese Ziele

konkret erreicht werden können, welche Bedingungen dazu erfüllt werden müssen und welche formalen Anforderungen damit verbunden sind.

- **Empfehlung 4**: Die Strukturierung der Ziele in System- und Leistungsziele und die Bündelung in einer handlungsleitenden Verbundstrategie ist eine wichtige Aufgabe der Verbundkoordination.

10.2 Organisation und Ressourcen

Die 14 Berliner Verbünde haben verschiedene Strukturen entwickelt, in denen sie zusammenarbeiten. In einigen Verbünden sind die Strukturen relativ formalisiert, andere arbeiten sehr informal miteinander. Beides hat seine Berechtigung. Formalere Strukturen führen zu mehr Verbindlichkeit und besseren Steuerungsmöglichkeiten. Aber auch die informalen Arbeitsstrukturen haben Vorteile. Sie begünstigen bilaterale Absprachen und damit die direkte Zusammenarbeit der Verbundmitglieder. Hierin liegt ein Ansatz für die konkreten kooperativen Prozesse, die zu einer sektorenübergreifenden Verbundarbeit beitragen können. Dazu dürfen die Erkenntnisse aus den informalen Kontakten nicht auf der informellen Ebene bleiben, sondern müssen gesteuert von den Koordinatorinnen und Koordinatoren in kleinräumige Arbeitsstrukturen unter Beteiligung der relevanten Verbundpartnerinnen und -partner überführt werden.

- **Empfehlung 5:** Verbünde brauchen formale Arbeitsstrukturen für verbindliche und steuerbare Arbeitsprozesse und den Zusammenhalt des Verbundes. Gleichzeitig sollten sie Raum für die informale, bilaterale und direkte Zusammenarbeit der Verbundmitglieder bieten, aus der konkrete sektorenübergreifende Kooperationen entstehen können.

Die Verbünde arbeiten in verschiedenen Gesellschaftsformen zusammen. Drei sind eingetragene Vereine, elf kooperieren informell miteinander. Vereine bieten den Vorteil, dass sie mehr Sicherheit in haftungsrechtlichen Fragen liefern, verbindlicher sind und Mitgliedsbeiträge erhoben werden können. Auch informell arbeitende Verbünde haben häufig schon über die Umwandlung des Verbunds in einen Verein nachgedacht. Eine Hürde dazu stellt der vermutete zusätzliche Aufwand zur Klärung von rechtlichen Fragen und zur Besetzung von Ämtern dar.

Eine gezielte, kostenlose und gut informierte Beratung der Verbünde zu ihrer Gesellschaftsform könnte die Bildung von Vereinen

bei Bedarf unterstützen. Verbünde könnten verbindlicher zusammenarbeiten und hätten weitreichendere Kompetenzen, um finanzielle Ressourcen zu akquirieren.

Gute Praxis

Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde QVNIA, Pankow und das Netzwerk Märkisches Viertel in Reinickendorf haben sich zu einer Vereinsgründung entschlossen und diese aus den bestehenden Strukturen heraus umgesetzt. Dabei konnten weitgehend die bisherigen Verbundpartnerinnen und -partner von dem Nutzen der Gesellschaftsform überzeugt werden. Das Netzwerk Märkisches Viertel baute dazu auf drei wesentliche Argumente: rechtliche und finanzielle Absicherung, eine höhere Verbindlichkeit der Zusammenarbeit und eine sichere Zukunft für das Netzwerk. Im Verein ist sowohl eine zahlende Mitgliedschaft als auch die Ehrenmitgliedschaft möglich und es besteht Raum für eine Zusammenarbeit mit Nichtmitgliedern.

- **Empfehlung 6:** Mit einer kostenfreien Beratung können Verbünde die Umwandlung in eine Gesellschaftsform, z. B. einen Verein, anstreben und bei Bedarf sehr wirkungsvoll unterstützt werden.

Die große Mehrheit der Verbundmitglieder wünscht sich eine verbindlichere Zusammenarbeit im Verbund. Fehlende Verbindlichkeit geht aus ihrer Sicht häufig mit einer geringeren Aktivität der Verbundmitglieder einher.

Klare, partizipativ erarbeitete und transparent kommunizierte Erwartungen an Verbundmitglieder könnten dazu führen, dass die Verbindlichkeit und Aktivität der Mitglieder steigt. Daher sollte die interne Funktionsfähigkeit der Verbünde durch konkrete Kooperationsverträge, in denen Mitwirkungspflichten geklärt sind, gestärkt werden.

- **Empfehlung 7:** Innerhalb der Verbünde sollte in Zusammenarbeit mit allen Verbundmitgliedern erarbeitet werden, welche Erwartungen, Mitwirkungsmöglichkeiten und Mitwirkungsziele für die Mitgliedschaft bestehen. Die Ergebnisse dieses Prozesses sollten in Kooperationsverträgen dokumentiert werden.

Die Verbünde verfügen in sehr unterschiedlichem Maße über Finanz- und Personalressourcen. Vier Verbünde arbeiten mit kontinuierlichen Finanz- **und** Personalressourcen, sechs mit kontinuierlichen Finanz- **oder** Personalressourcen und vier mit bedarfsorientierten Finanz- und Personalressourcen. Wenn die Ressourcen zu

knapp sind, können insbesondere Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben nicht mehr im gewünschten Umfang ausgeübt werden, etwa die strategische und inhaltliche Weiterentwicklung des Netzwerkes, regelmäßige Kooperationsgespräche, die Mitgliederpflege und -akquise oder die Öffentlichkeitsarbeit.

Feste Stellenanteile für die Verbundkoordination können die Situation in einigen Verbünden deutlich verbessern. Dies entspricht auch mehrheitlich den Wünschen der Mitglieder aus den Verbünden mit bedarfsorientierten Finanz- und Personalressourcen. Hier sollten vor allem Verbünde unterstützt werden, die sich in Richtung einer höheren Formalisierung weiterentwickeln sollen.

Gute Praxis

Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde QVNIA, Pankow und der GPV Charlottenburg haben für die Koordinierungsaufgaben eine Geschäftsführerstelle bzw. Stellenanteile im Verbund geschaffen. Die Kontinuität, mit der die verschiedenen Aufgaben von den Geschäftsführungen ausgeführt werden, schafft sowohl nach innen als auch nach außen Vertrauen und gibt dem Verbund nach außen zudem ein bekanntes Gesicht. Darüber hinaus sind in diesen beiden Verbünden auch die weiteren Aufgaben und Themen des Projektemanagements mit festen Rollen und Personen verbunden.

- **Empfehlung 8:** Für die Koordinierungsaufgaben sollten in den Verbünden möglichst feste und ausreichend finanzierte Stellenanteile vorhanden sein.

Feste Stellenanteile für die Verbundkoordinierung sind nur mit einer ausreichenden langfristigen Finanzierung möglich. Mehr als die Hälfte der Verbünde verfügen nicht über ein kontinuierlich ausgestattetes Finanzierungsmodell und damit nicht oder nur eingeschränkt über die Möglichkeit, entsprechende Stellen zu finanzieren. Auch die anderen Verbünde verfügen nur teilweise über ausreichende Mittel.

Ausreichende finanzielle Ressourcen bieten nicht nur die Option, Personal einzustellen. Die Ergebnisse zeigen, dass sie auch einen maßgeblichen Einfluss darauf haben, ob die Verbünde über eine eigene Adresse, unter der sie für Verbundmitglieder und Interessierte erreichbar sind, und eigene Büroräume bzw. eine Geschäftsstelle für die Koordinatorinnen und Koordinatoren verfügen.

Um kontinuierliche und bedarfsgerechte Ressourcen zur Verfügung zu haben, benötigen die Verbünde geeignete Finanzierungsquellen. Eine z. T. schon genutzte und gut bewertete Quelle sind die Mitgliedsbeiträge, mit denen viele Verbünde und ihre Mitglieder zufrieden sind.

Gute Praxis

Die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde Treptow-Köpenick, Schöneberg, Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, QVNIA-Pankow und das Netzwerk Märkisches Viertel erheben Mitgliedsbeiträge von den Verbundpartnern. Beiträge sind also auch in Verbünden realisiert worden, die kein Verein sind. Ein niedrigschwelliger Ansatz wird dabei in Schöneberg und Treptow-Köpenick verfolgt, wo die festgelegten Beiträge zunächst auf freiwilliger Basis erhoben werden.

Eine andere zentrale Quelle für die Finanzierung der inhaltlichen Aufgabenstellungen könnten – abhängig von konkret formulierten Zielen der Verbünde – Fördermittel des Landes sein. Die Verbünde erfüllen eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe und können langfristig einen Nutzen für die Zielgruppe der älteren Menschen in den Berliner Bezirken haben. Insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel lohnt es sich, in eine effiziente, sektorenübergreifende und bedarfsgerechte gerontopsychiatrisch-gerontologische Versorgungslandschaft zu investieren. Dazu bedarf es eines gemeinsamen Zielkonsenses zwischen Bezirksämtern, Verbünden und Senatsverwaltung.

Es wäre daher wünschenswert, dass Verbünde die Option haben, auf der Basis einer Zielvereinbarung für ihre zukünftige Weiterentwicklung langfristig angelegte Fördermittel des Landes zur Finanzierung von Koordinierungsstellen und darüberhinausgehende Netzwerkarbeiten zu beantragen. Die Förderung sollte an klare Kriterien zu Zielen, Struktur, Arbeitsweise und Aktivität geknüpft sein. Die Kriterien könnten u. a. aus den Empfehlungen dieses Berichts abgeleitet werden.

- **Empfehlung 9:** Um eine langfristige und unabhängige Finanzierung sicherzustellen, sollten die Verbünde Finanzierungsmodelle aus mehreren Finanzquellen entwickeln und für die interne Funktionsfähigkeit die Einführung von Mitgliedsbeiträgen prüfen.

Im Ergebnis verfügen die Verbünde über ausreichende finanzielle Ressourcen aus unterschiedlichen Quellen. Regelmäßige Mitgliedsbeiträge und Fördermittel des Senats sollten durch weitere aufgabenbezogene Finanzquellen ergänzt werden.

Zur Finanzierung der inhaltlichen Aufgaben und Entwicklung von konkreten Maßnahmen zur Zielverfolgung ist auch das bisher von den Verbünden noch nicht verfolgte Konstrukt der Stiftung zu prüfen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe verweist diesbezüglich beispielsweise im Rahmen von Ansätzen zur Quartiersentwicklung auf die gestärkte Nachhaltigkeit von Netzwerken durch Stiftungen und auf die Möglichkeit, über Bürgerstiftungen Spendengelder von

Privatpersonen und Unternehmen einwerben zu können.[44] Auf dieser Basis konnten sich auch Palliativnetzwerke dauerhaft entwickeln.[45]

Die zu wählende und angemessene Rechtsform der Stiftung ist abhängig vom bestehenden Formalisierungsgrad der Verbünde, da für eine rechtsfähige Stiftung ein Vorstand, Verwaltungsstrukturen und eine Satzung sowie ein geregeltes Anerkennungsverfahren notwendig sind. Zum einen besteht die Möglichkeit einer selbstständigen Stiftung (ggf. auch in Form einer übergreifenden Bürgerstiftung unter Beteiligung des Bezirkes), die als Alternative zum Verein eine rechtsfähige Gesellschaftsform darstellt. Zum anderen stellt die Form der treuhänderischen oder sogenannten unselbstständigen Stiftung einen niedrigschwelligen Ansatz dar, der kein Mindestvermögen, kein Anerkennungsverfahren und keine Beteiligung einer Stiftungsbehörde erfordert. Beide Formen der Stiftung bilden dabei, abhängig vom Stiftungszweck, eine Grundlage für die steuerrechtliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit.[46] Da das Stiftungsrecht länderrechtlich[47] geregelt ist, empfiehlt sich zur Stiftungsgründung unter anderem eine Beratung, z. B. durch den Bundesverband deutscher Stiftungen.

Mit Blick auf die Weiterentwicklung der Verbundarbeit bietet der in Zuge des zweiten Pflegestärkungsgesetzes geschaffene § 45 c SGB XI[48] zur Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts, Verordnungsermächtigung, eine Möglichkeit zur anteiligen Refinanzierung regionaler Netzwerke. Nach Absatz 9 können zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Fördermittel unter anderem für die Beteiligung von Pflegekassen an regionalen Netzwerken verwendet werden.

Eine wesentliche Voraussetzung der Förderung ist die freiwillige Vereinbarung zur Vernetzung und die strukturierte Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure, die über die allgemeinen kommunalen Aufgaben hinausgeht. Eine weitere Voraussetzung ist die Möglichkeit der Teilnahme von regionalen Selbsthilfegruppen und -organisationen sowie Ehrenamtlichen, sofern sie eine hinreichend feste Organisationsstruktur aufweisen. Und zuletzt ist erforderlich, dass auch die kreisfreie Stadt – im Falle Berlins ggf. vertretungsweise die Bezirksämter – an der Vereinbarung beteiligt sein können. Die Förderung erfolgt über eine Mitgliedschaft der Pflegekassen in den Netzwerken und eine Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten. Den Regelungen zufolge können sich die

---

44 Vgl. Mehnert/Kremer-Preiß (2014), S. 14.

45 Vgl. Bürgerstiftung Stuttgart (2017).

46 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Stiftungsförderung (2017).

47 Vgl. Berliner Stiftungsgesetz (StiftG Bln).

48 Vgl. Sozialgesetzbuch XI Soziale Pflegeversicherung – zuletzt geändert durch Art. 4 G v. 17.07.2017.

Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen jedoch je kreisfreier Stadt nur mit einem Betrag von bis zu 20.000 Euro beteiligen, sodass dieser Fördertopf für Berlin nur eine sehr begrenzte Wirkung entfalten kann.

Darüber hinaus zeigen sich im Kontext der Weiterentwicklung von gerontopsychiatrischen Versorgungstrukturen jedoch besondere Themenfelder, die für einige Verbünde eine engere Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und damit auch Möglichkeiten der finanziellen Förderung eröffnet.

Eines dieser Themenfelder ist Gesundheitsförderung und Prävention. Früheren Untersuchungen zufolge sind zwar diverse bezirkliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen in den Berliner Bezirken vorhanden. Jedoch fehlt es der Berichterstattung zufolge an einer strukturierten Darstellung und Zusammenführung der Angebote, was nicht zuletzt an der aufgeteilten Zuständigkeit für Altenhilfeplanung und -koordination bzw. Gesundheitsförderung in den Berliner Bezirksämtern liegt. Hier wurde schon 2008 eine tragende Rolle der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde angedacht.[49]

§ 20 Abs. 3 SGB V der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention – und hier insbesondere der Setting-Ansatz[50], bildet daher für die Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde eine zu prüfende Fördergrundlage. Unter dem Ziel „Gesund im Alter“ haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag, der sich an Personen nach der Erwerbsphase in den Kommunen richtet. Hier werden explizit auch die Gruppe der hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, sowie deren Angehörige angesprochen.[51]

Die Verbünde wären aufgrund ihrer Vernetzungsstruktur prädestiniert für die Arbeit unter dem von den Pflegekassen verfolgten Setting-Ansatz. Hier handelt es sich um primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen, die sich im Sinne aufsuchender Information und Beratung an Lebenswelten richten und dabei vor allem die gesundheitlichen Rahmenbedingungen, aber auch individuelle Verhaltenskompetenzen, weiterentwickeln. Dazu gehört die Bedarfsermittlung, die Beratung zur Umgestaltung, die Schulung

---

49 Vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2008), S. 1, 8.

50 „Bei Leistungen nach dem Setting-Ansatz handelt es sich um primärpräventive und gesundheitsfördernde Interventionen, die sich im Sinne aufsuchender Information und Beratung an Lebenswelten richten und dabei sowohl die gesundheitlichen Rahmenbedingungen als auch gesundheitlichen Kompetenzen von Einzelnen weiterentwickeln.“ (Vgl. GKV Spitzenverband (2017), S. 22) Eine vertiefende Einführung bietet die Kurzexpertise „Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune“, herausgegeben 2009 vom Bundesministerium für Gesundheit.

51 Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2016), S. 26.

von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie die Vernetzung mit anderen Einrichtungen in den Bezirken.[52]

Ein spezifisches Aufgabenfeld der Verbünde könnte ggf. von den Landesverbänden und dem Verbund der Ersatzkassen in Form von Modellprojekten zur Entwicklung von lebensweltbezogenen Präventionsketten für hochaltrige Menschen in den Bezirken gefördert werden. Vorausgesetzt ist eine entsprechende Kooperationsvereinbarung in der noch zu erstellenden Landesrahmenvereinbarung (PrävG § 20f Abs. 2 Satz 1 Nrn. 1-6).

Eine weitere themenspezifische Fördergrundlage ist der § 8 SGB XI, unter dem jährlich bis zu fünf Millionen Euro für Modellvorhaben zur Verfügung stehen, mit denen Versorgungsmodelle, -konzepte und -strukturen für Pflegebedürftige weiterentwickelt, sowie zukunftsweisende und qualitätsgesicherte Versorgungsansätze unterstützt und vorhandene Pflegeangebote modernisiert werden.[53] Hierunter fallen beispielsweise auch Projekte, die einen sektorenübergreifenden Einsatz von Betreuungskräften in der Überleitung von Krankenhaus zur ambulanten Versorgung fördern wollen.

Gute Praxis

Der Gerontopsychiatrisch-Geriatrische Verbund QVNIA hat auf der Basis des § 8 SGB XI im Zeitraum von 2012 bis 2016 das Projekt „Indikationsspezifische regional koordinierte nachstationäre Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und/ oder Schlaganfall in Berlin Pankow“ umgesetzt. Ziel war es, nachstationär die pflegerische Versorgungs- und Beratungsqualität von Menschen mit Schlaganfall und Menschen mit Demenz nach Schlaganfall und ihren Angehörigen regional, wohnortnah und qualitätsgesichert zu vernetzen. Dazu wurden indikationsspezifische Qualitätsanforderungen an pflegerelevante Versorgungsprozesse erprobt und evaluiert.

- **Empfehlung 10:** Aufgabenbezogen sollten zielgerichtete finanzquellen geprüft werden. Dies umfasst neben Stiftungsgeldern Bundes- und Landesfördermittel sowie Fördermittel der Krankenkassen. Dazu ist eine Fokussierung konkreter Themen und Ziele notwendig. Empfohlen wird die Weiterentwicklung der bisherigen Themen, z. B. Gesundheit und Prävention im Alter, wodurch insbesondere Fördergrundlagen der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen genutzt werden können.

52 Vgl. Nationale Präventionskonferenz (2016), S. 29.

53 Vgl. GKV Spitzenverband (2017).

10.3 Stärkung sektorenübergreifender Verbundstrukturen und Arbeitsweisen

Die Ist-Analyse zeigt, dass die Mitglieder der Verbünde mehrheitlich im Pflegebereich tätig sind, sich im Rahmen der Verbundarbeit allerdings keineswegs nur mit pflegerischen Fragen beschäftigen. In den über 60 Arbeitsgruppen der 14 Verbünde wird ein breites Themenspektrum bearbeitet, wobei neben Pflegethemen auch ein großes Interesse an gesundheitlichen und sozialen Themen besteht. Voraussetzung für die sektorenübergreifende Verbundarbeit ist jedoch nicht nur die bereits bestehende thematische Offenheit und Vielfalt, sondern auch die tatsächliche **Beteiligung aller relevanten Akteursgruppen**. Hierzu müssen das Interesse der Verbundmitglieder erhalten und bisher noch nicht beteiligte Akteurinnen und Akteure gewonnen werden. So beteiligten sich bisher beispielsweise nur wenige niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, weshalb strategische Kooperationsmöglichkeiten mit Organisationen und bestehenden Netzwerken dieser Gruppe geprüft werden sollten.

- **Empfehlung 11:** Es wird eine gezielte Mitgliederakquise sowie der Aufbau von weiteren Kooperationen empfohlen, um eine passende Verbundzusammensetzung und Vernetzung mit Vertretenden aus den Sektoren Pflege, Gesundheit und Soziales zu erreichen.

Die Ist-Analyse zeigt auch, dass der teilweise unterschiedliche Vernetzungsbedarf der Sektoren mit Blick auf die **Beteiligungsmöglichkeiten** im Verbund berücksichtigt werden sollte. So braucht es etwa geeignete Formate zur gegenseitigen Unterstützung und zum kontinuierlichen Austausch, worauf insbesondere im Pflegebereich Wert gelegt wird. Für Akteurinnen und Akteure im Gesundheitsbereich scheint vor allem das Kennenlernen der Leistungen anderer Versorgungsbereiche im Vordergrund zu stehen, wofür ebenfalls ein passender Rahmen benötigt wird. Unverbindliche Kennenlernformate, Informationsangebote oder auch spezifische Fortbildungsangebote scheinen sinnvolle Ansätze zu sein, um Erstkontakte herzustellen und einen niedrigschwelligen Zugang zum Verbund zu bieten.

- **Empfehlung 12:** Es wird die Entwicklung vielfältiger Beteiligungsmöglichkeiten empfohlen, die die Bedarfe und Interessen aller relevanten Beteiligtengruppen im Rahmen der Verbundarbeit berücksichtigen.

Gute Praxis

Im Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbund Schöneberg wurde das Informationsbedürfnis von Ärztinnen und Ärzten aufgegriffen und ein Flyer mit allen Verbundmitgliedern und deren konkreten Versorgungsangeboten für die medizinischen Akteurinnen und Akteure entwickelt.

Auch die **Ausgestaltung der Arbeitsformate** sollte im Sinne der Förderung einer sektorenübergreifenden und aktiven Verbundarbeit erfolgen. Dabei erfordern die unterschiedlichen Aspekte der Verbundarbeit jeweils spezifische Formate. So wird etwa für den regelmäßigen informellen Austausch ein anderes Format benötigt als für die gezielte Entwicklung von Ergebnissen wie Überleitungsbögen, Standards der Kooperation oder die Abstimmung einzelner Versorgungsleistungen. Unabhängig davon geht aus der Befragung der Verbundpartnerinnen und -partner hervor, dass sie eher einen Nutzen der Verbundarbeit für sich wahrnehmen, wenn sie regelmäßige, differenzierte Beteiligungsmöglichkeiten haben. Dieser Mehrwert für die eigene Arbeit ist zugleich ein entscheidender Motivationsfaktor für ihre Aktivität. Auch nach den Erfahrungen der Koordinatorinnen und Koordinatoren führen praxisbezogene Arbeitsgruppen tendenziell zu einer höheren Beteiligung als wenn die Ebene der bezirklichen Versorgung adressiert wird. Die Orientierung der Arbeitsformate an ganz konkreten Versorgungsfragen wird auch als vorteilhaft für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit eingeschätzt, weil dadurch alle beteiligten Versorgungsakteurinnen und -akteure den konkreten Nutzen der Verbundarbeit erfahren können. Als förderlich für eine kontinuierliche aktive Beteiligung wird auch die Möglichkeit wechselnder Akteurskonstellationen in den Arbeitsgremien angesehen, da bei der gleichbleibenden Bearbeitung eines Themas durch dieselben Personen das Interesse an der Mitarbeit auf Dauer nachlassen kann.

Gute Praxis

Das Netzwerk Märkisches Viertel hat die Erfahrung gemacht, dass das Interesse der Verbundmitglieder an Arbeitsgruppen abnimmt. Auf Basis dieser Erfahrung wurden deshalb alternative Formen der Zusammenarbeit entwickelt. Gute Erfahrungen mit einer regen Beteiligung werden in ergebnisorientierter Projektarbeit gemacht. Verbundpartnerinnen und -partner finden sich hier für eine begrenzte Zeit zu konkreten Aufgaben zusammen und erhalten dabei die Möglichkeit, auch Verbundpartnerinnen und partner kennenzulernen, zu denen nicht die üblichen fachbezogenen Kontakte bestehen.

- **Empfehlung 13:** Vielseitige Arbeitsformate mit Bezug zur Versorgungspraxis, die flexible Beteiligtenkonstellationen erlauben, sollten genutzt werden, um die Bearbeitung unterschiedlicher Aspekte der Verbundarbeit zu ermöglichen und die sektorenübergreifende und nachhaltig aktive Mitarbeit zu fördern.

Die Fallarbeit findet derzeit vorwiegend informell statt, aber über ein Drittel der Verbundpartnerinnen und -partner wünschen sich hierfür auch andere Formate. Einige Verbünde verfolgen bereits entsprechende sektorenübergreifende Ansätze, die weiter ausgebaut werden sollten. Diese zeigen sich insbesondere durch die Bearbeitung von Themen aus dem Gesundheitssektor, durch eine strukturierte Fallarbeit und durch die Entwicklung von Überleitungsstandards. Neun der 14 Verbünde weisen einen solchen sektorenübergreifenden Ansatz auf.

Gute Praxis

In den Verbünden QVNIA und Treptow-Köpenick wurden ein Überleitungsmanagement bzw. Überleitungsbögen entwickelt, die regelmäßig und standardmäßig genutzt werden. In Treptow-Köpenick bezieht sich dieser Standard auf die Überleitung zwischen Krankenhaus, Tagespflege und ambulanter Pflege. Darüber hinaus hat sich der Verbund durch mehrere sektorenübergreifende Veranstaltungen zu den Themen „Ärztliche Versorgung“ und „Demenz“ sowie durch Fachschulungen profiliert.

- **Empfehlung 14:** Die vorhandenen sektorenübergreifenden Ansätze sollten gezielt genutzt werden, um Beteiligte aus den verschiedenen Sektoren den direkten Nutzen der Verbundarbeit für die eigenen Versorgungsaufgaben präsent zu machen.

10.4 Einbindung der Verbünde in den Bezirken

Ein relevantes Handlungsfeld für die potenzielle Zusammenarbeit von Verbünden und Bezirksämtern ist die bezirkliche Alten(hilfe)planung als Bestandteil der kommunalen Sozialplanung und Altenpolitik. Sie zielt auf die Entwicklung einer Infrastruktur an Diensten und Einrichtungen und altengerechte Ausgestaltung verschiedener Lebensbereiche, die an den Bedarfen und Bedürfnissen älterer Menschen ausgerichtet ist, ab. Sozialrechtlich ist die Altenhilfe im § 71 des SGB XII verankert. Sie soll dazu beitragen, durch das Alter entstehenden Schwierigkeiten vorzubeugen, sie zu

überwinden oder zu mildern und damit alten Menschen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die kommunale Zuständigkeit ergibt sich aus ihrer Einordnung als Leistung des Trägers zur Sozialhilfe im Rahmen der Hilfen in anderen Lebenslagen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Altenhilfeplanung wird seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Landespflegegesetzen der Bundesländer unterschiedlich gehandhabt.

Die Umsetzung einer bezirklichen Alten(hilfe)planung ist in Berlin nicht im Landespflegeplan verankert und in den zwölf Berliner Bezirken auf einem sehr unterschiedlichen Niveau. Aktuell wird in drei Bezirken Berlins nach eigenen Angaben eine bezirkliche Altenplanung umgesetzt (Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg, Spandau). In sechs weiteren Bezirken wird auf eine vorliegende Konzeption zur Altenplanung verwiesen, die jedoch noch nicht umgesetzt wird (Treptow-Köpenick, Pankow, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln).

Die Verbünde verfügen nicht nur über ein explizites Wissen über die Bedarfslagen im Bezirk, sondern sind zudem z. T. ausgewiesene Experten für konkrete und relevante Handlungsfelder. Dieses Wissen sollte in den Bezirksämtern grundlegender Bestandteil bei der bezirklichen Planung sein und kann durchaus den Aufbau einer Altenhilfeplanung stärken. Einige Bezirksämter können diesbezüglich schon auf gute gemeinsame Erfahrungen zurückblicken und andere Bezirksämter können sich aufgrund anderer Formen der Zusammenarbeit eine Mitwirkung des Verbundes in der Alten(hilfe)planung gut vorstellen.

Gute Praxis

Im Bezirk Pankow wurden gemeinsam mit dem Qualitätsverbund QVNIA Netzwerk im Alter – Pankow e.V. und weiteren Beteiligten Gesundheitsziele für Menschen mit Demenz und Schlaganfallbetroffene entwickelt, die als Orientierungshilfe für politische Entscheidungen dienen. Darüber hinaus liefert der Verbund regelmäßige Strukturanalysen. Im Bezirk Charlottenburg basieren die gemeinsamen guten Erfahrungen unter anderem auf dem Projekt „Schutzräume für Demenz“ im Rahmen der Kampagne „Demenzfreundliche Kommune“, die auch im Bezirk Reinickendorf mit der Arbeit des Netzwerks Märkisches Viertel gemacht wurden. Im Bezirk Berlin Mitte wird der Geriatrisch/Gerontopsychiatrische Verbund Mitte explizit in dem Diskussionsentwurf „Leitlinien der Seniorenpolitik Mitte“ als in die bezirkliche Alten- und Psychiatrieplanung eingebunden benannt und ist ebenfalls ein wichtiger Kooperationspartner des Bezirksamtes in der Umsetzung der Schutzräume für Demenz.

- **Empfehlung 15:** Das Wissen und die Expertise der Verbünde für die (Fort-)entwicklung der bezirklichen Alten(hilfe)planung sollte umfassend genutzt werden.

Die Zusammenarbeit der Verbünde mit den Bezirksämtern zeichnet sich durch eine Vielfalt von beteiligten Akteurinnen und Akteuren und zugleich eine wenig koordinierte Zusammenarbeit aus. Daraus resultiert in den Bezirksämtern z. T. wenig oder unterschiedliches Wissen über den Nutzen und die Wirkung der Verbundarbeit. Hier wirkt sich Personalknappheit und die Tatsache, dass die Verbundarbeit kein integrierter Bestandteil der Kosten- und Leistungsrechnung der Bezirksämter ist, negativ aus. Alten(hilfe)planung ist aufgrund ihrer Einordnung als Leistung des Trägers zur Sozialhilfe im Rahmen der Hilfen in anderen Lebenslagen als bezirkliche Aufgabe definiert. Die Etablierung eines Gremiums, das vorbereitende und planende Aufgaben übernimmt, kann daher als finanziell abgedeckte Form der Zusammenarbeit mit dem Verbund sowie dem zielgerichteten und regelmäßigen Austausch dienen. Zugleich könnte ein solches Gremium die bezirksamtliche Energie der Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationsstrukturen bündeln, indem die verschiedenen bezirklichen Institutionen in einer Art Beirat zusammenwirken. Diese Zusammenarbeit kann in einer regelmäßigen Berichterstattung zu aktuellen, geriatrischen Problemlagen dokumentiert werden und eine vorbereitende Funktion für ein bezirkliches Handlungskonzept für ältere und hochaltrige Menschen erlangen.

Gute Praxis

In zwei Bezirken (Marzahn-Hellersdorf und Treptow-Köpenick) erfolgt die Mitwirkung der Verbünde an der bezirklichen Altenplanung über feste Gremien. In Marzahn-Hellersdorf ist der Interessensverbund Gesundheit im Alter auf der fachpolitischen Ebene im Beirat zur Umsetzung der Altenplanung angesiedelt, der vier Mal im Jahr tagt. In Treptow-Köpenick wurde für die Umsetzung des 2015 geplanten Demografiekonzeptes im Jahr 2017 eine Steuerungsrunde initiiert, in der der GGV Treptow-Köpenick festes Mitglied ist. Der Verbund konnte durch seine Zusammenarbeit in den Arbeitsgemeinschaften einer Verschlechterung der haus- und fachärztlichen Versorgungslage aktiv entgegenwirken.

- **Empfehlung 16:** Es sollten feste Gremien in den Bezirksämtern für die strukturierte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Verbünden gebildet werden.

Die Ergebnisse der Bezirksämterbefragung in dieser Studie verdeutlichen, dass eine passgenaue Nutzengenerierung durch die Verbünde bisher nicht umfassend erreicht werden konnte. Hintergrund ist ein Sektoren- und Ressortdenken, welches sich zwischen den Bereichen Soziales und Gesundheit abzeichnet. Aus den Bezirksämtern selbst wird die Idee formuliert, eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Bereiche Soziales und Gesundheit zu strukturieren und ermöglichen.

Für gute Kooperationschancen in der intrakommunalen Zusammenarbeit wurden in der Forschung verschiedene Indikatoren untersucht. Gute Kooperationschancen erschließen sich demnach aus einer niedrigen administrativen Fragmentierung, d. h. aus wenigen Verwaltungseinheiten, die für die Themen der Altenhilfe/Geriatrieplanung zuständig wären, aus wenigen Hierarchiestufen mit den relevanten Kompetenzen, aus einer ausgeglichenen Finanzlage und nicht zuletzt aus der Tradition und Dauerhaftigkeit, die sich in der sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt. Um umfassende Strukturreformen zu umgehen, wird alternativ auf die Möglichkeit der Festlegung einer federführenden Verwaltungseinheit[54] oder einer Projektorganisation[55] verwiesen.

Für Berlin besteht im Rahmen des Landespflegegesetzes eine Rahmengeschäftsordnung für die Steuerungsgremien Psychiatrie

54 Mit einer federführenden Verwaltungseinheit würde die Verantwortung für das Thema der sektorenübergreifenden Versorgung und damit auch für die Zusammenarbeit mit dem Verbund einer bestehenden Einheit zugeordnet. Die Koordinierung von entsprechenden Planungen beinhaltet auch die Abstimmung mit den Ämtern, in denen die jeweiligen Entscheidungskompetenzen verteilt sind.

55 Vgl. Bogumil/Seuberlich (2015), S. 36.

(SGP) in den Berliner Bezirken (RGO-SGP), die den Bezirksämtern die Ausgestaltung des regionalen psychiatrischen Hilfesystems verantwortlich überträgt. Eine Stärkung der bezirklichen Altenhilfeplanung ist in der Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2016-2021 durch den dauerhaften Einsatz einer bezirklichen Geriatrie- bzw. Altenhilfekoordinatorin oder eines -koordinators sowie einer Geriatrie- bzw. Altenhilfeplanerin oder eines -planers vereinbart.[56] Empfehlenswert erscheint der Vorschlag, die geplante Stelle für die Geriatrieplanung (eingegliedert in den Bereich Gesundheit) und die geplante Stelle für die Alten(hilfe)planung (eingegliedert in den Bereich Soziales) in einem übergeordneten Gremium zusammenzuführen. Dieses Gremium, zum Beispiel geleitet von einer federführenden Verwaltungseinheit oder aufgebaut als Projektorganisation, könnte zudem als Struktur für den in Empfehlung 14 benannten regelmäßigen Austausch mit den Verbünden dienen. Zugleich ist eine bedarfsabhängige ressortspezifische Zusammenarbeit mit den Verbünden möglich.

- **Empfehlung 17:** Die geplanten Geriatrieplaner- und Alten(hilfe)planerstellen sollten für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Bezirksämter mit den Verbünden genutzt werden.

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Verbünde für die Entwicklung von bezirksspezifischen sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten mit ihrem Vernetzungswissen und den umfangreichen Kenntnissen über die Gestaltung der verschiedenen Versorgungsangebote ein wichtiges Unterstützungspotenzial mitbringen. Um dieses Potenzial in einer Zusammenarbeit zwischen den Netzwerken und den Bezirksämtern wirksam nutzen zu können, ist ein gegenseitiges Vertrauen in den Willen zur Zusammenarbeit und die gegenseitige Leistungsbereitschaft notwendig.

Als vertrauensbildende Maßnahmen zeichnen sich offene Partizipationsmöglichkeiten und eine gemeinsame Vereinbarung grundlegender Zielstellungen in den Bezirken als wichtige Grundlage ab. In immerhin sieben Bezirksämtern wird eine Leistungsvereinbarung zwischen Bezirksamt und dem Verbund, ggf. getragen durch eine übergeordnete Vereinbarung mit der Senatsverwaltung Berlin, befürwortet.

Diese gemeinsame Erschließung von bezirklichen Zielen erfordert sowohl bei den Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden als auch in den Bezirksämtern eine aktive Koordinationsrolle. Die neu geplante Stelle der Altenhilfe-/Geriatrieplanung könnte somit die Grundlage eines Standards der gemeinsamen Koordination der

56 Vgl. SPD/DIE LINKE et al. (2016).

Zusammenarbeit von Bezirksamt und den Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden sein.

- **Empfehlung 18:** Die Möglichkeit von gegenseitigen Leistungsvereinbarungen für die Koordinierung der inhaltlichen Aufgabenbereiche der Verbundarbeit durch Bezirksamt und Verbund sollten geprüft werden.

10.5 Maßnahmen zur Stärkung der Rahmenbedingungen der Verbundarbeit

Mit dem Ausbau und der Gestaltung einer sektorenübergreifenden Versorgung soll erreicht werden, dass hochaltrige Menschen und ihre pflegeverantwortlichen Angehörigen durch passgenaue und aufeinander abgestimmte Angebote wirksame Unterstützung für eine weitgehend selbstbestimmte, eigenständige Lebensgestaltung erhalten. Dafür müssen die an diesen Angeboten und Versorgungsleistungen beteiligten Institutionen, Träger und Einrichtungen miteinander kooperieren.

Es zeigt sich, dass die Kooperation vor allem dann einen Nutzen entfalten kann, wenn damit konkrete Zielsetzungen und Ergebnisse verfolgt werden. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor der Vernetzung, der sich in dieser Studie offenbart hat und auch in anderen Netzwerkstrukturen Wirkung zeigt, ist es, die Ziele für potenzielle Kooperationsabsichten subjektorientiert und ausgehend von den Bedürfnissen und Lebenslagen der spezifischen Zielgruppen zu formulieren. Im Kontext kommunaler Netzwerke für die Bildung von „Präventionsketten“ für Kinder und Familien wurde das Paradigma “vom Kind her denken“ geprägt und begleitend evaluiert.[57] Das Ziel dieses Ansatzes lässt sich auf die Weiterentwicklung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in der Versorgung von hochaltrigen Menschen übertragen. Geht es doch darum, Zuständigkeits- und Ressortdenken zu überwinden, eine gemeinsame Problemsicht zu entwickeln und die Planung von möglichen Maßnahmen nicht aus den bestehenden Strukturen und Teilaufgaben heraus zu entwickeln, sondern aus der Perspektive der betroffenen Zielgruppe.[58]

Verbundarbeit, die ihrerseits eine systematische Kooperation und Vernetzung der kurativen, rehabilitativen und pflegerischen Leistungen aus den Sektoren Gesundheit, Soziales und Pflege weiterentwickeln und stärken soll, steht vor einer doppelten Herausforderung. Die Zuständigkeits- und Strukturgrenzen müssen nicht nur hinsichtlich des Auftrags überwunden und neugestaltet werden,

57 Vgl. Von Görtz (2015), S. 24.

58 Vgl. Bogumil/Seuberlich (2015), S. 46.

sondern auch hinsichtlich der eigenen Rahmenbedingungen für das Bestehen des Verbundes und für die Verbundarbeit.

Ebenso wie von den Verbünden (und Bezirksämtern) dazu eine subjektorientierte Sicht gefordert ist, sollte eine gezielte Stärkung der Verbundarbeit daher auch ausgehend von der Individualität der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde gedacht werden.

Aufgrund der vielfältigen Entwicklungsgeschichten zeigen sich nicht nur Unterschiede in der jetzigen Gestaltung der Verbundarbeit, sondern auch Unterschiede hinsichtlich der Entwicklungsmöglichkeiten und -bedarfe für die Verbünde. Einige Verbünde verfügen schon jetzt über festere Strukturen, eine hauptamtliche Koordinierung, konkrete Zielformulierungen und eine strategische Ausrichtung, die beispielsweise eine gute Basis für Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den Bezirksämtern, aber auch Krankenkassen, darstellen. Andere Verbünde stehen zunächst vor der Aufgabe, ihre strategische Ausrichtung und künftige Weiterentwicklung mit den jetzigen Verbundmitgliedern zu klären.

Die Stärkung der Verbundarbeit muss daher differenziert bei den unterschiedlichen Entwicklungsständen und Potenzialen der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde ansetzen und mit unterschiedlichen Instrumenten verfolgt werden. Dazu werden drei Instrumentarien empfohlen, die darauf ausgerichtet sind, trotz aller Unterschiedlichkeit der Verbünde in allen Bezirken Berlins Vernetzungen zu entwickeln, in denen gleichhohe qualitative Ansprüche an eine sektorenübergreifende Versorgung der hochaltrigen Menschen realisiert werden können.

- **Empfehlung 19:** Bei vorhandenen formellen Strukturen und thematischen Ausrichtungen kann eine wirkungsorientierte finanzielle Förderung die hauptamtliche Koordinierung der Verbünde unterstützen und damit unmittelbar vorhandene sektorenübergreifende Ansätze stärken.

Öffentliche Fördermittel sollten gezielt eingesetzt werden, um vorhandene Potenziale im Sinne einer Modellentwicklung der Verbundarbeit zu stärken. Aktuelle Forschung- und Projektergebnisse (z.B. DemNetD, KDA) zeigen übereinstimmend, dass die komplexen Netzwerkstrukturen am effektivsten durch eine langfristig gesicherte und personell stabil verankerte Koordinierung gesteuert werden können. Am nachhaltigsten erweisen sich dabei solche Netzwerke, die über Finanzierungsmodelle aus verschiedenen Finanzierungsquellen verfügen. Jene Verbünde, die schon über formalisierte Strukturen verfügen, die eine hauptamtliche Anstellung einer Koordinatorin oder eines Koordinators ermöglichen und Verbünde, die die Bereitschaft zur Gestaltung dieser Strukturen zei-

gen, können mit einer Förderung eines Stellenanteils für die Koordination aus Landesmitteln unterstützt werden. Dabei sollte die Landesförderung ergänzend zu eigeninitiativ entwickelten Finanzierungsgrundlagen der Verbünde gestaltet sein. Diese Mittel sollten langfristig gewährt werden, so dass für die Verbünde Planungssicherheit besteht.

Um mit der finanziellen Förderung konkrete sektorenübergreifende Netzwerkarbeit zu stärken, wäre eine Bewerbung der Verbünde mit Projektvorhaben und Konzepten ratsam, die in der Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Bezirksamt abgestimmt werden.

Mehrfach haben die Verbünde darauf hingewiesen, dass sie sich eine berlinweite nachhaltige Wirkung ihrer Projekte und entwickelten Maßnahmen wünschen. Sinnvoll erscheint es daher, dass eine finanzielle Förderung mit der Evaluierung und Kommunikation ihrer Wirkung verbunden ist. Ein strukturierter und systematisch aufbereiteter Transfer von Modellvorhaben in den weit entwickelten Verbünden kann die gewonnenen Erkenntnisse in die Fläche tragen, damit alle Berliner Bezirke von den Erkenntnissen profitieren.

- **Empfehlung 20:** Ein regelmäßiger politisch initiierter Dialog mit den Verbünden kann dazu beitragen, dass die relevanten Themen und Handlungsansätze berlinweit in den Verbünden Rückhalt finden und zugleich die öffentliche Wahrnehmung der Verbundarbeit fördern.

Die in den Bezirken etablierte Verbundarbeit braucht eine starke übergeordnete Lobby. Alle Verbünde berichten von der Problematik, dass insbesondere medizinische Akteurinnen und Akteure von ihnen nicht erreicht werden. Es herrscht jedoch Einigkeit, dass ein guter Austausch und ein direktes Kennenlernen zwischen den medizinischen Praxen bzw. Krankenhäusern und den Verbünden für alle Seiten sehr gewinnbringend wäre und dazu beitragen könnte, dass teilweise bestehende Vorbehalte abgebaut und langfristige Kooperationen initiiert werden. Aus der Sicht der Verbünde wäre hierzu eine politische Unterstützung sinnvoll. Mit einer klaren Positionierung der Senatsverwaltung und der Bezirksämter für eine stärkere Zusammenarbeit sowie der Sensibilisierung von relevanten Institutionen kann die Kontaktaufnahme zwischen den verschiedenen Sektoren gefördert werden. Operativ wäre dies in der Anregung oder Initiierung von Gesprächen zwischen den Verbünden und dem Landespflegeausschuss, den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer umsetzbar.

Die Themen, die für diesen Dialog relevant sind, können sich unter anderem aus den Erfahrungen der Verbundarbeit in allen Berliner Bezirken entwickeln. Daher ist bezirksübergreifend ein regelmäßiger Austausch der Verbünde mit der Senatsverwaltung für Ge-

sundheit, Pflege und Gleichstellung ratsam. Zum einen können dabei große und berlinweit relevante Handlungsfelder erkannt werden. Zugleich ist der Stand der Verbundarbeit übergeordnet transparent und präsent. Durch Empfehlungen des in Berlin schon umgesetzten Landesgremiums nach § 90 SGB V können die eruierten Handlungsfelder sektorenübergreifend eine höhere Bedeutung und Lobby erlangen.

Den passenden Rahmen für einen regelmäßigen Austausch zwischen Verbünden und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung könnte das im Folgenden noch dargestellte Lernnetzwerk in Form einer Jahrestagung bieten. Neben dem themenbezogenen fachlichen Austausch wäre dies auch ein Forum zur Anerkennung und Stärkung der Verbundarbeit durch den Ausdruck der politischen Erwünschtheit der Verbünde.

- **Empfehlung 21:** Ein Lernnetzwerk kann die Erfahrung und Expertise aus allen Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nutzbar machen.

Die Verbünde können sich mit ihrer jeweiligen entwickelten Expertise in einem Lernnetzwerk gegenseitig stärken. Insbesondere informell geprägte Verbünde äußern Unterstützungsbedarfe hinsichtlich rechtlicher Fragen für eine potenzielle Vereinsgründung. Darüber hinaus können aber auch Erfahrungen etwa in der Instrumentenentwicklung, mit Kooperationsformen, gelingenden Formaten für Arbeitsgremien oder Öffentlichkeitsarbeit im Lernnetzwerk ausgetauscht werden. Wesentlich erscheint eine ergebnisorientierte Ausrichtung des Lernnetzwerkes.

Analog zur empfohlenen hauptamtlichen Koordination der Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünde erscheint auch für die Konzeption und Moderation der Lernnetzwerktreffen eine kontinuierliche Koordinierung empfehlenswert. Die gegenseitige Unterstützung der Verbünde sollte durch ausgewählte Inputs von Fachreferentinnen und -referenten ergänzt werden. Dadurch soll gewährleistet werden, dass ein strukturierter Erkenntnisfortschritt im Sinne der Weiterentwicklung der Netzwerke und der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit stattfindet. Denkbar sind dazu verschiedene netzwerkinterne und -externe Modelle. Naheliegend erscheint zunächst eine übergeordnete Koordinierungsstelle mit der spezifischen Aufgabe der Beratung und Konzeptionierung von Lernformaten und Themen, die als Fördermaßnahme durch die Senatsverwaltung eingerichtet wird. Beispiele hierzu sind etwa die Landeskoordinierungsstellen, die im Rahmen der Bundesinitiative

Frühe Hilfen für Qualifizierung, Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung zuständig sind[59], oder die Landeskoordinierungsstelle im Rahmen der operativen Umsetzung der Landesinitiative „Kommunale Präventionsketten“ in Nordrhein-Westfalen[60].

Eine extern initiierte und finanzierte Koordinierung des Lernnetzwerkes steht jedoch nicht mit dem originären Vernetzungsverständnis aller Verbünde im Einklang und kann Befürchtungen hinsichtlich der entwickelten Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit in der Verbundarbeit stärken. Daher erscheint mit Blick auf das Ziel, alle vierzehn bestehenden Verbünde zu stärken, eine von den Verbünden selbst entwickelte und unabhängig finanzierte Koordinierungsstelle sinnvoll. Diesbezüglich wäre zum Beispiel das Lernnetzwerk als gemeinsamer Antrag aller Verbünde auf der Basis des § 45 c SGB XI zu prüfen. Die Arbeitsergebnisse des Lernnetzwerkes sollten dokumentiert werden und in der Veröffentlichung von Handlungsleitfäden münden.

Die Unterschiedlichkeit der Verbünde stellt sich in der Betrachtung als Hürde hinsichtlich der Entwicklung gemeinsamer Ziele und Standards für ideale Verbundstrukturen und die Verbundarbeit dar. Jedoch bieten die verschiedenen guten Praxen verschiedene inhaltliche Ansätze, die mit den aufgezeigten Instrumenten – wirkungsorientierte finanzielle Förderung, Initiierung des politischen Dialogs und Lernnetzwerk – für die Entwicklung von gemeinsamen qualitativen Leitsätzen der sektorenübergreifenden Arbeit für Berlin genutzt werden können.

10.6 Zusammenfassung aller Empfehlungen

Das Vorhaben, gemeinsame Ziele und Standards der Verbundarbeit mit allen Verbünden zu entwickeln, stellt sich im Rahmen der hier dargestellten Studie als nur begrenzt erreichbares Ziel dar. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die 14 Verbünde nicht nur unterschiedlich organisiert sind und unterschiedliche Arbeitsweisen entwickelt haben, sondern dass sie auch hinsichtlich ihrer Weiterentwicklung über unterschiedlich ausgeprägte Potenziale verfügen. Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung von gemeinsamen Zielen und Standards schon als Teil der angestrebten Weiterentwicklung und Unterstützung der Verbünde zu verstehen.

Nachfolgend werden alle Empfehlungen zur Weiterentwicklung zusammenfassend dargestellt. Diese können in dem Maße eine Basis für gemeinsame Ziele und Standards bilden, mit dem sich in der Praxis ein Konsens herstellen lässt. Auch hängt die Umsetzung der hier zusammengefassten Vorschläge davon ab, ob sie

59 Vgl. Bundesinitiative Frühe Hilfen (2017).

60 Vgl. Institut für soziale Arbeit e.V. (2017).

von den Verbünden als zu ihrem Selbstverständnis passend wahrgenommen werden.

- **Empfehlung 1:** Verbünde sollten sich mit ihrer beabsichtigen Wirkung profilieren und dabei einen Konsens mit dem Bezirksamt suchen.
- **Empfehlung 2:** Netzwerkzusammenhalt braucht neben der Partizipation eine planerische Vorbereitung und Strukturierung der Ziele und Ideen. Das erhöht das Identifikationspotential für die Mitglieder.
- **Empfehlung 3:** Die Verbundziele sollten u. a. direkt die Zielgruppe adressieren. Das erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wirkung der Verbundarbeit.
- **Empfehlung 4:** Die Strukturierung der Ziele in System- und Leistungsziele und die Bündelung in einer handlungs-leitenden Verbundstrategie ist eine wichtige Aufgabe der Verbundkoordination.
- **Empfehlung 5:** Verbünde brauchen formale Arbeitsstrukturen für verbindliche und steuerbare Arbeitsprozesse. Gleichzeitig sollten sie Raum für die informale, bilaterale und direkte Zusammenarbeit der Verbundmitglieder bieten und eine interne kleinräumige Struktur für kooperative Prozesse und Instrumentenentwicklung geben.
- **Empfehlung 6:** Mit einer kostenfreien Beratung können Verbünde, die die Umwandlung in einen Verein anstreben, bei Bedarf sehr wirkungsvoll unterstützt werden.
- **Empfehlung 7:** Innerhalb der Verbünde sollte in Zusammenarbeit mit allen Verbundmitgliedern konkretisiert werden, welche Erwartungen, Mitwirkungsmöglichkeiten und Mitwirkungsziele für die Mitgliedschaft bestehen und welche Verpflichtungen mit einer Verbundmitgliedschaft einhergehen.
- **Empfehlung 8:** Für die Koordinierungsaufgaben sollten in den Verbünden möglichst feste und ausreichend finanzierte Stellenanteile vorhanden sein.
- **Empfehlung 9:** Um eine langfristige und unabhängige Finanzierung sicherzustellen, sollten die Verbünde Finanzierungsmodelle aus mehreren Finanzquellen entwickeln und für die interne Funktionsfähigkeit die Einführung von Mitgliedsbeiträgen prüfen.
- **Empfehlung 10:** Aufgabenbezogen sollten zielgerichtete Finanzquellen geprüft werden. Dies umfasst neben Stiftungsgeldern Bundes- und Landesfördermittel sowie Fördermittel der Krankenkassen. Dazu ist eine Fokussierung konkreter Themen und Ziele notwendig. Empfohlen wird die Weiterentwicklung der bisherigen Themen, z. B. Gesundheit und Prävention im

Alter, wodurch insbesondere Fördergrundlagen der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen genutzt werden können.

- **Empfehlung 11:** Es wird eine gezielte Mitgliederakquise sowie der Aufbau von weiteren Kooperationen empfohlen, um eine passende Verbundzusammensetzung und Vernetzung mit Vertretenden aus den Sektoren Pflege, Gesundheit und Soziales zu erreichen.
- **Empfehlung 12:** Es wird die Entwicklung vielfältiger Beteiligungsmöglichkeiten empfohlen, die die Bedarfe und Interessen aller relevanten Akteursgruppen im Rahmen der Verbundarbeit berücksichtigen.
- **Empfehlung 13:** Vielseitige Arbeitsformate mit Bezug zur Versorgungspraxis, die flexible Beteiligtenkonstellationen erlauben, sollten genutzt werden, um die Bearbeitung unterschiedlicher Aspekte der Verbundarbeit zu ermöglichen und die sektorenübergreifende und aktive Mitarbeit nachhaltig zu fördern.
- **Empfehlung 14:** Die vorhandenen sektorenübergreifenden Ansätze sollten gezielt genutzt werden, um Akteurinnen und Akteuren aus den verschiedenen Sektoren den direkten Nutzen der Verbundarbeit für die eigenen Versorgungsaufgaben präsent zu machen.
- **Empfehlung 15:** Das Wissen und die Expertise der Verbünde für die (Fort-)entwicklung der bezirklichen Alten(hilfe)planung sollte umfassend genutzt werden.
- **Empfehlung 16:** Es sollten feste Gremien in den Bezirksämtern für die strukturierte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Verbünden gebildet werden.
- **Empfehlung 17:** Die geplanten Geriatrie- und Alten(hilfe)planerstellen sollten für eine ressortübergreifen de Zusammenarbeit der Bezirksämter mit den Verbünden genutzt werden.
- **Empfehlung 18:** Die Möglichkeit von gegenseitigen Leistungsvereinbarungen für die Koordinierung der inhaltlichen Aufgabenbereiche der Verbundarbeit durch Bezirksamt und Verbund sollten geprüft werden.
- **Empfehlung 19:** Bei vorhandenen formellen Strukturen und thematischen Ausrichtungen kann eine wirkungsorientierte finanzielle Förderung die hauptamtliche Koordinierung der Verbünde unterstützen und damit unmittelbar vorhandene sektorenübergreifende Ansätze stärken.
- **Empfehlung 20:** Ein regelmäßiger politisch initiierter Dialog mit den Verbünden kann dazu beitragen, dass die relevanten Themen und Handlungsansätze berlinweit in den Verbünden Rückhalt finden und zugleich die öffentliche Wahrnehmung der Verbundarbeit fördern.

- **Empfehlung 21:** Ein Lernnetzwerk kann die Erfahrung und Expertise aus allen Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbünden für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nutzbar machen.

Literatur und Quellen

AG Psychiatrie der AOLG (2012): **Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland. Bestandsaufnahme und Perspektiven**, Hamburg.

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.) (2016): **Demographie konkret. Pflege kommunal gestalten**, Gütersloh.

BMFSFJ (2004): **Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm**, Berlin.

Bogumil, J./Seuberlich M. (2015): **Gestalten statt Verwalten. Ressortübergreifende Präventionspolitik.** Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bochum/Gütersloh (herausgegeben vom Zentrum für Interdisziplinäre Regionalforschung).

Bundesinitiative Frühe Hilfen (2017): **Landeskoordinierungsstellen,** in: https://www.fruehehilfen.de/bundesinitiative-fruehe-hilfen/landeskoordinierungsstellen/ (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Bürgerstiftung Stuttgart (2017): **Palliativ-Netz,** in: http://www.buergerstiftung-stuttgart.de/paliativ-netz/ (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Demenznetzwerke.de (2017a): **Netzwerke finanzieren,** in: https://demenznetzwerke.de/start/netzwerk-finanzieren/ (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Demenznetzwerke.de (2017b): **Netzwerke betreiben,** in: https://demenznetzwerke.de/start/netzwerk-betreiben/ (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Demenz-Service-NRW (2012): **Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung von regionalen Demenznetzwerken. Empfehlungen aus der Praxis mit ausgewählten Beispielen.** Zwischenergebnis der Arbeitsgruppe „Netzwerk- und Quartiersarbeit“ der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen, Köln.

Deutsche Gesellschaft für Stiftungsförderung (2017): **Vergleich rechtsfähige (selbstständige) und treuhänderische (unselbstständige) Stiftung,** in: http://www.stiften.de/vergleich-rechtsfaehige-treuhaenderische-stiftung.html (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Dietz, B. (1999): **Vernetzung als Steuerungsinstrument kommunaler Gesundheits- und Altenpflegepolitik**, in: Dietz, B./Eißel, D./Naumann, D. (Hrsg.): Handbuch der kommunalen Sozialpolitik, Opladen, S. 203–221.

GeWINO Innovation Im Nordosten (Hrsg.) (2017): **2. Pflegereport Nordost. Demenzkranke und Pflegeleistungen – Regionale Entwicklung 2011 bis 2015**, Potsdam.

GKV Spitzenverband (2017): **Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V,** in: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

GKV-Spitzenverband (2017): **Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI,** in: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte/modellprojekte.jsp (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Groß, D./Holz, G./Boeckh, J. (2005): **Qualitätsentwicklung für Lokale Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung**, in: ISS Pontifex Nr. 1/2005, S. 1-94.

Institut für soziale Arbeit e.V. (2017): Die Landeskoordinierungsstelle, in: https://www.kommunale-praeventionsketten.de/landesinitiative/landeskoordinierungsstelle.html (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Kesselheim, H. (2002): **Qualitativ hochwertige Pflege. Herausforderung für die Pflegeprofessionalität**, in: Igl, G./Schiemann, D./Gerste, B./Klose, J. (Hrsg.): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe, Stuttgart, S. 349-362.

Klaes, L./ Raven, U./ Reiche, R. (2004): **Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm**, Berlin (herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Kofahl, C./Dahl, K./Döhner, H. (2003): **Synopse innovativer Ansätze zur Vernetzung älterer Menschen in Deutschland. Pro-NETZ**, Hamburg.

Mehnert T./Kremer-Preiß, U. (2014): **Nachhaltigkeit und Finanzierung. Handreichung im Rahmen des Förderbausteins 3.1.1**

„Projekte mit Ansatz zur Quartiersentwicklung“ des Deutschen Hilfswerks, Köln (herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe).

Nationale Präventionskonferenz (2016): **Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach nach § 20d Abs. 3 SGB V**, in: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Michalowsky B./Wübbeler, M./Thyrian J. R./Holle B./Gräske J./Schäfer-Walkmann S./Fleßa S./Hoffmann W./ (2016): **Finanzierung regionaler Demenznetzwerke. Determinanten einer nachhaltigen Finanzierung am Beispiel spezialisierter Gesundheitsnetzwerke**, in: Das Gesundheitswesen.

Robert Koch-Institut (2015): **Gesundheit in Deutschland**, in: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Santen, E. van/Seckinger, M (2003): **Kooperation. Mythos und Realität in der Praxis**, Opladen.

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (2008): **Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008. Daten des Gesundheits- und Sozialwesens,** in: https://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/basisberichte/bb_2008.pdf (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): **80plus. Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen. Schnittstellen, Ziele und Handlungsbedarf**. Diskussionspapier, in: http://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/80plus/15-04-29_80plus_final_Apr2015.pdf (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016): **80plus-Rahmenstrategie zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin. Ziele, Maßnahmen und Kooperationspartner**, in: http://www.gesundheitbb.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/GesBB/Materialien/Projektmaterial/Berlin/80plus_rahmenstrategie.pdf (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2016): **Mittlere Variante der Bevölkerungsprognose auf Grundlage des**

Einwohnerregisters zum Stichtag 31.12.2014, Berlin (zur Verfügung gestellt am 19.01.2017).

SPD/DIE LINKE/BÜNDNIS 90/ Die Grünen (2016): **Berlin gemeinsam gestalten. Solidarisch. Nachhaltig. Weltoffen.** Koalitionsvereinbarung für die Legislaturperiode 2016-2021, in: https://gruene.berlin/sites/gruene.berlin/files/2016-11-16-koalitionsvereinbarung_2016-21_final_0.pdf (zuletzt abgerufen am 24.11.2017).

Von Görtz, S. (2015): Kein Kind zurücklassen! Kommunen in NRW beugen vor (KeKiz). Erste Erkenntnisse aus dem Modellvorhaben von NRW-Landesregierung und Bertelsmann Stiftung, in: forum kriminalprävention Nr. 1/2015, S. 24-30.

Wächtler C./Laade H./Leidinger F./Matzentzoglu S./Nissle K./Seyffert W./Werner B. (1998): **Gerontopsychiatrische Versorgungsstruktur. Bestehendes verbessern, Lücken schließen, die Versorgungselemente "vernetzen"**, in: Spektrum 27, S. 94−98.

Wissmann, P. (1996): **Altersrehabilitation ist mehr als Einzelhilfe. Unterstützungsmanagement und Coping-Struktur des Gemeinwesens**, in: Wissert, M. (Hrsg.): Ambulante Rehabilitation alter Menschen, Freiburg, S. 176-206.

Zemann, P. (2007): **Strukturelle Vernetzung in Altenhilfe und Pflege. Zur Aktualität eines vieldiskutierten Konzeptes**, in: Informationsdienst Altersfragen Nr. 6/2007.