

EVALUATION

„KOMMUNALE PFLEGEKONFERENZEN – NETZWERKE FÜR MENSCHEN“

Teil 1: Abschlussbericht

Teil 2: Methodenkoffer – Best Practice-Beispiele

Im Auftrag des Ministeriums für Soziales,
Gesundheit und Integration Baden-Württemberg
Stand: 12. Dezember 2022

Dipl. Psych. Iren Steiner,
Prof. Dr. Andrea Helmer-Denzel,
Prof. Dr. Barbara Steiner

iren.steiner@sozialwissenschaften-stuttgart.de

IfaS - Institut für angewandte Sozialwissenschaften

Steinbeis-Transferzentrum an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Stuttgart

Rotebühlstr. 131

70197 Stuttgart

info@ifas-stuttgart.de

www.ifas-stuttgart.de

Alle Rechte bleiben dem Auftraggeber vorbehalten!

Kommunale Pflegekonferenzen in Baden-Württemberg:

Auf dem Weg zu Netzwerken für Menschen *Ergebnisse für Eilige*

- **Pflegekonferenzen dienen als Informations-, Kontakt- und Orientierungsinstrument** und finden in allen evaluierten Stadt- und Landkreisen **prozesshaft** statt.
- Aus hierarchisch organisierten Verwaltungen sollen intersektorale Vernetzungen in der Region angeregt werden. Dies gestaltet sich als herausfordernde Aufgabe, da hierfür **heterarchische Prozesse in der Verwaltung notwendig** sind und die **Unterstützung der Verwaltungsspitze** benötigt wird.
- Die **Koordinatorinnen arbeiten mit hohem Engagement** und treffen dabei auf unterschiedlich starke Unterstützung in der Verwaltung und bei den Akteur*innen in der Region.
- Die **Siedlungsstrukturen** der Land- und Stadtkreise variieren, daraus **ergeben** sich **unterschiedliche Herausforderungen für die Gestaltung** der Pflegekonferenzen. Insbesondere ländliche Landkreise sind eher auf Verbundlösungen angewiesen, die **personellen Ressourcen in kleinen Gemeinden begrenzt**.
- **Gemeinden sind unterschiedlich stark an der Mitgestaltung** der Pflegekonferenzen **interessiert**, dies ist z. B. abhängig vom demografischen Druck, von Ressourcen und dem persönlichen Engagement von Bürgermeister*innen. In Stadtkreisen ist eher ein erlebbarer gemeinsamer Bezugsrahmen vorhanden und damit Vernetzung ins Quartier eher möglich.
- Alle Beteiligten an Pflegekonferenzen vertreten sektorenabhängige Eigeninteressen, es müssen **Themen** gefunden werden, die **„Komplexität reduzieren“** und gleichzeitig für die Teilnehmenden **von Interesse sind**.
- **Brennende Themen** wie z. B. Fachkraftmangel, Notwendigkeit des Ausbaus von Kurzzeitpflegeplätzen oder Digitalisierung, können **nur zum Teil** in Pflegekonferenzen **bearbeitet** werden.
- **Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen** bearbeiten das Thema Pflege **mit unterschiedlichen** Schwerpunkten.
- In allen Pflegekonferenzen wurden erste Vernetzungsschritte unternommen, eine **dauerhafte Implementierung ist notwendig**, aber nicht überall gegeben.
- Die **Ergebnisse aus den Pflegekonferenzen** sollten in einem nächsten Schritt in **„die jeweilige politische Arena“** eingespeist und bearbeitet werden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Das Förderprogramm „Pflegekonferenz“	6
1.1. Sozialpolitische Bedeutung von Vernetzung im Bereich der Unterstützung und Pflege älterer Menschen	8
1.2. Die Pflegeversicherung: Koordination/Vernetzung über Pflegestützpunkte und die Frage der Infrastrukturverantwortung	9
1.3. Pflegekonferenzen und weitere aktuelle Koordinations- und Vernetzungsgremien als Schnittstellen im Bereich Pflege und Teilhabe	12
1.3.1 Pflegekonferenzen	12
1.3.2 Kommunale Gesundheitskonferenzen	12
1.3.3 Regionale Koordinierungsstellen in der generalistischen Pflegeausbildung	13
1.3.4 Vernetzungsverbünde Behindertenhilfe	14
2. Die Evaluation – In welcher Form werden Stadt- und Landkreise evaluiert?	15
2.1. Das Evaluationskonzept	15
2.2. Besonderheiten im Evaluationsverlauf	18
3. Theoretische Annäherung: Wohlfahrtsmix, Governance – Government	19
4. Empirische Analyse: Pflegekonferenzen im Spiegel der standortbezogenen Auswertungsergebnisse	25
4.1. Beschreibung von Struktur, Einstieg, Durchführung der Pflegekonferenzen	25
4.1.1 Strukturdaten	25
4.1.2 Einbettung in die Landkreisorganisation	29
4.1.3 Zur Einstiegssituation	36
4.1.4 Ergebnisse zur Durchführung von Pflegekonferenzen	43
4.1.5 Ergebnisse zur Zielerreichung	61
4.2. Ergebnisanalyse für die Pilotlandkreise	79
4.2.1 Organisationsperspektive - Zur Dynamik des institutionellen Settings	85
4.2.2 Prozessperspektive - Zur Dynamik von Akteur*inneninteressen	87
4.2.3. Personenperspektive - Die Rolle der Koordinator*innen	90
4.2.4 Die Auswirkung von Ausgangsszenarien und Strukturunterschieden	93
5. Best-Practice: Der Methodenkoffer – Eine Handreichung	96
5.1. Digital - analog und digital – print - Qualitätsfrage im Medien- und Methodenmix	96
5.2. Ziele der Instrumente: Organisations-, Orientierungs- und Planungshilfen	97
6. Quintessenzen – Was können Pflegekonferenzen leisten?	99

6.1. Pflegekonferenzen und die Anforderungen des Förderprogramms: Vernetzung, Kooperation mit Gesundheitskonferenzen, Quartiersbezug	100
6.1.1 Vernetzung: Alle Akteur*innen an einem Tisch – Gelingen Koppelungen?	100
6.1.2 Gesundheitskonferenzen – Ergänzung oder Konkurrenz zur Pflegekonferenz?	102
6.1.3 Der Quartiersbezug: Wie reichen Pflegekonferenzen in Sozialräume hinein?	107
6.2. Pflegekonferenzen und Besonderheiten der lokalen Rahmenbedingungen	110
6.2.1 Besondere Merkmale aus der Perspektive der Koordinatorinnen: Interne Perspektive	110
6.2.2 Besondere Merkmale aus der Perspektive der Prozessbegleitung der Pilote: Externe Perspektive	112
6.3. Pflegekonferenzen als kooperatives Steuerungsinstrument.....	113
6.3.1 Verbesserte Handlungskoordination	114
6.3.2 Systematische, sektorenübergreifenden Umsetzungspraxis (bis in den Sozialraum)	115
6.3.3 Pflegekonferenzen und kooperative Steuerungsqualität	117
6.4 Ausblick und Empfehlungen	118
Literaturverzeichnis.....	120
Abkürzungsverzeichnis	125
Abbildungsverzeichnis	126
Tabellenverzeichnis	127
Anhang 1: Fragebogen – Abschlussbefragung.....	128
Anhang 2: Statusbogen 1 und 2.....	150

„Wenn etwas besser werden soll, muss man etwas Neues machen. Wenn man aber etwas Neues macht, kann man nie sicher sein, ob es auch besser wird.“ (Kühl, 2000, S. 172).

1. Einleitung: Das Förderprogramm „Pflegekonferenz“

In dieser Evaluation wird das Förderprogramm „Pflegekonferenzen Baden-Württemberg – Netzwerke für Menschen“ im Bereich der kommunalen Altenhilfe analysiert. Es wird untersucht, ob und wie sich intersektorale Koordination und Kooperation im Umfeld der Pflege aktivieren lässt. Dabei werden Land- und Stadtkreise in Baden-Württemberg in den Blick genommen, die für die Umsetzung des Programmes eine Förderung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration erhalten haben.

In Bezug auf intersektorale Koordination stellt sich die Frage, ob es gelingen kann, dass aus einer Landkreisverwaltung heraus, deren interne Steuerung hierarchischen Mustern folgt, Interdependenzen zwischen Akteur*innen aus Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft in der Region, mit Formen bearbeitet werden, die sich am Netzwerkparadigma orientieren. Die theoretische Hintergrundfolie, die in dieser Evaluation verwendet wird, besteht aus Ansätzen der Governanceforschung.

In Baden-Württemberg wurde die Durchführung von Pflegekonferenzen durch das Landesprogramm „Kommunale Pflegekonferenzen BW – Netzwerke für Menschen“ im Zeitraum von 2020-2022 gefördert.

*„Ziel der Förderung ist es, Best-Practice-Beispiele für Kommunale Pflegekonferenzen zu implementieren. Alle wesentlichen lokalen Akteur*innen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie der Pflege selbst sollen sich vernetzen, die Angebote auf die Bedarfe der Menschen vor Ort abstimmen und entsprechend aufbauen, bzw. ausbauen.“ (Förderaufruf zur Pflegekonferenz 2019)*

Das Förderinstrument „Pflegekonferenz“ lässt sich fassen, als ein von der Landesebene initiiertes Programm, das „im Schatten der Hierarchie“ (Benz/Dose 2010, S. 22) einer Landkreisverwaltung, Koordinationsformen mit regionalem Bezug und sektorenübergreifend anregen will. Es folgt dabei implizit dem Steuerungsverständnis von „Governance with Government“ (Benz & Dose 2010, S. 26; Zürn 1998, S. 169f.) und legt die Aufgabe der Vernetzung in die Hand der Landkreis- bzw. Stadtkreisverwaltungen. Die Kreise erhalten eine finanzielle Förderung und beauftragen eine/einen beim Land-/Stadtkreis angestellte/n Koordinator*in, die im 18monatigen Förderzeitraum mindestens zwei Pflegekonferenzen organisiert, um (korporative) Akteur*innen im Umfeld der Pflege miteinander zu vernetzen.

Mit Blick auf den institutionellen Kontext stellt sich die Frage, inwiefern in den jeweiligen Landkreisverwaltungen die Steuerungsform „Governance with Government“ in der Verwaltung bereits eingeübt ist (im Vergleich zur herkömmlichen Form der „Governance by Government“) und inwiefern „Governance with Government“ als für Verwaltungen eher neues Steuerungsverständnis, auch im *Verhältnis von Landkreis zu Kreiskommunen* und im *Verhältnis von Landkreis zu weiteren Akteur*innen in der Pflegelandschaft* (z. B. stationäre und ambulante Altenhilfe, Ärzte, Kliniken) sichtbar wird.

Die Autorinnen, die die Evaluation des Projektes durchführen, beobachten bei der Implementierung und Durchführung der Pflegekonferenzen erhebliche Unterschiede in Bezug auf regionale Konstellationen und Herangehensweisen. Die *Unterschiede* werden in der *Einstiegsphase* sichtbar im Hinblick auf die regionale Ausgangssituation, die Art der Einbindung der Akteure und auch in Bezug auf die institutionellen Rahmenbedingungen. In der *Durchführungsphase* zeigen sich die Unterschiede in Bezug auf inhaltliche und methodische Aspekte, etwa im Versuch, die Komplexität des Pflege-themas insgesamt zu reduzieren oder die Heterogenität der Interessenlagen der Beteiligten zu berücksichtigen und produktive Handlungsstrategien zu entwickeln.

In diesem Bericht werden die Ergebnisse der Evaluation verdichtet präsentiert, da diesem Abschlussbericht in der Projektlaufzeit bereits zwei Zwischenberichte vorausgegangen sind, die die Entwicklung der Pflegekonferenzen jeweils schrittweise und im Detail darstellen. Das Förderinstrument „Pflegekonferenzen“ ist nicht der erste Schritt, der in Baden-Württemberg unternommen wurde, um die Akteur*innen im Arbeitsfeld der Pflege zu vernetzen.

Baden-Württemberg zeichnet sich seit den 2000er Jahren durch drei Policyentwicklungen aus, die einen solchen regionalen sozialräumlich ausgerichteten Governanceansatz in der Altenhilfe im Sinne von „political opportunity structures“ (Tarrow 1983, S. 28; Maloney et al. 2000, S. 809f.) forciert haben. Es handelt sich hierbei um folgende **exogene Faktoren**, die zum Empowerment der Akteur*innen beitragen sollen:

a) Entwicklung einer großen **Vielfalt an lokalen Betreuungs- und Unterstützungsinitiativen im Alltag** (Hilfen im Alltag) mit bürgerschaftlicher Mitwirkung in Erweiterung der professionellen Angebote. Hier liegt der Beginn bereits in den 1990er Jahren, verstärkt haben sich die Aktivitäten dann seit 2002 mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz und ab 2015 mit den Pflegestärkungsgesetzen, ausgestattet mit Ressourcen der Beratung und Förderung durch das Land und die Pflegekassen (vgl. hierzu Unterstützungsangeboteverordnung (UstA);

b) Breite **Förderung der Quartiersentwicklung** u.a. mit alterssensiblen Schwerpunkt auf kommunaler Ebene mit entsprechenden finanziellen und fachlichen Ressourcen seit 2017 (Landesstrategien „Quartier 2020“ und „Quartier 2030“);

c) Einführung einer „**Kultur des Gehörtwerdens**“ in Form systematischer Beteiligungsformate als Governanceform für Regierungshandeln in unterschiedlichen Sektoren auf Landesebene seit 2011 (Kretschmann 2011).

In diesem Sinne beginnen die Landkreise, die dem Förderaufruf folgen, keinesfalls „bei Null“, sondern können sich auf mehr oder weniger entwickelte „Pflegelandschaften“, Fachdiskurse und politische Narrative stützen bzw. sehen sich mehr oder weniger konfrontiert mit Anforderungen zum Interdependenzmanagement. Daran anknüpfend kann die Pflegekonferenz als neues Instrument im Zug einer kooperativen Staatspraxis im Sektor Pflege begriffen werden (Mayntz 2010, S. 39).

1.1. Sozialpolitische Bedeutung von Vernetzung im Bereich der Unterstützung und Pflege älterer Menschen

Die Weiterentwicklung der Hilfen und der Infrastruktur für den wachsenden Bedarf älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, stellt eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Die Entwicklung ist im Spannungsfeld der Wünsche und Bedarfe der älteren Menschen, den primären Netzwerken von Familienangehörigen und Freunden, den sekundären Netzwerken der Selbsthilfe, Ehrenamtlichen und Non-Profit-Organisationen, den Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe und Gesundheitsversorgung sowie den Landkreisen, Kommunen bzw. Städten und den Leistungsträgern wie Pflegekassen zu leisten.

Dieses Spannungsfeld wird durch unterschiedliche und sich laufend verändernde Rahmenbedingungen und Steuerungseinflüsse innerhalb dieser Bereiche und zwischen ihnen geprägt. Unterstützungsangebote für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sind nur so gut, wie sie auf die Bedarfe von Betroffenen und Angehörigen passen und von ihnen erschlossen werden können. Als ein Modell für die bedarfsgerechte Entwicklung und Vorhaltung wird (neben der qualifizierten Beratung) die Koordination und Vernetzung der Hilfs- und Unterstützungsangebote und der betreffenden Akteur*innen im Sozialsystem betrachtet. Dies spielt insbesondere in der regionalen, kleinräumigen und alltagsbezogenen Versorgung eine wichtige Rolle. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung und der Umsetzung in Landespflegegesetzen wurde dieses Modell exemplarisch erprobt und z. B. auch mit der Neuordnung der ambulanten Hilfen und der Einrichtung von IAV-Stellen und der AG Ambulante Hilfen in Baden-Württemberg konnten dazu Erfahrungen gesammelt werden. Die Verknüpfung von Beratung und Koordinierung/Vernetzung von Angeboten wird als Instrument gesehen, die Leistungen für die betreffenden Personen zu optimieren, Versorgungsbrüche zu vermeiden und Über- oder Unterversorgungsbereiche zu identifizieren. In diesem Zusammenhang bestehen als weitere Optionen bzw. Fragen, ob erstens Beratung

und Koordinierung/Vernetzung aus einer Hand erfolgen soll und wie sie ggfls. aufgeteilt werden kann und zweitens, wie Erkenntnisse von Über- oder Unterversorgung entsprechender Bedarfsgruppen gewonnen werden können, wie sie in die Strukturplanung einfließen können und wer für die Umsetzung zuständig ist. Die Konstitution von Koordinierungs- und Vernetzungsgremien – Zielsetzung, Verbindlichkeit, Zusammensetzung etc. – wirkt in das Zusammenspiel der o.g. Bereiche ein. Pflegekonferenzen stellen insofern ein weiteres Instrument dar, das die Koordinierung und Vernetzung in der Kommune anregen und unterstützen soll. Es erfolgt im Weiteren eine historische Einordnung, die die bisherigen Bemühungen von Vernetzung von Pflege- und Beratungsangeboten in den Blick nimmt.

1.2. Die Pflegeversicherung: Koordination/Vernetzung über Pflegestützpunkte und die Frage der Infrastrukturverantwortung

Das Pflegeversicherungsgesetz hat zentrale Ausführungsregelungen in die Zuständigkeit der Länder gelegt. Sie sind nach § 9 für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich und bestimmen das Nähere zur Planung und zur Förderung der Pflegeeinrichtungen im Landesrecht.

Nach § 8 SGBXI wird die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet. In gemeinsamer Verantwortung sollen die Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammenarbeiten, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Explizit wird des Weiteren auf die Beteiligung des informellen Sektors verwiesen: „Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen und wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin“ (§ 8 SGBXI). Wie die Zusammenführung der Akteur*innen bewerkstelligt werden kann, soll in Landespflegegesetzgebungen ausgeführt werden. Zur Beratung über Fragen der Pflegeversicherung wird nach § 8a für jedes Land oder für Teile des Landes ein Landespflegeausschuss eingerichtet, in den die Landesregierung Organisationen unter Berücksichtigung der Interessen aller an der Pflege im Land Beteiligten beruft.

Eine Analyse der Landespflegegesetze aus dem Jahr 1999 (Rosendahl) hat sich mit der Organisationsform der Infrastrukturaufgaben und der Verbindlichkeit der Einrichtung entsprechender Organisationen, Gremien und Arbeitsgemeinschaften bei der

Implementierung der Pflegeversicherung beschäftigt. Als Organisationsform der Zusammenarbeit wurden in drei Bundesländern „Pflegekonferenzen“ genannt, in einem Bundesland die der Pflegekonferenz ähnliche „Arbeitsgemeinschaft“, in drei weiteren Bundesländern wurden Regelungen zur Kooperation festgelegt, allerdings in vergleichsweise unspezifischer Art. Rosendahl konstatiert, dass die Einflussnahme von örtlichen Kooperationsgemeinschaften vor übergeordneten Institutionen, wie beispielsweise dem Landespflegeausschuss, umso größer sein dürfte, je größer ihre Rechtssicherheit in Bezug auf ihre Existenz und ihre Aufgaben ist. Mit dem Grad der Verbindlichkeit zur Einrichtung von Kooperationsgremien könnte gleichzeitig auch die Wirkungsweise und der Einfluss der Gremien steigen, was aber nicht allein von der gesetzlichen Verankerung abhängen muss (Rosendahl, 1999, S. 148). Es gab nur in zwei Bundesländern verbindliche Regelungen zur Kooperation in Bezug auf die örtliche Pflegeinfrastruktur in den Landespflegegesetzen, in fünf Bundesländern gab es Soll- und Kannbestimmungen, sonst fand die Verbindlichkeit keine Erwähnung (Rosendahl, 1999).

In **Baden-Württemberg** gab es bereits 1991 mit der „**Neuordnung der ambulanten Hilfen**“ (MAGS 1992) ein Modell, durch Kooperation der Akteur*innen zu einem abgestimmten Handeln in der Pflege beizutragen. Das Gesetz sah die Einführung von sogenannten Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV), den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von Sozialstationen und ambulanten Hilfen, die Gründung örtlicher Hilfeverbände sowie die Verbesserung der personellen und organisatorischen Ausstattung der einzelnen Dienste vor. Die geförderten Dienste wurden zur gegenseitigen Zusammenarbeit in einem örtlichen Hilfeverbund, der „Arbeitsgemeinschaft Ambulante Hilfen und Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen“ (AG) verpflichtet. Die AG war zuständig unter Beteiligung des Stadt- oder Landkreises und der kreisangehörigen Gemeinden für die Regelung der gegenseitigen Zusammenarbeit, die Zusammenarbeit mit anderen Trägern, den Heil- und Heilhilfsberufen und den teilstationären und stationären Einrichtungen sowie für die bedarfsgerechte Abstimmung der Hilfeangebote (MAGS 1992, S. 38f.). Durch die Einschränkung der Ausrichtung auf den ambulanten Versorgungssektor und den vorgegebenen Rahmen, in dem Kooperationen wirken sollten und die konkrete Gestaltung der angestrebten Zusammenarbeit, ist der Ansatz nicht deckungsgleich mit den Pflegekonferenzen. Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde das Programm nicht flächendeckend weitergeführt, allerdings gibt es in den Pflegekonferenzen Anknüpfungspunkte an diese Arbeitsgemeinschaften, da dieses Gremium zum Teil weiterbestand.

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurden, durch die Übertragung der Finanzierung von Pflegeleistungen auf eine Sozialversicherung, grundsätzliche Veränderungen im Sozialpolitikfeld Pflege bewirkt, indem sie in das Leistungserbringungsrecht und in die

Leistungserbringungspflicht in der Altenhilfe eingegriffen hat. Mit der Pflegekasse ist eine neue Akteurin auf den Plan getreten, die nach § 12 SGBXI einen Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zugeschrieben bekam. Daraus ergaben sich in den nachfolgenden Jahren Unklarheiten in Bezug auf Steuerungs- und Planungskompetenzen mit den Kommunen, die diese bisher auf Basis des Daseinsvorsorgeauftrags innehatten.

Die Pflegekassen sind zur engen Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen, gesundheitlichen und sozialen Versorgung Beteiligten verpflichtet und sollen insbesondere durch Pflegestützpunkte (PSP) nach § 7c SGBXI auf eine Vernetzung der regionalen und kommunalen Versorgungsstrukturen hinwirken, um eine Verbesserung der wohnortnahen Versorgung pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen zu ermöglichen. Zur Durchführung der ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben sollen sie örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. Dieser Auftrag wird im Gesetz allerdings nicht näher konkretisiert. Ab dem Jahr 2008 entstanden in 14 Bundesländern PSP. Mit Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) III 2017 und dem damit verbundenen Initiativrecht der Kommunen wurden die Pflegestützpunkte weiter ausgebaut, aber die Koordination und Vernetzung als Aufgabenbereich spielt in der Regel eine marginale Rolle. Eine bundesweite Studie aus 2018 kommt zu dem Ergebnis, dass die Zusammenarbeit der PSP mit anderen an der Versorgung beteiligten Akteur*innen eher einzelfallbezogen stattfindet und mehrheitlich auf mündlichen Absprachen und persönlichen Kontakten basiert. Nur in einzelnen Fällen erfolgt die systematische Einbindung weiterer Akteur*innen wie Krankenhäuser, Ärzt*innen, Ehrenamt, Selbsthilfe und Anbieter*innen von Unterstützungsleistungen (Braeseke et al. 2018, S. 16). Am 01.07.2018 trat der Rahmenvertrag zur Arbeit und Finanzierung der PSP zwischen den kommunalen Landesverbänden und den Landesverbänden der Kranken- und Pflegekassen nach §7c Abs.6 SGBXI in Baden-Württemberg in Kraft und löste die 2009 gegründete Landesarbeitsgemeinschaft der PSP Baden-Württemberg ab. Der Rahmenvertrag sieht als Aufgaben der PSP unter §4 Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben vor, die aber wenig spezifisch ausformuliert sind im Gegensatz zu den Auskunfts-, Beratungs- und Case Management-Aufgaben (Lehmann & von Weyhe, 2020).

Es kann als Ergebnis festgehalten werden, dass es im Zuge der Einführung der PV bis Ende 1999 nur vereinzelt verbindlich agierende Kooperationsgremien gab. Auch mit dem PSGIII und dem Ausbau der PSP kann nicht von einem diesbezüglichen Bedeutungszuwachs gesprochen werden. Kritisch wird insbesondere gesehen, dass bei der Umsetzung der Pflegeversicherung die Stärkung der kommunalen Handlungsebene, um die Einlösung der Verantwortung für die Sicherstellung der Pflege und Teilhabe vor Ort als gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten zu befördern, nicht vorangetrieben wurde (Klie et al. 2021, S. 4).

1.3. Pflegekonferenzen und weitere aktuelle Koordinations- und Vernetzungsgremien als Schnittstellen im Bereich Pflege und Teilhabe

1.3.1 Pflegekonferenzen

Die Entwicklung von Pflegekonferenzen ist Resultat einer 2014 eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Diese hat insbesondere zwei Felder identifiziert, in denen Handlungsbedarf besteht: Erstens angemessene Steuerungsmöglichkeiten der Angebotsstrukturen vor Ort, zweitens effiziente Kooperations- und Koordinationsstrukturen inklusive einer besseren Verzahnung der kommunalen Beratung im Rahmen der Daseinsvorsorge und im Rahmen der Rolle der Kommunen als Sozialleistungsträger mit den Beratungsangeboten und -aufgaben der Pflegekassen (BMG 2014). Als Empfehlungen wurden u.a. beschlossen das Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten, die optionale Einrichtung regionaler Pflegeausschüsse (Pflegekonferenzen), die Beteiligung am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote, die Ermöglichung sektoren- und bereichsübergreifender Gremien und die Stärkung der Kommune bei der Steuerung der sozialräumlichen Versorgungsstruktur. Die Erkenntnisse sind in die Novellierung des Landespflegegesetzes (LPfLG) Baden-Württemberg von 1995 eingeflossen. Im novellierten Landespflegestrukturgesetz (LPSG) von 2018 wurde die optionale Bildung von Pflegekonferenzen in das Gesetz aufgenommen. Hier sollen nach § 4 zu Fragen 1. der notwendigen kommunalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen, 2. der Schaffung von altersgerechten Quartiersstrukturen insbesondere unter Einbeziehung neuer Wohn- und Pflegeformen, 3. der kommunalen Beratungsstrukturen für an den Bedarfen orientierte Angebote und 4. der Koordinierung von Leistungsangeboten (Landtag von Baden-Württemberg 2018) beraten werden. Im Kontext dieser Aufgaben zeigen sich weitere Entwicklungsfelder und Anknüpfungspunkte, die in unmittelbarem oder weiterem Zusammenhang mit der Pflege- und Unterstützungsinfrastruktur stehen. Hier wären neben den PSP und ihren Vernetzungsaufgaben vor allem die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die regionalen Koordinierungsstellen in der generalistischen Pflegeausbildung und Vernetzungsverbände der Behindertenhilfe wie z. B. Inklusionskonferenzen zu nennen. Im Rahmen der vorliegenden Evaluation zur Umsetzung der Pflegekonferenzen wurde auch die Verknüpfung der Pflegekonferenz mit diesen Instrumenten abgefragt.

1.3.2 Kommunale Gesundheitskonferenzen

Kommunale Gesundheitskonferenzen (KGK) in der aktuellen Form gibt es in Baden-Württemberg bereits seit 2010. Im Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden

Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz - LGG) 2015 sind die Land- und Stadtkreise mit einem Gesundheitsamt verpflichtet, im jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsamts KGK einzurichten, was bis 2018 flächendeckend umgesetzt wurde. Nach § 4 LGG ist ihre Aufgabe die Beratung, Koordinierung und Vernetzung von Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention, der medizinischen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation mit örtlichem Bezug und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Diese können von der Kommunalen Gesundheitskonferenz in die zuständigen gesundheitspolitischen Gremien des Landes eingebracht werden (LGG 2015). Zentrale Strukturelemente sind die Leitung durch Landrät*in bzw. Oberbürgermeister*in, Geschäftsstelle, Plenum, Lenkungskreis, Arbeitsgruppen, Schnittstellen zu anderen Netzwerken und Gremien (Idler et al., 2018, S. 164). Durch diese strukturellen Vorgaben können KGK auf Ebene der Land- und Stadtkreise große Wirksamkeit in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens entfalten. Die thematische Ausrichtung fußt auf den Zukunftsplan Gesundheit der Landesregierung Baden-Württemberg und beinhaltet im Jahr 2014 eine verstärkte Ausrichtung der Akteur*innen der gesundheitspolitischen Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Versorgung und Pflege auf eine gemeinsame Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und eine stärkere Vernetzung, Regionalisierung sowie Patienten- und Bürgerorientierung (Idler et al. 2018). Nach § 4 LPSG ist die Abstimmung der Pflegekonferenzen mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen vorgesehen (vgl. hierzu Kapitel 6.1.2).

1.3.3 Regionale Koordinierungsstellen in der generalistischen Pflegeausbildung

Die bisherigen Berufsausbildungen der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege werden seit 2020 nach dem Pflegeberufgesetz (PflBG) zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengeführt. Während im alten System der Fokus auf einer verantwortlichen Einrichtung und einer Pflegeschule lag, sind jetzt erweiterte Praxiseinsätze bei unterschiedlichen Trägern zu absolvieren. Daraus folgt die Notwendigkeit der engen Kooperation von Trägern und Schulen vor Ort, um das integrierte Berufsprofil umzusetzen. Über Ausbildungsverbünde und neutrale Moderierende soll die träger-, verbands- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Krankenpflege und Altenpflege gestaltet werden. Um die Träger der praktischen Ausbildung und die Pflegeschulen in der Anlaufphase der Pflegeberufereform zu unterstützen, können in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Baden-Württemberg Koordinierungsstellen für die generalistische Pflegeausbildung eingerichtet und gefördert werden. 2021 waren im zweiten Förderdurchlauf 37 Stellen eingerichtet (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg, 2021, S. 1). In einigen Stadt- und Landkreisen wurden durch die

Ausbildungsverbände und die Koordinierungsstellen bereits der Boden für die Zusammenarbeit in Pflegekonferenzen bereitet.

1.3.4 Vernetzungsverbände Behindertenhilfe

Die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG 2016) führt zu einem Paradigmenwechsel und zu einer strukturellen Neuausrichtung in der Eingliederungs- und Behindertenhilfe. Das BTHG fußt auf der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem Leitbild der „Inklusion“ und zielt darauf ab, Prävention, Teilhabe und Mitbestimmung der betroffenen Menschen auf Basis bestehender Sozialgesetze zu verbessern. Nach § 94 SGB IX sind die Länder verpflichtet, für flächen- und bedarfsdeckende, am Sozialraum orientierte und inklusiv ausgerichtete Angebote zu sorgen. Den Kommunen als örtliche Träger der Eingliederungshilfe im Bereich der Teilhabe für Menschen mit Behinderungen, ist eine erweiterte Gestaltungsaufgabe zugewachsen. Sie sind verpflichtet, Maßnahmen für einen inklusiven, teilhabeorientierten Sozialraum zu befördern, die Angebote mittels Gesamtplan zu verbinden und die verschiedenen Rehabilitationsträger und deren teilhabeorientierte Angebote zu koordinieren. Dies führt zu großen strukturellen Umgestaltungsanforderungen nicht nur bei den Kommunen, sondern auch bei den Leistungsanbietern der Eingliederungs- und Behindertenhilfe, die zur Ambulantisierung und Dezentralisierung aufgefordert sind. Auch in der Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung ist mit einer steigenden Lebenserwartung zu rechnen (Dieckmann & Metzler 2016). Die Ziele, die im siebten Altenbericht für die ältere Bevölkerung gefordert werden, korrespondieren mit den Forderungen aus dem BTHG für die Behindertenhilfe – Wohnen, Teilhabe und Unterstützung in inklusiven Quartieren. Mit dem sich zuspitzenden Personalangel in der Langzeitpflege und den Versorgungsengpässen in der häuslichen Pflege steigt der Druck sektorenübergreifende Wohnformen und Dienstleistungen anzubieten und berufsgruppenübergreifenden Einsatz von Mitarbeitenden zu bewerkstelligen. Es stellt sich die Frage, ob angesichts der Reformdynamiken der Pflegeversicherung und des Rechts der Eingliederungshilfe eine gemeinsame Zielsetzung bzw. bessere Verzahnung in den Vordergrund gerückt werden kann und leistungsrechtliche, sektorengeprägte Vorstellungen zugunsten der Teilhabe von Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf im Quartier überwunden werden können. In Baden-Württemberg wurden vier Projekte zu Inklusionskonferenzen evaluiert, die zum Ergebnis kommen, dass eine solchermaßen ämter- bzw. ressortübergreifende (Selbst-) Verpflichtung zur Umsetzung von Inklusion ein entsprechendes politisches Mandat und/oder eine entsprechende Schlüsselposition in Form einer Geschäftsstelle oder einer Beauftragung (z. B. Inklusionsbeauftragte) innerhalb der Landkreisverwaltung bedarf (Höbel et al. 2018, S. 68ff.). In welcher Form die Verzahnung und gemeinsame Weiterentwicklung von Altenhilfe

und Eingliederungshilfe erfolgt, muss multiperspektivisch geklärt werden. Ob Inklusionskonferenzen oder andere Formen von Kooperationsstrukturen bzw. Arbeitsgemeinschaften in der Eingliederungshilfe in Zukunft eine Rolle spielen, wird sich zeigen, jedenfalls sollten diese mit den Pflegekonferenzen verknüpft werden.

2. Die Evaluation – In welcher Form werden Stadt- und Landkreise evaluiert?

2.1. Das Evaluationskonzept

Basierend auf den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung zahlreicher Projekte in den Feldern des Bürgerschaftlichen Engagements sehen wir für die Evaluation einen Methodenmix vor, der der zentralen Strategie einer „partizipativen Forschungslogik“ folgt. Partizipative Forschung ist dabei als „Forschungsstil“ zu verstehen (Bergold & Thomas 2012, S. 2). Dabei geht es darum, nicht nur über Akteur*innen zu forschen, sondern Untersuchungsprozesse gezielt gemeinsam mit jenen Menschen zu planen und durchzuführen, „deren soziale Welt und sinnhaftes Handeln als lebensweltlich situierte Lebens- und Arbeitspraxis untersucht wird“ (ebd., S. 1). Von Unger (2012, S. 1) beschreibt partizipative Forschung als „Oberbegriff für Forschungsansätze, die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich erforschen und beeinflussen.“ Damit besteht zu anderen Formen der empirischen Sozialforschung ein Unterschied in der doppelten Zielsetzung: „die Verknüpfung von Untersuchung und Intervention sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Wissenschaftler*innen mit gesellschaftlichen Akteur*innen“. Statt von „beforschten Untersuchungs-Objekten“ auszugehen, werden in dem vorgesehenen Ansatz die Akteur*innen als Beteiligte und als Partizipierende gesehen, die gemeinsam mit den Forschenden Ergebnisse generieren, Ideen entwickeln, Daten interpretieren und Schlussfolgerungen ziehen. Mit der so zugrunde liegenden Haltung der „Kooperation auf Augenhöhe“ und der „Beteiligung von Beginn an“ passt der vorgesehene Methodenmix spürbar und nahtlos zum Selbstverständnis im Projekt. Die Evaluation der Pflegekonferenzen stützt sich auf folgende Merkmale; es handelt sich um

- eine multi-perspektivische Evaluation. Berücksichtigt werden verschiedene Perspektiven: Die der jeweiligen initiierenden Kommunen und deren Rahmenbedingungen; diejenige der Personen/Abteilungen mit Verantwortung für die Umsetzung; die der Stakeholder in der Pflegekonferenz.

- eine mehr-dimensionale Evaluation. Berücksichtigt wird nicht nur a) die Frage des Umfangs, in dem die definierten Ziele erreicht werden, sondern auch die b) Frage nach der Aufwands-Ertrags-Bilanz, c) nach der Angemessenheit der zunächst formulierten Ziele sowie d) nach möglicherweise eingetretenen unerwünschten Nebenfolgen.
- eine prozessorientierte formative Evaluation. (Zwischen-)Ergebnisse der Evaluation werden kontinuierlich an die Beteiligten zurückgemeldet, um a) die Ergebnisse kommunikativ zu validieren, b) die Projektverläufe zu qualifizieren (Worauf sollten wir in der weiteren Arbeit achten? = Praxisebene). Das Vorgehen in der Evaluation wird eng mit dem auftraggebenden Ministerium abgestimmt.
- Eine Evaluation im Methoden-Mix. Um ein tiefenscharfes Bild zeichnen zu können, kommen unterschiedliche Evaluationsmethoden zum Einsatz: Recherche und Aktenanalyse, Beratungsgespräche, moderierte Gruppendiskussionen, SWOT-Analyse (Stärken-Schwächen-Analyse) sowie schriftliche Befragungen. Hinzu kommen Elemente der Selbstevaluation.

Es werden folgende-Fragen gestellt:

- Wie sehen **lokale Rahmenbedingungen** aus bezogen auf a) Lokale Narrative, b) lokale Regime (bestehende Governanceformen), c) lokale Akteur*innenkonstellationen (Arten von Netzwerken), d) lokale Praktiken (Verfahren, Spielregeln, Handlungswissen, Ziele)?
- Wie unterscheiden sich **Ausgangsszenarien** für Pflegekonferenzen? Welche Bedeutung hat dies für den Prozess?
- Welche **Gunst- und Hemmfaktoren** gibt es bei der Einführung und Durchführung von Pflegekonferenzen im Prozess? Welche Nebenwirkungen ergeben sich?
- Wie sind Pflegekonferenzen von **Aufwand und Ertrag** her zu bewerten (Outcome/Output/Impact)? Welche Ergebnisszenarien gibt es?
- Welche **Empfehlungen** ergeben sich a) für die Einführung von Pflegekonferenzen, b) für die Weiterführung der bestehenden Pflegekonferenzen?

Konzipiert ist die Evaluation als systematische Prozessbegleitung. Es geht dabei um die Erfassung kommunaler Settings mit unterschiedlichen Vorerfahrungen, Verläufen, Erfolgs- und Hinderungsfaktoren sowie methodische Aspekte der Implementierung. Die Evaluation basiert auf drei Modulen, die im Projektzeitraum begleitend und parallel umgesetzt werden.

Modul 1: Konzept- und Kontextanalyse: Das Ziel besteht hier aus evidenzbasierter dichter Beschreibung von Konstellationen der Zusammenarbeit in den Land- und Stadtkreisen. Folgende Arbeitsschritte werden vorgenommen:

- Konzept- und Kontextanalyse aller Anträge auf der Grundlage einer vorausgehenden Recherche und Synopse aus anderen Evaluationsstudien von Pflegekonferenzen
- Verdichtung zu Szenarien unterschiedlicher Ausgangsbedingungen
- Auswahl von sechs exemplarischen Standorten für das Modul „Implementierung“ im Delphi-Verfahren entlang der erarbeiteten Szenarien durch die drei an der Evaluation beteiligten Expertinnen
- Entwicklung eines Dokumentationstools
- Entwicklung einer schriftlichen Abschlussbefragung für alle Standorte
- Auswertung der Prozessdaten aus dem Modul „begleitete Implementierung“ und dem Modul „aktive Begleitung“
- Verdichtung und Verschriftlichung zu prototypischen Verläufen
- Erstellung eines Methodenkoffers mit Leitfaden auf der Grundlage von Modul 2 und 3.

Modul 2 „begleitete Implementierung“ für sechs Antragstellende – Pilote: Das Ziel besteht hier in der Exploration von Implementierungsverläufen als Case-Studies. Dabei erfolgt eine von den Standorten gesteuerte intensive Beratung und Begleitung in folgenden Arbeitsschritten:

- Vor Ort Begleitung von sechs ausgewählten Standorten (Aufteilung auf drei Expertinnen)
- Unterstützung durch prozessbezogenes Dokumentationstool
- Leitfragengestützte teilnehmende Beobachtung der jeweils ersten Pflegekonferenz
- Beratung zur Implementierung auf der Grundlage von Modul 1 „Konzeptions- und Kontextanalyse“ sowie Ergebnissen der teilnehmenden Beobachtung: Ein Ortstermin und Möglichkeit zur telefonischen Beratung eines Projektteams
- Abschließende schriftliche Befragung nach der 2. Pflegekonferenz.

Modul 3 „Aktive Begleitung“ (für alle Beteiligten): Das Ziel besteht hier in der themenzentrierten Begleitung, die für alle Standorte offen ist. Folgende Arbeitsschritte erfolgen:

- Drei **themenzentrierte Workshops** in der Form von Kolloquien für verantwortliche Tandems aus allen Standorten mit dem Evaluationsteam des Projekts. Die Kolloquien bearbeiten die zentralen Implementierungsfragen in einer Kombination von externen Impulsen zur Qualitätsentwicklung, Bearbeitung eigener Themen in Arbeitsgruppen und Erfahrungsaustausch
- Beteiligte **Entwicklung eines Methodenkoffers** mit best-practice-Beispielen zur Implementierung und Durchführung von Pflegekonferenzen. Es sollen Empfehlungen entwickelt werden für die Einführung von Pflegekonferenzen, aber auch für die Weiterführung bestehender Pflegekonferenzen
- Einführung und Anwendung **methodischer Elemente**, die auch im Rahmen von Pflegekonferenzen umgesetzt werden können
- Dokumentation und **Auswertung der Workshops** u.a. mit geeigneten Feedback- und Dokumentationsformen und abschließende Befragung.

Von den 35 Landkreisen und neun Stadtkreisen¹ in Baden-Württemberg erhalten 33 Kreise die Landesförderung zur Errichtung einer Pflegekonferenz. In die projektbegleitende Evaluation werden 20 Landkreise einbezogen. Sechs, sogenannte Pilotlandkreise, werden als „Case Studies“, beratend begleitet und in Form einer „dichten Beschreibung“ porträtiert. Im Vordergrund der Evaluation steht dabei nicht die Abbildung der verwendeten Methoden, sondern die möglichst genaue Darstellung von Rahmenbedingungen für die möglichen Handlungen in diesem Setting.

2.2. Besonderheiten im Evaluationsverlauf

Zu Evaluationsbeginn im Mai 2020 war unklar, wie lange und in welcher Intensität die Corona-Pandemie anhalten würde. Sowohl die Koordinatorinnen an den Standorten als auch das Evaluationsteam war gezwungen, rasch auf hybride und **Online-Formate umzustellen**. Dabei war zu berücksichtigen, dass aus Datenschutzgründen nicht jede Online-Software in den Verwaltungen nutzbar ist. Die Umstellung an den Standorten gelang erstaunlich schnell, so dass schon der erste Workshop im Mai 2020 im Online-Format gestaltet werden konnte. Insgesamt wurden vier Workshops durchgeführt, zwei im Online-Format und zwei als Präsenzveranstaltungen.

¹ Hinweis: Kreisfreie Städte werden in Baden-Württemberg Stadtkreise genannt. Vgl. <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/land-kommunen/starke-kommunen/zahlen-daten-fakten>.

Das dreiköpfige Evaluationsteam wurde an allen Pilot-Standorten von den Koordinatorinnen umstandslos in die Pflegekonferenz einbezogen. Der **Forschungszugang** gelang überall **sehr gut** und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit war die Grundlage für die Evaluation. Die Bereitschaft das eigene Vorgehen zu erklären und zu reflektieren, stieß auf eine hohe Bereitschaft bei den Koordinatorinnen. Im Laufe der Evaluation gelang die Vernetzung und der Informationsaustausch auf weiteren Ebenen. Vom Ministerium ausgehend, wurden vier Vernetzungstreffen für die Koordinatorinnen durchgeführt, in denen unterschiedliche Thematiken vertiefend besprochen wurden und von denen aus es auch gelang, die **peer-Vernetzung** in allen vier Regierungsbezirken anzuregen. Insbesondere in einem Regierungsbezirk finden laufend Kontakttreffen statt, die zum Austausch von Methodik, Themen und Vorgehensweise in kollegialer Beratung angelegt sind und von den Koordinatorinnen selbständig organisiert und gepflegt werden. Insgesamt kann an allen Standorten ein sehr hohes und umfassendes Engagement der Koordinatorinnen konstatiert werden.

Die Datenerhebung erfolgte mit Schwerpunkt auf die Koordinatorinnen. Über das Instrument der „teilnehmenden Beobachtung“ und über Feedbackbogen, konnte der Forschungsfokus auch auf die Teilnehmenden der Pflegekonferenz gerichtet werden. Die in der Evaluationsskizze umfangreich angelegte Dokumentation des jeweiligen Pflegekonferenz Prozesses, die u. a. mit Statuserhebungen und Dokumentationsbogen angelegt war, führte zu einem vertieften und umfassenden Bild, aber auch zu einem aufwendigen Auswertungsprozess, dessen Strukturierung und Darstellung sich ebenfalls sehr arbeitsintensiv gestaltete.

Da sich insbesondere für Landkreise, die im ländlichen Raum angesiedelt sind, aus dem untersuchten Material besondere Vernetzungsbedingungen ergeben, wurden Koordinator*innen aus fünf ländlich gelegenen Landkreisen hierzu im letzten Drittel der Evaluationslaufzeit gesondert schriftlich befragt.

3. Theoretische Annäherung: Wohlfahrtsmix, Governance – Government

Die Erstellung personenbezogener Dienstleistungen im Bereich von Gesundheit und Pflege erfolgt zunehmend im sogenannten Welfare-Mix. Das bedeutet, dass sowohl primäre Netze (Familie), Assoziationen (z. B. Wohlfahrtsverbände, Nachbarschaftshilfen), Staat (Verwaltungen) und Markt (private Anbieter der stationären und ambulanten Altenhilfe, Kliniken) an der Erstellung dieser Dienstleistungen beteiligt und dafür verantwortlich sind. Die

Abstimmung der Leistungen zwischen diesen Sektoren ist voraussetzungsvoll, da jedes System seiner eigenen Logik folgt und dadurch Versorgungslücken entstehen können.



Abbildung 1: Gesellschaftliche Sektoren aus gemischter Wohlfahrtsproduktion (Roß 2012, S. 316)

Dem Staat fällt hierbei zunehmend eine koordinierende Rolle zu: „Der Staat wird mehr und mehr in die Rolle eines Initiators, Regulators und Moderators von Wohlfahrtsmixturen gesehen. Ihm wird eine (überwiegend durch Kontextsteuerung wahrzunehmende) Gewährleistungsfunktion für Wohlfahrt zugewiesen.“ (Roß, 2015, S. 25). Die Steuerung in einem „mix of modes“ wird als Governance definiert (ebd. S. 31). Durch die Komplexität und Verschränkung der Themen wird in den letzten Jahren immer mehr Abstand genommen von direktiven Steuerungsformen des Governments und es erfolgt eine Neuausrichtung auf die

Steuerungsform Governance. Unterschiedliche Steuerungslogiken sollen dabei miteinander kombiniert werden. Da diese Steuerungslogiken widersprüchlich sind, ist hier mit Spannungen zu rechnen, die weniger von den Akteur*innen, sondern eher aufgrund deren institutionellen Kontextes erzeugt werden. Das Förderinstrument „Pflegekonferenz“ folgt implizit dem neuen Steuerungsverständnis von Governance und legt die Koordination der verschiedenen Interessen im Umfeld der Pflege in die Hand der Landkreise. Mit Blick auf den institutionellen Kontext stellt sich damit die Frage, inwiefern in den jeweiligen Landkreisverwaltungen die Steuerungsform „Governance“ schon eingeübt ist und inwiefern dieses neue Steuerungsverständnis auch im Verhältnis Landkreis – Kreiskommunen und im Verhältnis von Landkreis zu den Dienstleistenden der Pflege sowie mit zivilgesellschaftlichen Akteur*innen in diesem Projekt sichtbar wird, bzw. welche Konsequenzen sich aus diesem Förderimpuls ergeben.

Bereits im Förderaufruf zu den Pflegekonferenzen wird auf die **erwünschte Kooperation mit** den in allen Landkreisen bestehenden **Gesundheitskonferenzen** hingewiesen. Im ersten allgemeinen Vernetzungstreffen, das durch das Sozialministerium im Mai 2021 für alle beteiligten Landkreise ausgestaltet wurde, wurde auch das **Förderprogramm Quartier 2030** vorgestellt. Wie die Verbindung von Förderanträgen in diesem Themenbereich mit den Pflegekonferenzen stattfinden kann, bzw. bereits thematisch stattfindet, ist eine weitere Frage, die sich für die Evaluation ergibt. In der Ausschreibung wird auch dazu aufgefordert, die **Zivilgesellschaft** in die Gestaltung der Pflegekonferenzen miteinzubeziehen.

Roß geht davon aus, dass „hybride Organisationen“ die ihr Dienstleistungsangebot und ihre Strategien bereits an verschiedenen Logiken ausrichten, affin sind zur Governancesteuerung. Für eine gelingende Steuerung von Versorgungsverbänden sind aus seiner Sicht folgende Rahmenbedingungen notwendig: Klare Spielregeln für das Netzwerk, Moderation, die in der Lage ist, die unterschiedlichen Logiken der beteiligten Organisationen in den Blick zu nehmen und dieser intermediären Aufgabe fachlich und persönlich gewachsen ist sowie die Berücksichtigung von schwachen Interessen.

Pflegekonferenzen werden im Folgenden unter dem Blickwinkel von Governanceprozessen analysiert. Es wird untersucht, wie lokale Akteur*innen aus verschiedenen Sektoren, und mit ihren sehr unterschiedlichen Eigeninteressen, zur Kooperation im Bereich der Pflege gewonnen werden können (oder auch nicht).

Mit Benz & Dose wird hier unter Governance Interdependenzmanagement verstanden (2010, S. 20).² Was sind die Treiber für eine solche Praxis der regionalen Vernetzung in der Altenhilfe? Der demografische Wandel führt zu einer Zunahme von hochaltrigen pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg. Er bringt Familienformen hervor³, in denen die häusliche Pflege von Angehörigen nicht selbstverständlich übernommen werden kann, so dass die lokale wohnortnahe Infrastruktur für Unterstützung, Betreuung und Pflege im steigenden Maße darüber entscheidet, ob ein Leben in der vertrauten Häuslichkeit so lange wie möglich, auch mit Gebrechlichkeit, möglich ist. Insbesondere die Übergänge von einem zum anderen Versorgungssystem, hier von häuslicher, ambulanter Pflege zur stationären Pflege, oder aus der Klinik zurück in die Häuslichkeit, sowie die Ausschöpfung der notwendigen Hilfe- und Unterstützungsleistung im jeweiligen Versorgungssystem, gelingen oft nicht reibungslos, da hier Dienstleistende, aus unterschiedlichen Systemlogiken heraus kooperieren, um die Versorgung der zu pflegenden Person zu gewährleisten.

Als Beitrag zur Policy Forschung interessieren uns sozialpolitische Zusammenhänge und Narrative. Unter verwaltungswissenschaftlicher Perspektive geht es um horizontale, netzwerkartige Beziehungen - in Ablösung hierarchiebetonter Formen - mit Innovationsanspruch bis in den Sozialraum hinein. Wenn in der Folge die unterschiedlichen Handlungskoordinationen analysiert werden, dann wird unter Governance Folgendes verstanden:

Governance wird als Oberbegriff aller Formen sozialer Handlungskoordination, als Gegenbegriff zu hierarchischer Steuerung und zur Bezeichnung der Gesamtheit aller in einem Gemeinwesen bestehenden und miteinander verschränkten Formen der kollektiven Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte benutzt. (Mayntz, 2010, S. 38)

Bezogen auf die Analyse der Handlungskoordination folgen wir der Abgrenzung von Fürst, der den Unterschied von Governance und Government folgendermaßen beschreibt: „Governance unterscheidet sich von government dadurch, dass die Prozesse im Vordergrund stehen, während government sich auf die Steuerungsstrukturen also (Organisationsstrukturen) bezieht.“ (Fürst, 2010, S. 50).

Wie kann nun der Prozess der Netzwerkbildung im Projekt nachvollzogen werden? Benz und Dose gehen davon aus, dass Netzwerke dann vorliegen,

wenn formal autonome Akteure in relativ dauerhaften aber selten formal geregelten Interaktionsbeziehungen gemeinsame Ziele oder Werte verwirklichen.

² Wir verzichten hier auf die ausführliche Debatte zur Unschärfe des Government-Begriffs. Siehe dazu Benz & Dose, 2010, S. 20-26.

³ Vgl. Blinkert & Klie (2010).

Koordination erfolgt durch wechselseitige Beeinflussung, sei es auf der Basis von Informationsvermittlung oder Ressourcenaustausch. (Benz & Dose, 2010, S. 262)

Die Handlungskoordinationen werden im vorliegenden Fall räumlich begrenzt auf Landkreise oder Stadtkreise analysiert. Es handelt sich hierbei aber nicht um eine regionale Governance im Sinne von Fürst (2007, S. 356), da hier keine Selbststeuerung eines regionalen Netzwerkes durch regionale Akteure aus Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft vorliegt. Die Pflegekonferenzen lassen sich charakterisieren als projektbezogene Koordination, die aus der jeweiligen Landkreisverwaltung heraus gesteuert, zumindest aber initiiert wird. Dadurch entstehen für die korporativ teilnehmenden Akteure geringere Transaktionskosten, als dies im Fall einer regionalen Selbststeuerung der Fall wäre. Dennoch treffen grundlegende Merkmale von regionalen Governanceformen auch auf Pflegekonferenzen zu:

- Sie führen Akteure mit unterschiedlichem Institutionalierungsgrad und damit auch Statusunterschieden zusammen;
- Bei den Beteiligten wirken nicht nur sektorenbezogene Logiken, sondern Unterschiede zwischen Raum- und Funktionsorientierung. Nicht alle Akteure sind gleichermaßen regional ausgerichtet;
- Es gibt überlappende Mitgliedschaften und Rückbindung in die eigenen Institutionen (Fürst 2010, S. 51f.).

Darin liegen nach Fürst spezifische Herausforderungen: Funktionale Governancemuster müssten zu Ansätzen regional integrierter Governance verbunden werden (Fürst, 2010, S. 52). Als Gunstfaktoren für eine erfolgreiche Umsetzung beschreibt er:

- Wenn sich *Handlungsvorteile* für die Akteure ergeben: Andersartige Arenen zu sonstigen Verhandlungs- und Umsetzungsformen
- Wenn bereits *Politikansätze oder Programme vorhanden* sind, die solche Muster im Sinn der „political opportunity structures“ erleichtern
- Wenn diese *Umsetzungen prozesshaft* angelegt sind und auch so bearbeitet werden
- Wenn *Anschluss an regionale Entwicklungskonzepte* oder – *erfordernisse* möglich ist (Fürst, 2010, S.55ff.).

Ein Kernproblem regionaler und eingebetteter intersektoraler Kooperationsformate wird in den Bindungsanforderungen gesehen. Sie ergeben sich durch eine große Zahl höchst unterschiedlicher Akteur*innen, die in einem Rahmen zusammenarbeiten, der nur begrenzt in der Lage ist, mit Konflikten umzugehen und nur über einen begrenzten Problemlösungsraum verfügt. Externer institutioneller Einfluss (im Fall der Pflegekonferenzen durch Landkreise initiiert) bringt weitere Hemmnisse mit sich. Wenn regionale Governance im Rahmen bestehender Institutionen praktiziert wird, ist demnach mit folgenden Herausforderungen zu rechnen:

- *Interessenkonflikte*: Interessenlagen der Akteur*innen versus Relevanz der Problemstellungen, die zu bearbeiten sind;
- Probleme bei der Einführung und Institutionalisierung regionaler Governance durch *Macht- und Legitimationsfragen*: besonders herausforderungsvoll in einem stark institutionalisierten Umfeld;
- *Selektivität* bei der Auswahl von Themen und damit besondere Anforderung an Moderation und Konsensmanagement (Fürst 2010, 59-62).

Mit regionalen Governanceansätzen sind demnach anspruchsvolle Gestaltungs- und Managementaufgaben verbunden, die auch die jeweiligen lokalen und institutionellen Kontexte berücksichtigen müssen, wenn Ergebnisse erzielt werden sollen.

Um neben korporativen Akteur*innen auch individuelle Akteur*innen in den Blick nehmen zu können, führen wir als ein weiteres Analyseraster den „akteurszentrierten Institutionalismus“ ein, der für die Untersuchung von Handlungsstrategien von korporativen Akteuren von Renate Mayntz und Fritz Scharpf konzipiert wurde (Mayntz & Scharpf 1995). In diesem Ansatz wird Institutionen, in unserem Fall den Landratsämtern, keine determinierende Wirkung zugeschrieben, sondern es wird davon ausgegangen, dass institutionelle Faktoren einen stimulierenden, ermöglichenden oder auch restringierenden Handlungskontext für Akteur*innen darstellen (vgl. Mayntz & Scharpf 1995, S. 43). Für unsere Untersuchung ist hierdurch eine Analyse auf Akteur*innen- und Organisationsebene möglich.

Individuelle und korporative Akteure (Organisationen) stehen in einem Inklusionsverhältnis zueinander: alle korporativen Akteure haben individuelle Akteure als Mitglieder. Gewöhnlich werden jedoch bei der Erklärung des strategischen Handelns korporativer Akteure Vorgänge auf der Mikroebene ihrer Mitglieder vernachlässigt. Das ist vor allem pragmatisch motiviert: Nur durch die Konzentration auf das Tun und Lassen der korporativen Akteure läßt sich die Komplexität vieler Vorgänge auf ein noch zu bearbeitendes Maß reduzieren. Der Preis dafür ist ein Verlust an Tiefenschärfe; organisationsinterne Vorgänge sind wichtige Determinanten der Situationswahrnehmung und Strategiewahl von Organisationen. Sie müssen immer dann in die Analyse einbezogen werden, wenn institutionelle Faktoren und der situative Kontext das beobachtbare Tun und Lassen eines korporativen Akteurs nicht zureichend erklären können. (Mayntz & Scharpf 1995, S. 50)

Neben den Berufs- und Netzwerkerfahrung der Koordinator*innen nimmt auch die Steuerung im jeweiligen Landratsamt Einfluss auf die Netzwerkgestaltung. Hierbei ist von Bedeutung, inwiefern neben der üblichen hierarchischen Steuerung in der Verwaltung Ermöglichungsräume für heterarchische Kooperation bestehen, oder durch das Förderprogramm angestoßen werden.

4. Empirische Analyse: Pflegekonferenzen im Spiegel der standortbezogenen Auswertungsergebnisse

4.1. Beschreibung von Struktur, Einstieg, Durchführung der Pflegekonferenzen

Im Folgenden werden die Pflegekonferenzen anhand von Ergebnissen aus Datenquellen dokumentiert, die aus dem gesamten Durchführungszeitraum stammen. Kern bildet die quantitative Abschlussbefragung vom April 2022 (A) mit n = 21 beteiligten Standorten (19 Stadt- und Landkreise, zwei kreiseigene Städte). Hier wurden die Koordinatorinnen aller Standorte befragt. Die Auswertung berücksichtigt aber auch Ergebnisse der Statuserhebung zwischen Sommer und Herbst 2021 (S) mit n = 20 Standorten sowie Dokumentationsbögen von Pflegekonferenzen aus dem Jahr 2021 (D) von n = 19 Standorten. Aufgrund des andersartigen Zuschnitts der stadtteilorientierten Konferenzen wurden die Dokumentationsbögen der beiden kreiseigenen Städte nur in die Pilotauswertung aufgenommen.

4.1.1 Strukturdaten

Im Durchschnitt wurden von den Landkreisen im Berichtszeitraum zwei Pflegekonferenzen durchgeführt. In einem Fall wurden sogar fünf Konferenzen durchgeführt, in zwei Fällen wurden vier Konferenzen durchgeführt. Drei Stadt-/Landkreise haben bis zum Ende der Auswertungsphase eine Pflegekonferenz durchgeführt. Diese Verteilung ist vor allem der Coronapandemie geschuldet. Die Pandemie führte auch zu **Umstellung und Erprobung von digitalen und hybriden Formaten**. 14 von 19 Pflegekonferenzen fanden als Präsenzveranstaltung statt. Fast die Hälfte der Standorte hatte die Herausforderung erster digitaler Veranstaltungen zu bewältigen (10 Nennungen). Als Hybridveranstaltung wurden drei Pflegekonferenzen durchgeführt.

Digitale Formate bringen zwar neue Anforderungen an die Organisation mit sich, aber sie haben sich als **leistungsfähig** zur Informationsvermittlung erwiesen, gerade in Flächenlandkreisen und in bevölkerungsreichen Stadt- und Landkreisen.

*Im Kreis ist die Größe des Landkreises und die damit einhergehende Vielzahl an Akteur*innen eine nicht zu unterschätzende Herausforderung. In Zukunft wird es auch hybride Formate geben. Die Struktur für eine KPK in einer Kombination aus Präsenz- und Digitalformat umzusetzen, bedarf umfassender Informationen an alle beteiligten Personen. Dies zu erklären und eine Akzeptanz dafür zu schaffen ist eine Herausforderung. (Pilot 5/D)*

Die erste KPK fand digital statt. Das digitale Format ermöglichte es, dass mehr Personen niedrigschwellig daran teilnehmen, dies zeigte die hohe Anmeldungsanzahl. (LKR 11/D)

Die Auftaktveranstaltung wurde in digitaler Form durchgeführt, was aufgrund der externen Moderation und des technischen Supports sehr gut funktioniert hat. Die Agenda der Auftaktveranstaltung wurde intensiv vorbereitet und mit einem engmaschigen Zeitplan versehen. (LKR 7/D).

Die Größe der durchgeführten Pflegekonferenzen variiert: Ein Fünftel bewegt sich in Gruppen unter 35 Beteiligten. Gut die Hälfte (10 Nennungen) der Konferenzen findet in Form mittlerer Gruppengrößen (35-50/51-75) statt. Ein weiteres Viertel umfasste Großgruppenkonstellationen (76-150). Damit bewegen sich Dreiviertel der Standorte in größeren bis großen Konferenzformaten.

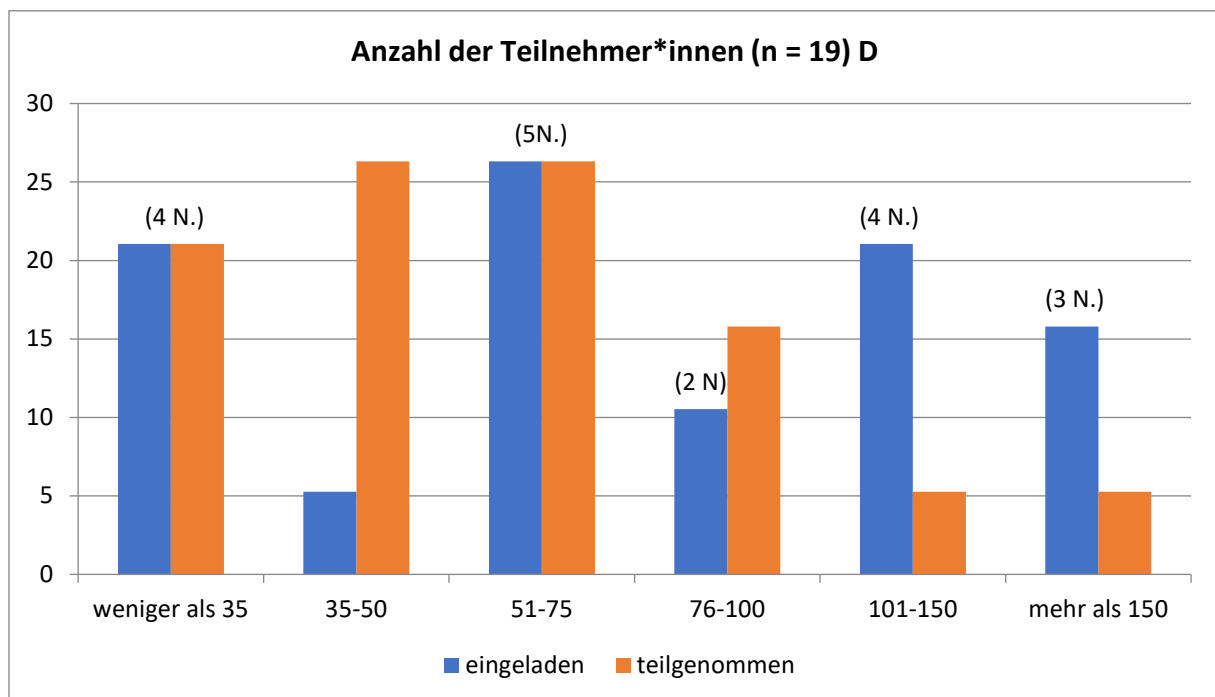


Abbildung 2: Größe der evaluierten Pflegekonferenzen, eigene Auswertung

Die Implementierung der evaluierten Pflegekonferenzen ist als Prozess gestaltet, begleitet von vielfältigen Informations- und Kommunikationsmaßnahmen im Vorfeld. Die evaluierten Pflegekonferenzen sind als Instrumente für strukturierten Austausch, weiterführende Kooperation und Beteiligung intendiert. Das zeigt sich in der Strukturierung durch a) Arbeitsgruppen, b) Einrichtung von Lenkungsgruppen und c) Bezugnahme auf Planwerke und Verabschiedung von Geschäftsordnungen. Praktisch alle Pflegekonferenzen wurden um

Arbeitsgruppen erweitert (19 Nennungen von 21). In der Regel wurden vier Arbeitsgruppen eingerichtet. Die Themen decken ein breites Spektrum von fünf Kategorien ab: Spezielle Versorgungsthemen, Versorgungsstrukturen, Fachkräftefragen, Quartiersbezüge und Wissens- und Informationstransfer.

Beteiligung und politische Einbettung in Form eines Lenkungsausschusses setzen zwei Fünftel der Standorte um (9 Nennungen von 21). Von Bedeutung ist die Zusammensetzung der Lenkungskreise. In der Regel berücksichtigen die Lenkungskreise den Querschnitt der Teilnehmenden. Sie stellen den Versuch dar, im Sinne „konzertierter Arbeitsformate“ Entscheider*innen verantwortlich auf der Ebene der Steuerung einzubinden. Es fällt auf, dass die Ebene der örtlichen Bürgermeister*innen sowie Kreisrät*innen in den Lenkungskreisen berücksichtigt wird. Der intersektorale Ansatz kommt in der Zusammensetzung der Lenkungskreise stärker zum Ausdruck als nachher in der Mobilisierung der Pflegekonferenzen.

Fast drei Fünftel der evaluierten Pflegekonferenzen nutzen externe und interne Planungs-, Beschluss- und Arbeitsgrundlagen zur Strukturierung und greifen auf bestehende Netzwerke zurück (16 Nennungen von 21). Dazu zählen auch Geschäftsordnungen. Man stützt sich auf bestehende Gremien, Organisationen, Arbeitsgruppen oder Netzwerke (z. B. Fachbeiräte, Kreissenorenräte, kommunale Gesundheitskonferenz, Pflegestützpunkte).

„Im Jahr 2019 wurden in Zusammenarbeit mit der Familienforschung zwei Beteiligungsworkshops zu den Themenfeldern „Arbeitsmarkt/Arbeitslosigkeit“ und „Demografie/Pflege“ durchgeführt sowie konkrete Handlungsempfehlungen erarbeitet.“ (S: LKR 11)

Der Seniorenbericht 2018 des Kreises nimmt die Lebenswelt der Menschen ab 65 Jahren umfassend in den Blick und formuliert konkrete Handlungsempfehlungen für die Zukunft. (S: LKR 12)

Der Landkreis beruft seit 30 Jahren Heimleitertagungen ein, um gemeinsame Themen zu behandeln. Auf dieser Struktur aufbauend, werden wir die PK mit weiteren Teilnehmern der Versorgungslandschaft erweitern. (S: LKR 13)

Stadtinterne Netzwerke, städtisch diskutierte Fragestellungen, die landesweit wieder in AG's eingespeist werden, Geschäftsordnungen. (S: LKR 14)

Zunächst war es uns wichtig den bisher aktiven Fachbeirat Pflege des (...)-Kreises am Prozess zu beteiligen. Dieser wurde aufgelöst und in die KPK überführt. In einem weiteren Schritt ging es um die Einbeziehungen der relevanten weiteren Gremien (Kommunale Gesundheitskonferenz, Kreissenorenrat, Kommunalen Behindertenbeauftragter). Ziel war hierbei bestehende Strukturen nicht zu übergehen und somit eine grundlegende Akzeptanz zu schaffen. (Pilot 5).

Eine Weiterführung von Maßnahmen der Zusammenarbeit ist wahrscheinlich.

Eine Weiterführung der Pflegekonferenz halten drei Viertel der Koordinator*innen für durchaus wahrscheinlich.

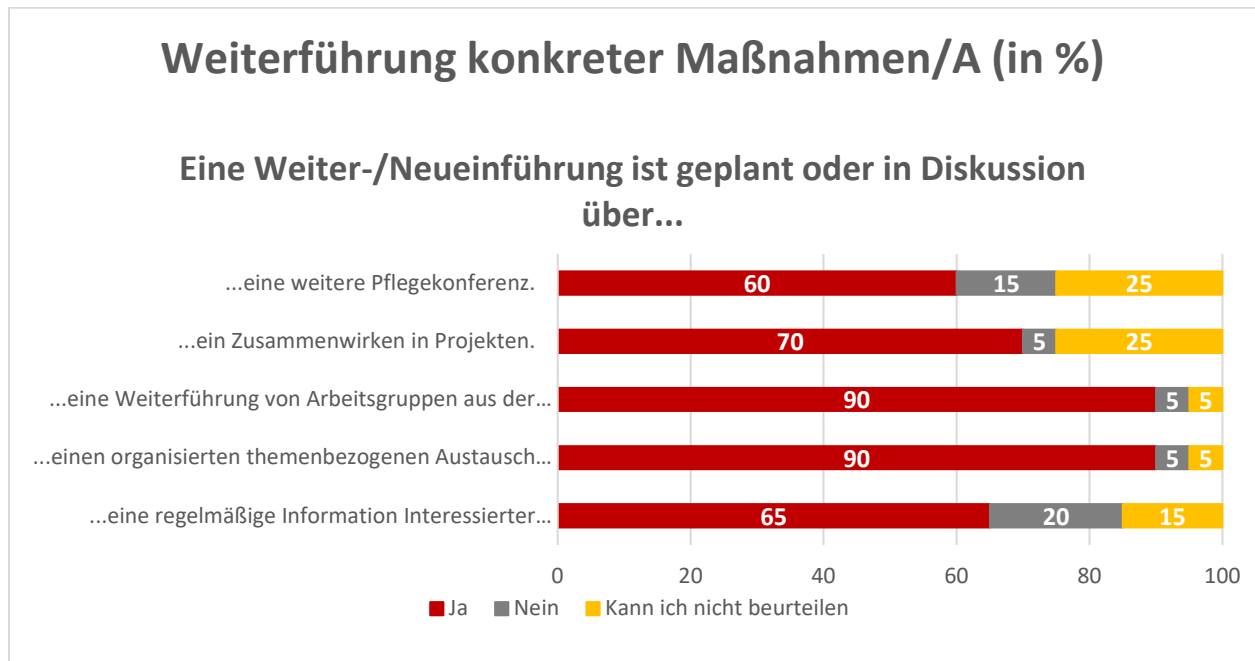


Abbildung 3: Aussicht auf Weiterführung, A (n = 21)

Noch optimistischer wird die Weiterführung bestimmter Informations- und Austauschformen beurteilt, die im Rahmen der Pflegekonferenzen entstanden sind. Fast alle Koordinator*innen (20 von 21 Nennungen) gehen davon aus, dass einzelne Maßnahmen fortgesetzt werden. Allerdings geben nur sechs Koordinatorinnen an, dass dafür auch personelle Ressourcen oder ein Budget (4 Nennungen) eingeplant sind. Das dürfte mit der häufigen Koppelung von Altenhilfe und Geschäftsführung Pflegekonferenzen und den z. T. fortgeschrittenen lokalen Kooperations- und Netzwerkansätzen zusammenhängen.

Herausforderungen für das weitere Vorgehen

Die entscheidenden Herausforderungen für das weitere Vorgehen bestehen nach Einschätzung der Koordinator*innen in der Sicherung der notwendigen Ressourcen und in der wirkungsvollen Verankerung und Verknüpfung der Pflegekonferenz sowohl im Feld und bei Entscheider*innen als auch in der eigenen Landkreisorganisation.

Entscheidende Herausforderung für weiteres Vorgehen (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Sicherung der notwendigen Ressourcen wie bspw. weiterführende Finanzierung; personelle Ressourcen, finanzielle Ressourcen, zeitliche Ressourcen	Insg.12
Macht und Einfluss für die Themen erreichen Wie bspw. nachhaltige Verankerung nach der Projektförderung; Relevanz von Themen der KPK in politischen Gremien deutlich machen; gesetzliche Gegebenheiten schaffen; "Hausspitze" LRA als Unterstützer und Einbezug der Leitungsebene; Wertschätzung gegenüber dem, was bisher schon erarbeitet wurde; als Sachbearbeiterin mehr Kompetenz/Vertrauen anderer Mitarbeiter*innen bekommen	Insg.10
Barrieren abbauen wie bspw. verhaftete Strukturen in der Verwaltung; Einbindung in die Zivilgesellschaft; Digitalisierung; Gleichstellung von KPK und KGK	Insg.4
Integrative Arbeitsweise weiterentwickeln Wie bspw. Netzwerke in der Verwaltung fest installieren; Vermeidung von Doppelstrukturen; gute Vorbereitung/Führung/Nachbereitung der AGs; ressortübergreifendes Denken und Zusammenarbeiten	Insg.4
keine Herausforderung	1
keine Angaben	2

Tabelle 1: Herausforderungen für weiteres Vorgehen, S (n = 20)

Einzelne verweisen auf Schwachstellen des bisherigen Implementierungsprozesses. Auch hier zeigt sich, dass sowohl Barrieren extern im Feld (bspw. Einbindung der Zivilgesellschaft) wie intern in der Landkreisverwaltung (Verhältnis von Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz) zur Bearbeitung anstehen und die Arbeitsweise integrativ weiterzuentwickeln ist (Netzwerke in der Verwaltung; ressortübergreifendes Denken und Zusammenarbeiten).

4.1.2 Einbettung in die Landkreisorganisation

Pflegekonferenzen sind programmatisch durch das Förderprogramm, institutionell durch die jeweilige Landkreisverwaltung und deren Organisationskultur sowie den regionalen Kontext im Sinne von „political opportunity structures“ eingegrenzt. Mit dem Vernetzungsanspruch verfolgen Pflegekonferenzen ein integratives Konzept, das auch verschiedene Zuständigkeiten und damit die Zusammenarbeit innerhalb der Landkreisverwaltung berührt. Dadurch ergibt sich ein Gestaltungsspielraum. Die **konzeptionelle Ausrichtung** folgt zum einen der Ausschreibung zum Förderprogramm, andererseits ergibt sich die Ausrichtung auch durch die organisatorische Anbindung der Koordinationsstellen.

Konzeption gesteuert durch das Förderprogramm

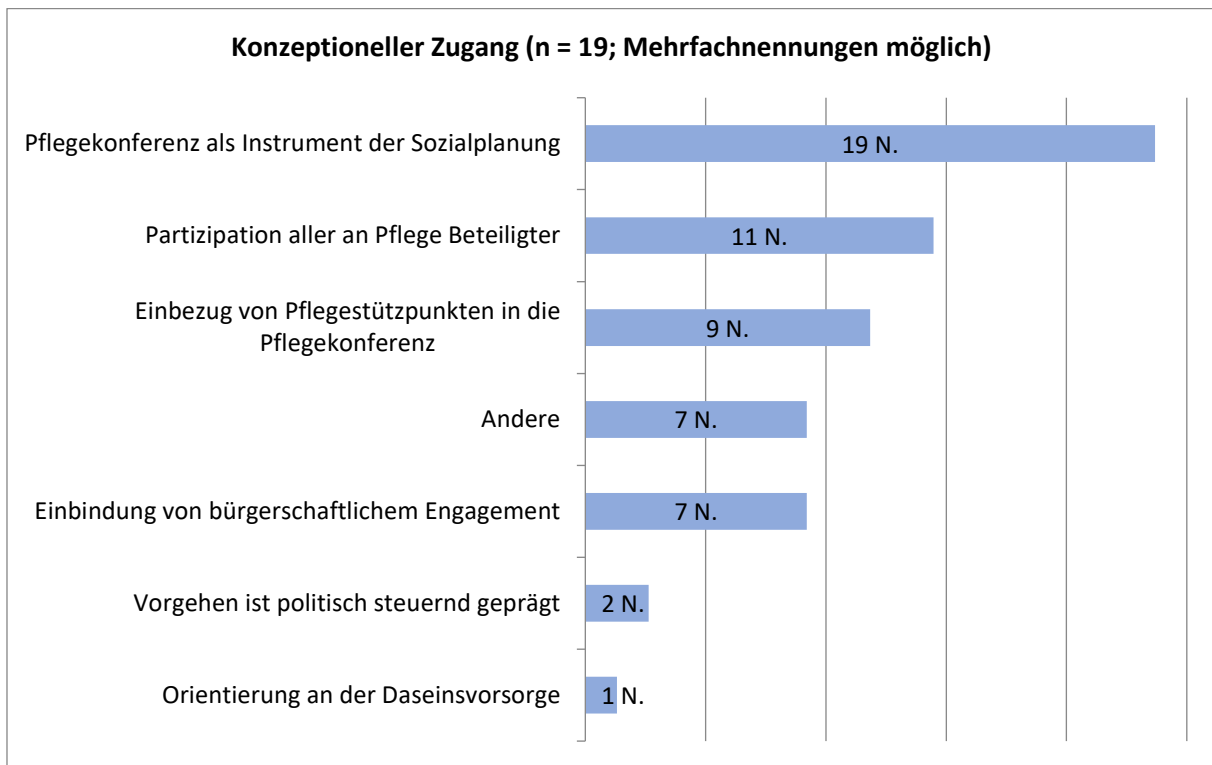


Abbildung 4: Konzeptionelle Ausrichtung

In der Konzeptanalyse der Anträge zeigt sich, dass der Pflegekonferenz am häufigsten eine **Bedeutung für die Sozialplanung** zugeschrieben wird, ohne dass allerdings immer differenziert wird, welchem Leitbild von Sozialplanung die jeweiligen Standorte folgen. Insgesamt ist die Perspektive stärker auf die Bedeutung für die Akteur*innen ausgerichtet. In den Konzepten wird nicht explizit Bezug genommen auf Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen innerhalb der Landkreisverwaltung. Die organisatorische Zuordnung ist zwar nicht einheitlich, folgt aber den inhaltlichen Zuständigkeiten (Sozialamt/ Sozialplanung/ Altenhilfe).

Konzeption gesteuert durch die organisatorische Zuordnung

Organisatorische Zuordnung (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
(Kreis)Sozialamt	6
Sozialplanung	3
Amt für Soziales und Senioren	2
Abteilung Altenhilfe	2
Fachdienst Soziale Hilfe	1
Stabstelle Sozialdezernat	1
Fachbereich Bildung/Soziales der Stadtverwaltung	1
Pflegestützpunkt	1
Amt für familienbegleitende Hilfen	1
Amt für Soziales/Jugend/Familie	1
Dezernat für Soziales und Gesundheit	1
keine Angaben	1

Tabelle 2: Organisatorische Zuordnung der Koordinationsstellen

In der Hälfte der Standorte ist die Aufgabe der kommunale Pflegekonferenz in einer eigenen Geschäftsstelle mit Leitungsfunktion organisiert.

Derzeitige Funktion (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Geschäftsstelle/Leitung KPK	10
Altenhilfekoordination/Altenhilfeberatung	5
Sozialplanung	3
Geschäftsstelle Pflegestützpunkt	2
Pflegekoordination	1
stellv. Amtsleitung	1
Leitung Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt	1
Sachgebietsleitung Soziale Dienste	1
Koordinierungsstelle Pflegeausbildung	1
Kreissenorenplanung	1
keine Angaben	1

Tabelle 3: Zusätzliche Funktionen der Koordinationsstellen

Das Profil der Stellen ist stark inhaltlich auf die Projektaufgabe bezogen. Thematisch ordnen sich die Koordinator*innen am häufigsten den Bereichen Altenhilfe (fünf Nennungen), Sozialplanung (drei Nennungen) sowie Pflegestützpunkt (zwei Nennungen) zu. Auch die übrigen Zuordnungen bleiben inhaltlich verwandt. Die gesetzten Schwerpunkte am Anfang des Implementierungsprozesses spiegeln diese Zuordnungen.

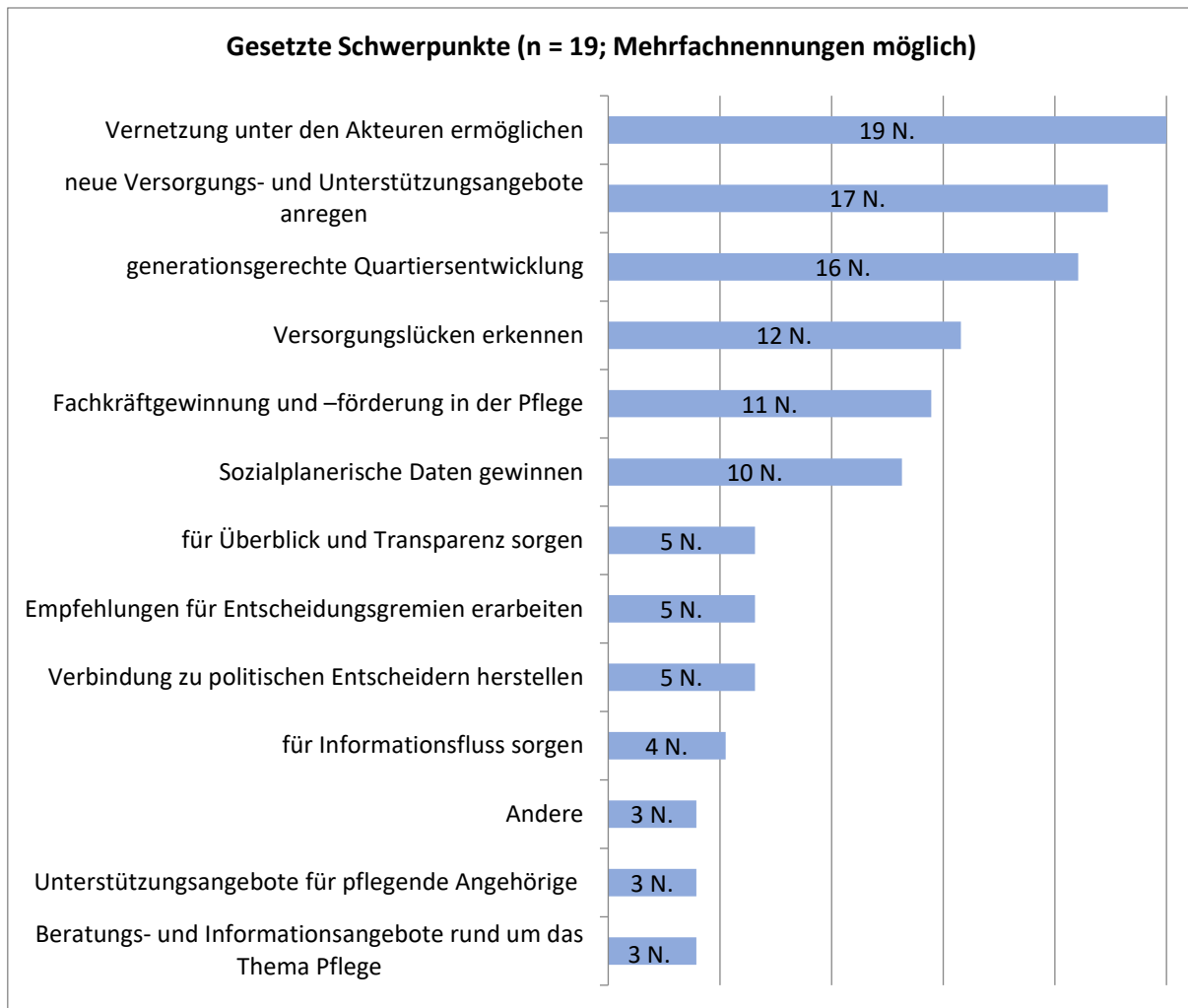


Abbildung 5: Thematische Schwerpunkte beim Einstieg

Die in den Konzepten dargestellten Schwerpunkte greifen sowohl die Forderungen der Programmausschreibung auf als auch Themenstellungen aus den Fachabteilungen. Sie definieren bereits Richtungen, in denen eine praktische Umsetzung anvisiert werden soll. Das Thema fehlender Fachkräfte tritt bereits in der Konzeption in Erscheinung.

Kooperation innerhalb der Landkreisverwaltung spielt für die Pflegekonferenzen unter zwei Gesichtspunkten eine Rolle. Einmal durch inhaltliche Zuständigkeiten, vor allem dann, wenn in den einzelnen Landkreisverwaltungen ein Zusammenwirken oder eine organisatorische Zusammenführung in Form einer Abteilung für Sozialplanung erfolgt oder möglich ist. Da Pflegekonferenzen ein neues Instrument in der Zusammenarbeit mit Akteur*innen, aber auch mit Kommunen darstellen, bedürfen sie der besonderen Legitimierung und Bedeutsamkeit.

Dies ist am ehesten möglich, wenn sie Unterstützung innerhalb der Hierarchie erfahren. Sowohl die fachliche wie die hierarchische Kooperationsebene spielt in den evaluierten Standorten eine Rolle.

Regelmäßige Zusammenarbeit (n = 21; Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen
Zusammenarbeit verwaltungsintern (sachgebietsübergreifend/ themenbezogen)	
Pflegestützpunkt	9
Ämter/Dezernate im Bereich Soziales/Gesundheit	6
Sozialplanung	6
kommunale Gesundheitskonferenz	5
Altenhilfekoordinatorin/Altenhilfefachberatung	5
Heimaufsicht	5
Fachbereich Organisation/Digitalisierung/EDV Abteilung	3
Personen im Bereich Pflegeausbildung	3
Sozialdezernent*in	3
Amtsleitungen im Bereich Soziales/Teilhabe/Versorgung	2
Behinderten-/Altenhilfe	2
Pressestelle	2
Amt für Stadtplanung und Wohnen	2
unterschiedliche Personen im LRA (themenabhängig)	2
mit der eigenen Amtsleitung/Sachgebietsleitung	2
Steuerungsgruppe Pflegekonferenzen	2
Büro des Landrats	2
Zusammenarbeit extern	
Quartiersentwicklung	2
externe Berater*innen	2
kommunale Vertreter*innen	2
Begegnungsstätte Bürgerspital	1
Fachbereichsleitung Koordinierungsstelle	1
mit allen notwendigen Akteuren	1
Seniorenbüro	1
Bürgerservice Leben im Alter	1
Austausch mit Psychiatriekoordination	1
Abteilung Hilfe zur Pflege	1
Inklusion	1
keine Angaben	1

Tabelle 4: Zusammenarbeit intern und extern

Die Beschreibungen zeigen, dass die Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung sich entlang der Fachthemen bewegt. Am häufigsten gibt es Schnittmengen mit dem Pflegestützpunkt und der Fachabteilung Altenhilfe. Die Abschlussbefragung zeigt eine etwa gleich häufige Zusammenarbeit mit der zuständigen Stelle der Gesundheitskonferenzen (76%), mit der Anerkennungsstelle der UstA-VO (62%) und mit der Koordinationsstelle für generalistische Ausbildung (62%). Allerdings beschreiben diese Verbindungen nicht, mit welcher Systematik oder mit welcher inhaltlichen Ausrichtung diese Zusammenarbeit erfolgt ist. Es kann sich dabei um Mitwirkung und Unterstützung im Rahmen der Pflegekonferenzen handeln, im Sinne einer gegenseitigen „Amtshilfe“, bis hin zu einem konzeptgeleiteten integrativen Arbeitsansatz wie es etwa das Leitbild der integrativen, sozialraumorientierten Sozialplanung vorsieht.

Förderliche Faktoren: Die Kooperationsbedingungen innerhalb der Landkreisverwaltung spielen aus Sicht der Koordinator*innen eine wichtige Rolle für den gelingenden Einstieg.

Förderliche Faktoren (der LK Verwaltung für den Einstieg) in die KPK (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Starke Legitimation/Mandatierung	13
Unterstützung durch Landrat/Dezernate	6
gute Netzwerke	4
Projekt wird als Auftrag vom Sozialministerium gesehen	2
Verständnis des LRA als Dienstleister für Bürger*innen ist hilfreich	1
Thematisches Interesse	6
hohe Relevanz der Themen im LK/in der Gesellschaft	3
Thema Pflege hat in der Verwaltung einen hohen Stellenwert	1
Sozialraumorientierung hat bereits hohen Stellenwert in der Verwaltung	1
gesellschaftliche Offenheit für alternative Konzepte in der Pflege	1
Bestehende Strukturen und Vorläuferprozesse	6
gut etablierte KGK	2
durch den Seniorenbericht im LK gute thematische Basis	1
Etablierung weiterer ambulanter Versorgungsstrukturen	1
vorhandene Austauschbedarfe im LK	1
bereits vorhandene Strukturen	1
Wirkungsvolle Arbeitsorganisation	9
Landrat leitet/moderiert die KPK	1
klare Zielsetzung	1

Planung von KPK über den Projektzeitraum hinaus	1
zentrale Koordinationsstelle mit Stellenressourcen	1
Leitung der KPK wird als Entlastung wahrgenommen	1
kurze Wege	1
gute Zusammenarbeit mit dem KVJS	1
gute Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt	1
Kenntnisse im Bereich Quartiersmanagement	1
Vertrauensbildung	5
gegenseitiges Vertrauen und Unterstützung	2
Stärkung der kommunalen Rolle im Pflegebereich	1
Verlässlichkeit	1
gute Arbeitsatmosphäre	1
keine Angaben	2

Tabelle 5: Förderliche Faktoren für den Einstieg

Legitimierung, Rückhalt, eine effektive und wirksame Arbeitsorganisation und Interesse werden am häufigsten genannt.

Erschwerende Faktoren: An den erschwerenden Faktoren lässt sich ablesen, dass externe und interne Faktoren zusammenspielen. Es werden Strukturfragen innerhalb der Verwaltung benannt.

Erschwerende Faktoren (der LK-Verwaltung) für den Einstieg in die KPK (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
keine Erschwernisse (die intern begründet sind)	3
Corona Pandemie	3
Ressourcenknappheit	6
zeitliche Ressourcen	2
langfristige Sicherung der Finanzierung der KPK	1
finanzielle Aspekte	1
personelle Ressourcen	1
fehlende digitale Ressourcen	1
Innovationshindernisse	7
hierarchische Grundstrukturen der Verwaltung	1
Akzeptanz im Landkreis für Veränderungsprozesse	1
bürokratische Wege	1
Kommunen werden vom Landkreis alleingelassen	1

Befindlichkeiten von externen Mitgliedern der KPK	1
Abgrenzung zu anderen Arbeitskreisen	1
Bedürfnisse älterer Menschen rücken in junger Stadt eher in den Hintergrund	1
keine Angaben	5

Tabelle 6: Erschwerende Faktoren für den Einstieg

Die Ausstattung mit Ressourcen im Blick auf Personal und Technik adressiert die Landkreisverwaltung. Die genannten Innovationshindernisse verweisen auf die Kooperationskultur im Spannungsfeld von Hierarchie und Heterarchie und auf die Dominanz von Fachlogiken und Versäulung gegenüber integrativen Ansätzen.

4.1.3 Zur Einstiegssituation

Pflegekonferenzen stellen für Stadt- und Landkreise ein neues Instrument der Information, Koordination und Sozialplanung dar, das in ein komplexes Feld professioneller und zivilgesellschaftlicher Akteur*innen einzupassen ist: In keinem Land- oder Stadtkreis beginnt man voraussetzungslos. Bei der Implementierung der Pflegekonferenzen haben die Stadt- und Landkreise zudem eine detaillierte Abstimmung zwischen den Vorgaben der Programmausschreibung und den vorhandenen Strukturen zu leisten. Einerseits besteht die Anforderung, ein breites Spektrum von Akteur*innen zu mobilisieren. Andererseits gilt es, die bestehenden Strukturen und Themenstellungen zu berücksichtigen. Die Ausgangssituation birgt die Gefahr von Doppelstrukturen und Orientierungsproblemen. Zuständigkeits- und Machtfragen werden aktiviert. Einbindung und Vorbereitung waren erforderlich.

4.1.3.1 Umgang mit Informationsaufgaben

Informations- und Wissenstransfer sowie Schaffung von Transparenz zählen zu den Grundfunktionen von Pflegekonferenzen. In Vernetzungsprozessen bilden Informationen einen zentralen Anreiz für Mitwirkung. Wegen der Vielfalt der Bereiche und Funktionen sind mit der Implementierung einer Pflegekonferenz ausgreifende Informations- und Kommunikationsprozesse zu verbinden. Eine Pflegekonferenz stellt ein neues Instrument dar und ist nicht selbsterklärend. Es braucht Information, Bekanntmachung und Verständigung darüber. Dies gilt sowohl für den Einstieg als auch im fortlaufenden Prozess. Mehr als die Hälfte der Standorte hat **Informationen zur Pflegekonferenz für weitere Fach- und Bevölkerungskreise zugänglich** gemacht. Am häufigsten wurden dabei die Homepages der Stadt- bzw. Landkreise genutzt (8 Nennungen). Printmaterialien spielen eine untergeordnete

Rolle (2 Nennungen). Sonstige Aktivitäten beziehen sich auf Pressearbeit, E-Mail-Rundschreiben und aufsuchende Kontakte und Gremienvorstellung.

Der Einstieg vollzieht sich mehrheitlich als **gestalteter Prozess in systematischen Schritten**. Kernaufgaben werden von den Koordinator*innen unterschiedlich häufig wahrgenommen. Für alle Standorte trifft zu, dass es **keine verlässlichen, bearbeitungsfähigen Grunddaten und Grundinformationen** im Sinne von Verteilern zu geben scheint (21 Nennungen). Mit Pflegekonferenzen sind inhaltliche und konzeptionelle Entscheidungen verbunden, für die interne Abstimmung erreicht werden muss. Dabei unterscheiden sich die Ausgangssituationen im Grad der institutionellen Einbindung, etwa durch einen Lenkungskreis. Informationsarbeit innerhalb der Verwaltung (19 Nennungen) und Konzeptentwicklung (18 Nennungen) sind zu leisten. Die Aufklärungsarbeit beginnt bereits in der eigenen Organisation (19 Nennungen), setzt sich dann aber fort in den Landkreis oder in die Stadt hinein (15 Nennungen). Dafür erstellen mehr als die Hälfte der Koordinator*innen Materialien (12 Nennungen).

Maßnahmen im Vorfeld der Pflegekonferenz(en) - Mehrfachnennungen

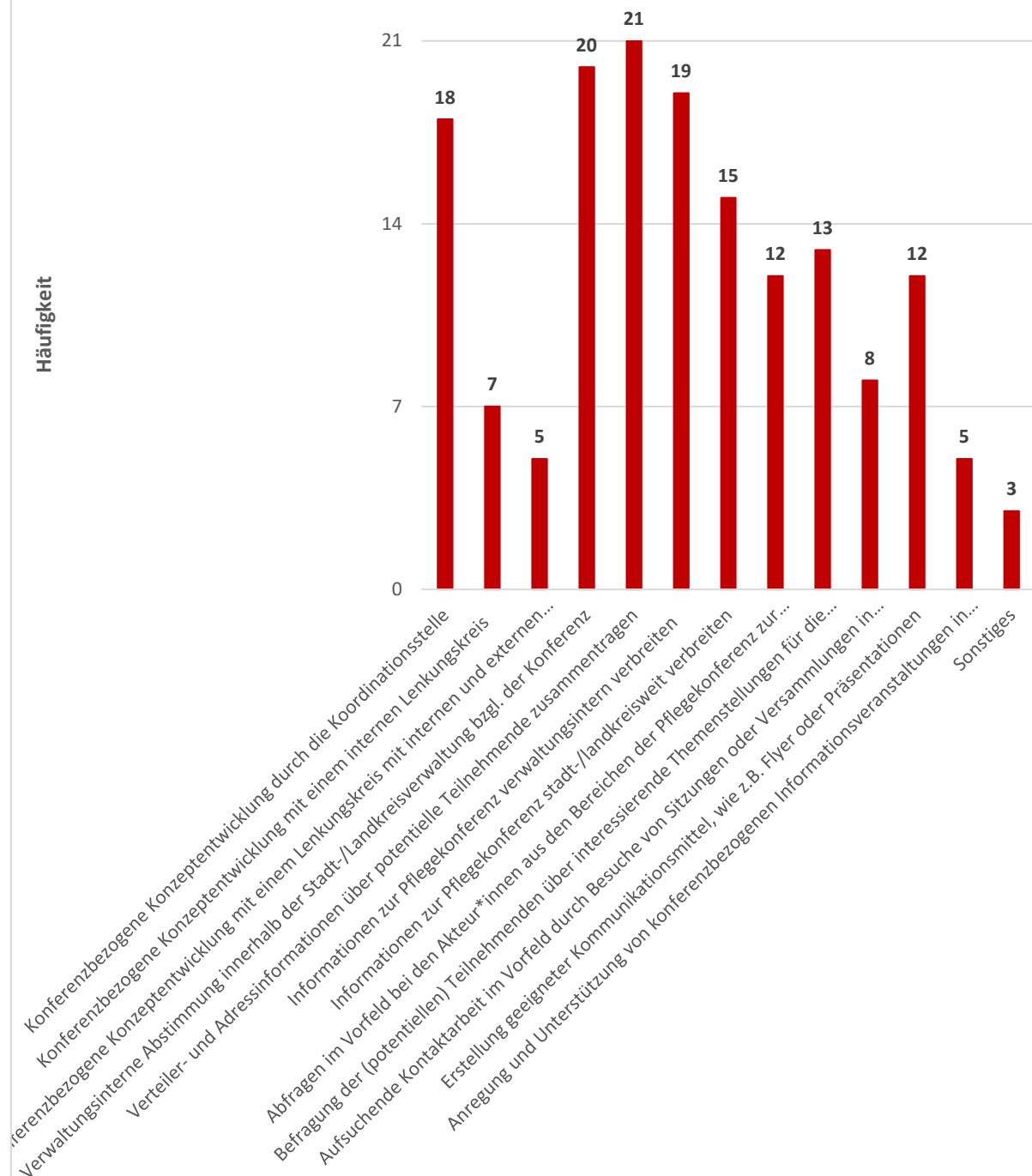


Abbildung 6: Maßnahmen im Vorfeld der Pflegekonferenzen (n = 21)

Auf Abfragen (12 Nennungen) oder umfangreichere Befragungen (13 Nennungen) stützen sich jeweils mehr als die Hälfte der Standorte. Eine kleinere Gruppe praktiziert auch zugehende persönliche Kontaktformen.

*Ich habe mich zuerst bei den besagten Schlüsselpersonen vorgestellt und mit weiteren Akteur*innen, die im Landkreis bereits sehr engagiert sind oder eine wichtige Rolle in der pflegerischen Versorgung haben, Termine vereinbart, um mich vorzustellen. Ich habe einen Gesprächsleitfaden entwickelt, um die wichtigen Themen der aufgesuchten Personen im Landkreis zu erfassen. Diese Themensammlung soll dann innerhalb der KPK bzw. als Expertenmeinungen diskutiert werden. (LKR 8)*

In zwei Städten werden Ortsvorsteher*innendienstbesprechungen genutzt, um auf die Pflegekonferenz aufmerksam zu machen. Vertrautheit mit dem Setting vor Ort ist offensichtlich förderlich.

Wichtige Aspekte bei einer nächsten Durchführung	Nennungen
Einbindung und Partizipation	22
Einbindung und Partizipation	5
Gemeinsame Themenfindung	5
Austausch regelmäßig	2
Präsenzveranstaltungen	5
Auswahl fokussieren	1
Vielfalt im Umfeld Pflege	1
Entscheider einbinden	1
Verbindlichkeit schaffen	1
Beziehungsarbeit	1
Projektmanagement verbessern	18
Lenkungsausschuss mit GO	3
Längerer Entwicklungszeitraum	1
Zeitmanagement	4
Zeit für Diskussionen	4
Workshop/Externe Moderation	4
Qualität der Referenten	1
Themenauswahl	1
Ressourcensicherung und -ausweitung	12
Langfristige Finanzsicherung	4
Ressourcen	2
Eigenständige Stelle	3
Stellenprofil präzisieren	2
mehr Personal	1

Systematische Verankerung und Einbettung	9
Einbindung in Verwaltung	2
Vorsitz Landrat	1
Nachhaltige Verankerung	1
Konzeptionelle Verankerung	1
Kommunen überzeugen	1
Auftrag schärfen	1
Bekanntheit verbessern	1
mehr Öffentlichkeitsarbeit	1

Tabelle 7: Worauf legen Koordinator*innen bei einem erneuten Einstieg besonderen Wert; A (n = 21)

Im Rückblick bewerten die Koordinator*innen alle Aufgaben als wichtig und zielführend. Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung der Konzeptentwicklung, gerade auch mit einem Lenkungskreis und die Beteiligung von Akteur*innen von Anfang an in Form von Befragungen. In der Abschlussbefragung machen die Koordinator*innen nochmals deutlich, in welche Richtung Information und Beteiligung zu verstärken sind. Die **Anregungen von Koordinator*innen** (besonders aus Landkreisen) bei einer erneuten Einführung betreffen vier Handlungsfelder. Es geht darum, die Kooperation mit Akteur*innen systematisch zu gestalten, verbindliche Beteiligung zu erreichen (21 Nennungen) und das professionelle Projektmanagement zu verbessern (18 Nennungen). Die Ressourcen müssen besser abgesichert und möglichst auszuweiten sein (12 Nennungen). Sie plädieren für systematische Verankerung im Stadt- bzw. Landkreis und bei den kreiseigenen Kommunen und für Strategien der gesellschaftlichen Aufwertung von Versorgungs- und Pflegefragen (9 Nennungen). Die Erfahrungen der Projektphase haben dafür sensibilisiert, welche bedeutende Rolle den Kommunen in diesem Prozess zukommt und wie entscheidend Beteiligung für verbindliche Mitwirkung ist.

4.1.3.2 Herausforderungen in der Einstiegsphase

Interesse und Resonanz für Vernetzung zu schaffen, stellt die zentrale Herausforderung beim Einstieg dar. Trotz allgemeiner Aufgeschlossenheit ist das Interesse der Beteiligten an Informationen selektiv. Von Orientierungsbedarf wird besonders bei zivilgesellschaftlichen Akteur*innen berichtet.

Bereitschaft ist vorhanden, aber die Ortschaften möchten auch nicht mit Themen überfrachtet werden. (Stadt 15/ D)

*Was ist unsere Rolle (Frage von Angehörigenvertreter*innen)? (Stadt 16/ D)*

Zudem verfügen Akteur*innen über unterschiedliche Zeitressourcen für Vernetzungsaktivitäten wie Information und Beteiligung.

Was deutlich wird, dass die größeren Kommunen und größere Träger weniger Probleme haben an den Konferenzen und an unseren Workshops teilzunehmen. (Pilot 6/ D)

Als **Strategie zur Steigerung der Legitimation** von Pflegekonferenzen wird organisationale und politische Einbettung praktiziert. Verwaltungsmäßig geschieht dies über Fachämter und Schlüsselpersonen; extern durch Personen, die als Multiplikator*innen wirken oder mittels politischer Vertreter*innen und kommunaler Strukturen wie Ortsvorsteher*innen. Zum Teil werden diese Personen in die verantwortliche Mitwirkung der Arbeitsgruppen oder der Lenkungsstrukturen miteinbezogen. Vereinzelt wird auch die Kooperation mit Hochschulen gesucht.

*Wenn die Einladung über den Sozialdezernenten verschickt wird, dann hat es meist eine effektivere Wirkung und mehr Stellenwert bei den Akteur*innen. Alle genannten Personen sind gute Multiplikatoren. (Pilot 2/ D)*

Wichtige Eckpfeiler sind die Pflegestützpunkte und auch die Pflegekoordination. Diese sind bereits mit vielen Einrichtungen in Kontakt und in Netzwerken aktiv auf die auch die Pflegekonferenz zurückgreifen kann. (Pilot 4/ D)

Die KPK hat im Landkreis einen hohen Stellenwert mit großer Außenwirkung. Der Kreisrat hat die Einrichtung der KPK sehr begrüßt und auch unterstrichen, dass die Pflegekonferenz eine wichtige Institution ist, um das Thema Pflege weiter im Landkreis voranzubringen. (Pilot 4/ D)

Verstärkung der Kommunikation ist entscheidend sowohl innerhalb der Verwaltung als auch auf lokalen Ebenen.

Kommunikation zwischen den beiden Städten ist wichtig für Inspiration und Reflexion, um gemeinsam voranzugehen. (A)

Diese Ausgangssituation macht deutlich, dass Pflegekonferenzen in den untersuchten Stadt-/ Landkreisen auch vor Ort – wie für die Landesebene bereits dargestellt – in ein bestehendes Gefüge von Informations- und Planungsprozessen eingepasst werden müssen.

In der Ausrichtung orientieren wir uns u. a. an der Kreissenioresenplanung, den Planungswerken der Sozialplanung, den Leitsätzen zur integrierten Sozialplanung für den (...)Kreis und den strategischen Zielen des (...)Kreises. Ziel war hierbei bestehende Strukturen nicht zu übergehen und somit eine grundlegende Akzeptanz zu schaffen. (Pilot 5/ D)

Die Tatsache, dass man nicht am „Punkt Null“ beginnt, birgt zunächst Chancen. Mögliche Partner*innen können leicht identifiziert werden. Es gibt bereits Gewohnheiten für vernetzende Zusammenarbeit. Es gibt bestehende thematische Handlungsorientierung durch übergreifende Planwerke. Diese Ausgangssituation stellt die Koordinator*innen aber auch vor typische Herausforderungen. Herausforderungen beim Einstieg benennen Koordinator*innen a) im Zusammenhang mit der Organisation und Umsetzung des Auftrags, b) bei den Feldbedingungen und c) in der eigenen Organisation. Am häufigsten zeigten sich:

- a. coronabedingte Erschwernisse, besonders im technischen Bereich durch digitale und hybride Durchführungsformate
- b. Erschwernisse bei der Gewinnung verlässlicher Beteiligung der Akteur*innen, es spielen hier Erwartungen, knappe Zeitressourcen und die Vielzahl von Akteur*innen eine Rolle.

Herausforderungen beim Einstieg in die KPK (n = 20; Mehrfachnennungen möglich)/S	Nennungen
Durchführungsmodalitäten	27
Corona Pandemie	10
digitale Veranstaltungen	7
Festigen/Finden der Arbeitsgruppen	2
Priorisierung von Themen	2
Datenschutzbestimmungen	1
Nachhaltigkeit durch Projektlaufzeit	1
Erreichen der gesetzten Ziele	1
gemeinsamen Arbeitsmodus finden	1
zwei Tage mit den gleichen Arbeitskreisen	1
Kennenlernen der Akteur*innen	1
Hemmfaktoren bei den Akteur*innen (Feldbedingungen)	23
zeitliche Ressourcen im Bereich Pflege	6
Identifizierung von Schlüsselakteur*innen	4
Vernetzungsarbeit	3
Vielfältigkeit der Akteur*innen zusammenbringen	3
Priorität der KPK bei den Akteur*innen deutlich machen	2
Vermeidung von Doppelstrukturen	2
Mitnahme der notwendigen Akteur*innen	1
langfristige Prozesse	1
Frust/verbrannte Erde bei einigen Partner*innen	1
Hemmfaktoren in der Organisation	2
Ausbremsen durch Verwaltung von Ideen/Innovationen	1

fehlende geschulte Moderator*innen	1
keine Angaben	1

Tabelle 8: Herausforderungen beim Einstieg, S (n = 20)

Die Pflegekonferenzen bewegen sich in einer Mehrebenen-Landschaft (Land, Kreis, Kommunen). Dafür müssen sinnvolle Informations-, Steuerungs- und Beteiligungsformen gesucht und gefunden werden. Diese Herausforderung wird aktiv, gestaltend und mit unterschiedlichen Akzenten angegangen. Die Breite wird bewältigt durch thematische Einbettung, Einbettung in die Strukturen und multipel besetzte Lenkungsstrukturen. Am schwierigsten erscheint die Verbindung zu zivilgesellschaftlichen Initiativen, die nicht in die kommunalen Strukturen eingebunden, sondern selbstorganisiert sind.

4.1.4 Ergebnisse zur Durchführung von Pflegekonferenzen

Für Entwicklung und Ausbau der Unterstützungsinfrastruktur sind neben Trägern der Altenhilfe die kreiseigenen Kommunen bei Landkreisen wichtige Akteur*innen bzw. Motoren in ihrer Zuständigkeit für Daseinsvorsorge. In Stadtkreisen ist der Quartiersbezug über die jeweiligen Ortsvorsteher*innen angesprochen. Es stellt sich deshalb die Frage, wie sich sowohl die fachliche als auch die Mobilisierung der unterschiedlichen Verwaltungsebenen vollzogen hat und welche Erfahrungen die Schnittstellenarbeit prägen. Bei der Mobilisierung orientieren sich die Standorte überwiegend an den Vorgaben des Landespflegegesetzes.

4.1.4.1 Beteiligte Sektoren

Die Mobilisierung in den Sektoren Altenhilfe, Gesundheit und medizinische Versorgung sowie Landkreisverwaltung ist umfänglich erreicht worden. Stationäre und ambulante Altenhilfe sind in 18 von 19 erfassten Standorten vertreten; die Nachbarschaftshilfe ist an 12 Standorten beteiligt.

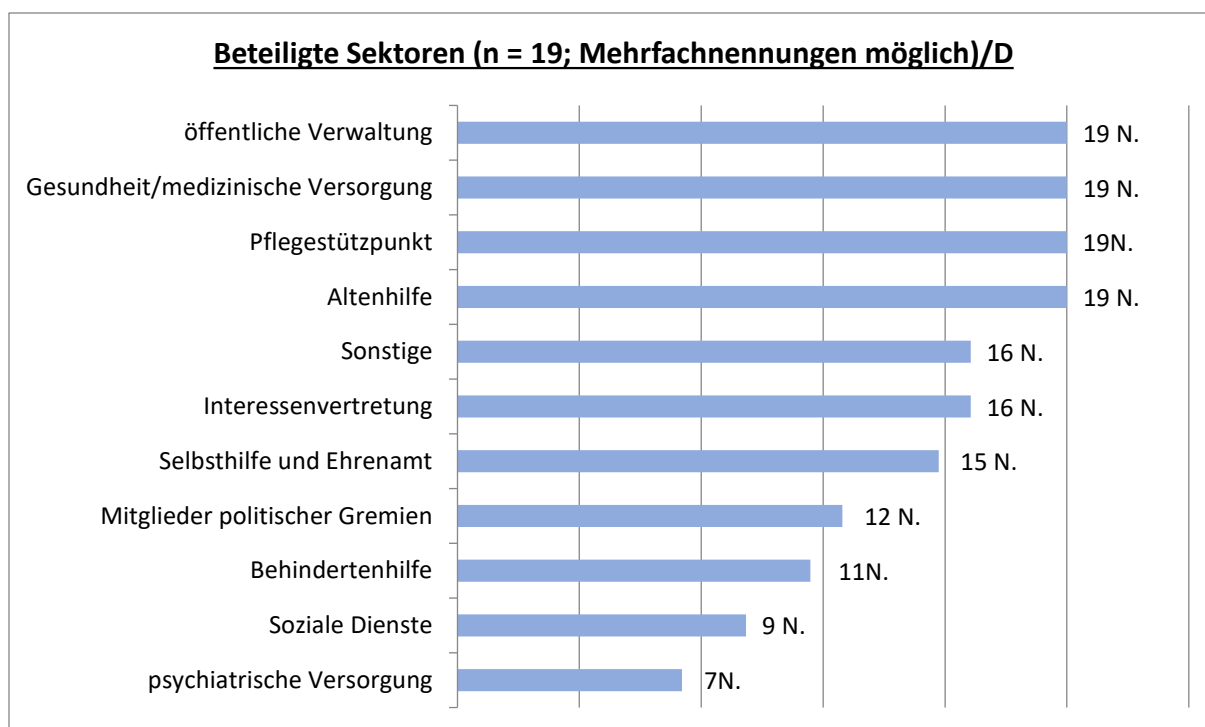


Abbildung 7: Beteiligte Sektoren/D (n = 19)

Partner*innen aus der Behindertenhilfe, der psychiatrischen Versorgung oder den Sozialen Diensten beteiligen sich an weniger als der Hälfte der Pflegekonferenzen. Die Auswertung der einzelnen Bereiche dokumentiert eindrücklich die Vielschichtigkeit und Vielfalt der angesprochenen Akteur*innen. Die Programmausschreibung scheint dabei die Auswahl stark zu steuern. Das Hauptgewicht liegt auf den Fachinstitutionen und Fachvertretungen.

Beteiligte Sektoren/Interessenvertretung (n=16); Mehrfachnennungen möglich) D	Anzahl
Seniorenvertretung	16
Angehörigenvertretung	4
rechtliche Betreuung	3
andere	3
Mitglied einer politischen Partei	2
Patientensprecher	1

Tabelle 9: Beteiligte Interessenvertretungen, D (n=16)

Auch Interessenvertretungen und zivilgesellschaftliche Repräsentant*innen sind in 16 Standorten beteiligt.

Beteiligte Sektoren/Gesundheit und medizinische Versorgung (n = 19; Mehrfachnennungen möglich) D	Anzahl
Kassen	19
Krankenhaus	15
andere	6
Facharztpraxis	3
Physiotherapie und andere Anwendungen	1

Tabelle 10: Beteiligte aus dem Bereich Gesundheit und medizinische Versorgung, D (n = 19)

Im Sektor Gesundheit/medizinische Versorgung beteiligen sich vor allem Pflegekassen mit einer stärkeren lokalen Verankerung (hier AOK) durchgängig. Kliniken sind in mehr als drei Viertel der Konferenzen dabei. Ein guter Überblick zur Vielfalt der Teilnehmer*innen ergibt sich durch die Auswertung „Sonstige Beteiligte“ aus 16 Pflegekonferenzen.

Beteiligte Sektoren/Sonstige (n = 16; Mehrfachnennungen möglich) D	Anzahl
Pflegesschulen	4
Vertreter*innen Thema Wohnen	4
Presse	3
Vertreter*innen Bildungseinrichtung	3
Liga der freien Wohlfahrtspflege	3
Kirche	2
Vertreter*innen Pflegeausbildung	2
pflegende Angehörige	2
Student*innen	2
Evaluationsgruppe	1
KVJS	1
Wissenschaft	1
Jobcenter	1
MdL	1
MDK	1
kommunale Gesundheitskonferenz	1
Pflegeberatung	1
Kreissenorenrat	1

Apotheker*innen	1
Professor*innen	1

Tabelle 11: Sonstige Beteiligte, D (n=16)

Weitere einzelne Partner*innen sind der MDK, die Servicestelle Pflegeausbildung, Krankenhausozialarbeit und Rehabilitationseinrichtungen. Es fällt auf, dass der Lehr- und Ausbildungsbereich deutlich präsent ist.

In den Abbildungen (siehe unten) zur Mobilisierung wird deutlich, wie differenziert und vielfältig die regionale Pflege- und Versorgungslandschaft ist: Von den großen stationären medizinischen und pflegerischen Versorgungsinstitutionen, den Pflegekassen und medizinischen Diensten über das Spektrum ambulanter Anbieter bis hin zu den vielfältigen Unterstützungsangeboten und Interessenvertretungen zivilgesellschaftlicher Gruppen (z. B. Nachbarschaftshilfe, VDK, Seniorengruppen, Krankenpflegevereine) sowie Vertreter*innen aus kommunalen Gremien und kommunalen Verwaltungen. Das Spektrum der angesprochenen Gruppierungen spiegelt das Bemühen wider, die Vielfalt gesellschaftlicher Interessenlagen zu repräsentieren.

Die KPK soll ein möglichst breites Spektrum der Gesellschaft darstellen. (LKR 9/ D)

In der Auswertung nach quantitativer Beteiligung der einzelnen Sektoren zeigt sich besonders deutlich, welche Bereiche weniger (nur punktuell oder individuell) vertreten waren.

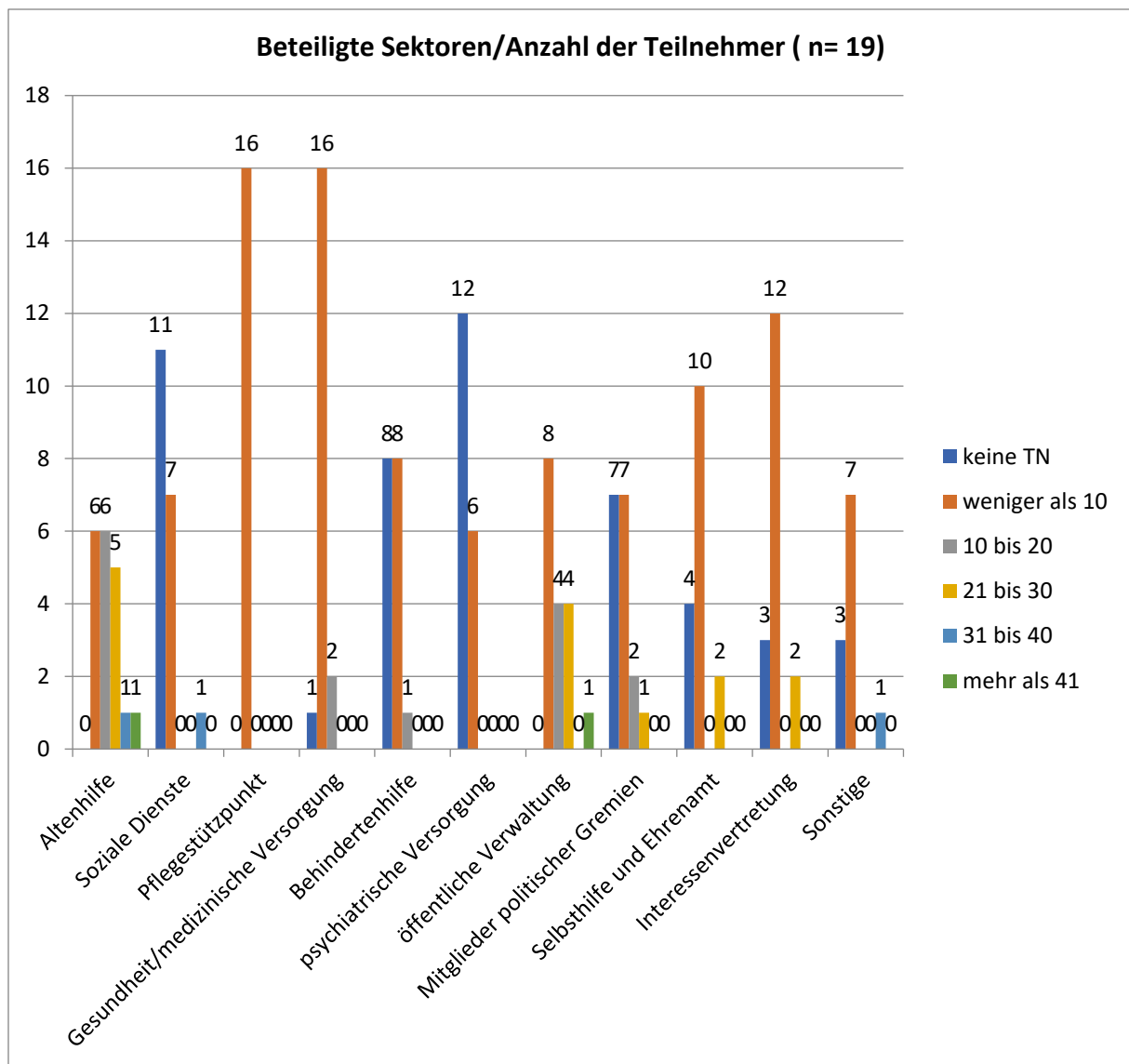


Abbildung 8: Beteiligte Sektoren nach Anzahl der Beteiligten, D (n = 19)

Mitglieder des Kreistages bzw. des Gemeinderats fehlten in sieben Pflegekonferenzen, in sieben weiteren Konferenzen waren weniger als 10 beteiligt.

Soziale Dienste, psychiatrische Versorgung und Behindertenhilfe sowie Mitglieder politischer Gremien oder aus dem Sektor Zivilgesellschaft (Selbsthilfe, Ehrenamt, Interessenvertretung) fehlten in einem Viertel bis zur Hälfte der ausgewerteten Pflegekonferenzen (blaue Balken) oder wirkten nur in kleiner Zahl mit (oranger Balken). **Die Landkreise realisieren damit bei der Mobilisierung den breiten, fachbezogenen Ansatz des Programms.** Die sektorenübergreifende Verknüpfung von Akteur*innen des staatlichen, zivilgesellschaftlichen und sozialwirtschaftlichen Sektors bleibt in der Programmausschreibung eher vage. Durch den

Quartiersbezug liegt die Einbindung zivilgesellschaftlicher Kräfte nahe. Am **wenigsten definiert ist die Beteiligung der kommunalen Ebene und der Kreisebene**, sowohl, was die administrativen, als auch die politischen Instanzen betrifft.

4.1.4.2 Zum Agendasetting

Die Themenfindung für die Pflegekonferenzen erfolgte vorwiegend beteiligungsorientiert.

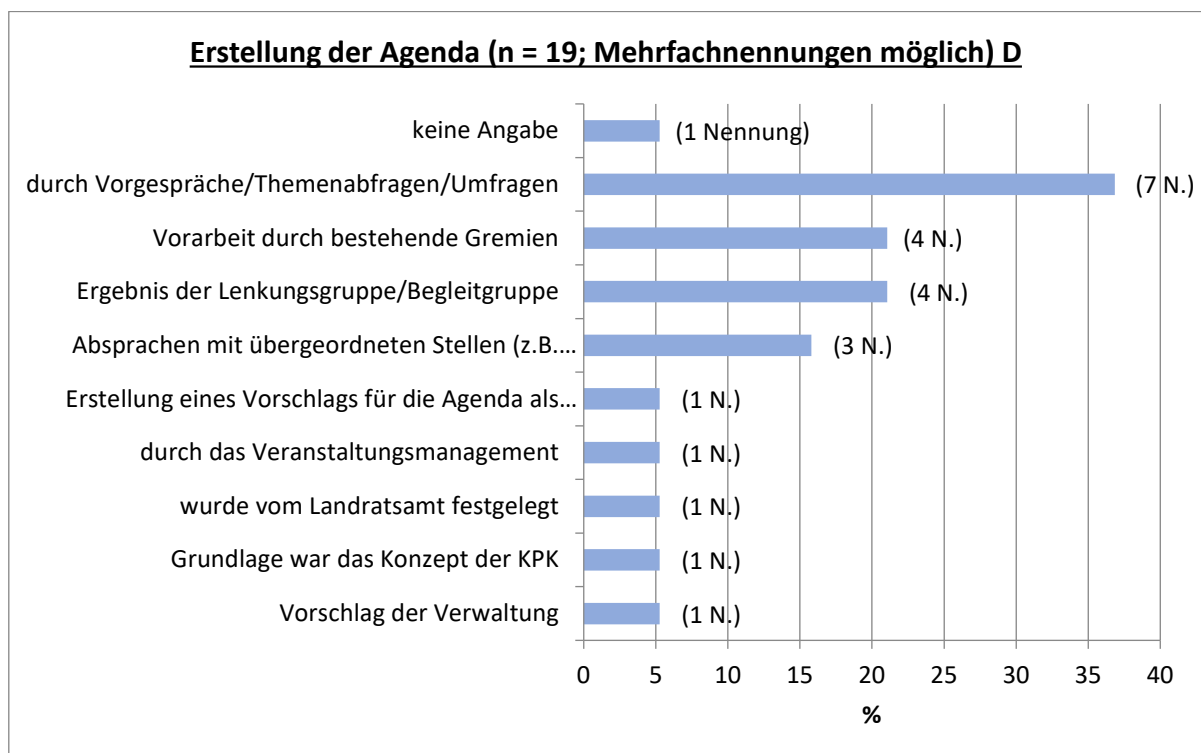


Abbildung 9: Wie wurde die Agenda erstellt, D (n = 19)

Am häufigsten wird der breite **Kontakt zu den Teilnehmenden durch Befragungen** gesucht. Es werden aber auch **Themeneingaben** aus den gewählten Arbeitsstrukturen wie **Lenkungsgruppen oder Arbeitsgruppen** aufgenommen.

<u>Bereits gesetzte Themen für die KPK</u> <u>(n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S</u>	<i>Nennungen</i>
Erfassung/Prüfung/Schaffung der Pflege- und Unterstützungsstruktur	7
Gewinnung von Fachkräften/Pflegeausbildung	6

altersgerechte Quartierstrukturen	5
Digitalisierung, Alter und Technik	4
Auswirkungen der Corona Pandemie	3
Orte der Begegnung schaffen	2
neue innovative Projekte/Ideen	2
pflegende Angehörige	2
Vernetzung	2
Organisatorisches (Geschäftsordnung, Mitglieder)	2
ehrenamtliche Strukturen	1
steigende Pflegekosten	1
Pflegethemen aus der Verwaltung und aus überregionalen Gremien	1
Aktivierungsarbeit Senioren	1
sorgende Kommune	1
Demenz	1
Vorträge	1
keine Angaben	6

Tabelle 12: Gesetzte Themen, S (n = 20)

Zu dem am häufigsten genannten Thema in der Einstiegsphase gehören Anliegen aus der Sozialplanung, aber auch die in der Programmausschreibung erwähnte Erweiterung der Pflegeinfrastruktur u. a. auch mit dem Fokus auf Teilhabe und Unterstützung pflegender Angehöriger. Eng damit verknüpft sind altersgerechte Quartiersstrukturen. Vielfalt und Komplexität der Infrastrukturfragen vor Ort zeigen sich in konkreten Auflistungen einzelner Standorte. Dabei werden sowohl lokale als auch übergreifende Bedarfe einbezogen.

Themenbeispiel für den Landkreis 9:

- ✓ *Erwachsenenschutz*
- ✓ *Nach der Pandemie ist vor der Pandemie*
- ✓ *Pflegeüberleitung*
- ✓ *Armut und Pflege*
- ✓ *Migration und Pflege*
- ✓ *Lokale Allianz – Kommunikationskonzept*
- ✓ *Nachtpflege*
- ✓ *Angebote für junge Pflegebedürftige; Stationär und Teilstationär*

Einzelne Standorte haben aus den Themenvorschlägen Strukturierungen für Arbeitsgruppen vorgenommen.

AG 1 Schaffung der notwendigen kommunalen Pflege- und Unterstützungsstrukturen: Ambulante und stationäre Pflege; AG 2 Entwicklung von

altersgerechten Quartiersstrukturen: Caring Community; AG 3 Aufbau integrierter Unterstützungs-, Entlastungs- und Vernetzungsstrukturen: Digitale Teilhabe. (LKR 7)

Die Themenfindung fand in einem dreiteiligen Prozess statt. (1) Standardisierte Befragung von Experten im Vor- und Umfeld der Pflege (z. B. Pflegestützpunkt, Vertreterinnen von Pflegeheimen, Pflegedienstleistern). (2) Wurden alle potentiellen Teilnehmer der Pflegekonferenz zu ihrer Themenpräferenz telefonisch (Leitfadeninterview) befragt (siehe 3.). (3) Wurde in Kooperation mit der (...) University Themenfelder mit hoher Relevanz aus wissenschaftlicher Perspektive ermittelt. Eine Schnittmenge aus allen drei Vorgängen führte zu einer Fokussierung von 3-5 Themenfeldern. (Pilot 1)

Als zweiter stark thematisierter Themenkomplex zeigt sich die **Fachkräfte- und Ausbildungsfrage**. Er spiegelt die Dringlichkeit in der Praxis wider. Als wichtigste Ansatzpunkte für eine Umsetzung favorisieren Koordinator*innen neben der **Bildung von Arbeitsgruppen, praktische Vorhaben auf den Weg zu bringen**. Ein Erfolgskriterium für Pflegekonferenzen sehen die Koordinator*innen in der praktischen Umsetzung.

4.1.4.3 Gestaltung der Konferenz

Das Konferenzformat ist eine im Rahmen von Verwaltungshandeln bekannte und charakteristische Arbeitsweise. Gestaltungsauftrag und -spielraum ergeben sich bei den kommunalen Pflegekonferenzen vor allem aus den inhaltlichen Zielsetzungen. Der Aspekt Netzbildung sowie Beförderung innovativer Ansätze der Unterstützung beschreiben die weitreichendsten Ziele. Sozialplanerische Aspekte verweisen auf die Aspekte der Information und Transparenz.

Ziele bei der Einführung der KPK (n = 19; Mehrfachnennungen möglich) D	Anzahl
Vernetzung unter den Akteur*innen ermöglichen	17
für Informationsfluss sorgen	11
Versorgungslücken erkennen	8
Empfehlungen für Entscheidungsgremien erarbeiten	8
neue Versorgungs- und Unterstützungsangebote anregen	8
Verbindung zu politischen Entscheidern herstellen	7
sozialplanerische Daten gewinnen	7
für Überblick und Transparenz sorgen	7
Andere	1

Tabelle 13: Ziele für die Pflegekonferenzen, D (n = 19)

Vernetzung ist das **am häufigsten genannte Anliegen** (17 Nennungen). Fast alle Koordinator*innen setzen dies an erster Stelle. Auch einen besseren Informationsfluss verfolgen mehr als die Hälfte der Standorte. Praktische Ergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen, prägen aber die Erwartungen aller Standorte: Prominenter Wunsch ist die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft, aber auch sozialplanerische Aufgaben. Mehrheitlich werden Pflegekonferenzen als mehrstündige Sitzungen durchgeführt (zwei bis vier Stunden). Auch kürzere Varianten sind coronabedingt durch digitale Durchführung ermöglicht worden. Vereinzelt gibt es auch das Format eines Fachtags.

Pflegekonferenzen stellen die Organisator*innen vor Herausforderungen durch Größe und Vielfalt der Teilnehmerschaft und durch anspruchsvolle interaktive Zielsetzungen. Gefragt ist eine sinnvolle und wirksame Strukturierung, die Sicherheit und Orientierung unterstützen und zu Ergebnissen führen kann. Andererseits erfordern interaktiven Ziele Beteiligungs- und Kontaktspielräume. Aus der Verwendung der häufigsten methodischen Elemente zeigt sich ein recht einheitliches Konferenzformat mit einer klaren inhaltlichen Strukturierung durch Impulse, sowohl von Fachexpert*innen (18 Nennungen) als auch durch Praxisbeispiele aus der Teilnehmerschaft (17 Nennungen) oder aus Initiativen. Die Moderation erfolgt durch leitende Verwaltungsangehörige (13 Nennungen), Koordinator*innen (12 Nennungen) oder externe Moderator*innen (8 Nennungen).

Maßnahmen während der Pflegekonferenz(en) A n = 21 - Mehrfachnennungen

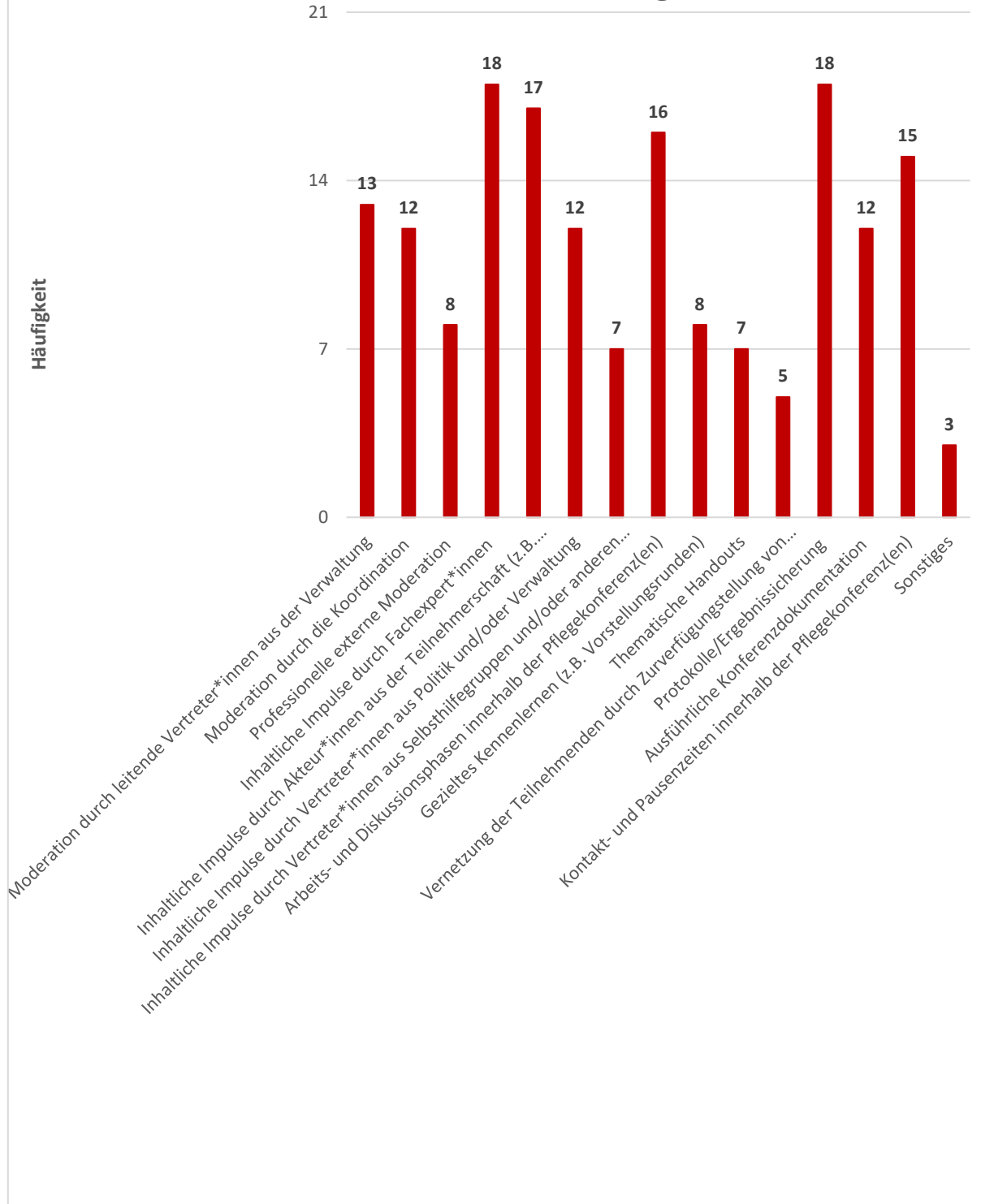


Abbildung 10: Maßnahmen während der Pflegekonferenz, A (n = 21)

Ergebnissicherung wird mehrheitlich durch Protokolle (18 Nennungen) gewährleistet. In mehr als der Hälfte der Standorte (12 Nennungen) werden auch ausführliche Dokumentationen erstellt. Neben Themensetzung und methodischer Strukturierung ist die Moderation ein wichtiger Gestaltungsfaktor für das Setting einer Pflegekonferenz. Sie hat Bedeutung für die Beteiligungsqualität, beeinflusst die Kommunikation und steuert damit wesentlich die Interaktionsqualität einer Konferenz. Andererseits wird durch die Besetzung der Leitungsfunktion auch der Stellenwert der Veranstaltung zum Ausdruck gebracht und signalisiert damit Macht und Legitimation. Die Ausgestaltung und Wahl der **Moderation** spiegeln diese Aufgabenstellung wider. Die Moderation wird mehrheitlich in die Hände von Leitungspersonen gelegt, die hierarchisch hoch angesiedelt sind (15 Nennungen insgesamt), in der Regel höher als die beteiligten Teilnehmer*innen. Für die qualitative Ausrichtung der Konferenz stützen sich ein Drittel der Standorte auf externe Moderator*innen (sechs Nennungen) oder ziehen Planungsexpert*innen heran.

Die **Zielsetzungen der Pflegekonferenzen** reichen weit über die Möglichkeiten eines Konferenzformates hinaus. Sowohl Vernetzung wie Handlungsorientierung erfordern fortlaufenden Informationsfluss, aktive Beziehungsarbeit, Entwicklung gemeinsamer Lösungen und konkrete Zusammenarbeit. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass praktisch alle Standorte das Konferenzformat verlassen, erweitern, überschreiten, um ihre Ziele zu erreichen. Aktivierend gibt es während den Pflegekonferenzen bei zwei Dritteln Arbeits- und Diskussionsphasen (16 Nennungen). Gezieltes Kennenlernen spielt nur teilweise eine Rolle (8 Nennungen). Nur in ca. einem Viertel der Fälle werden Kontaktinformationen zu Verfügung gestellt (5 Nennungen).

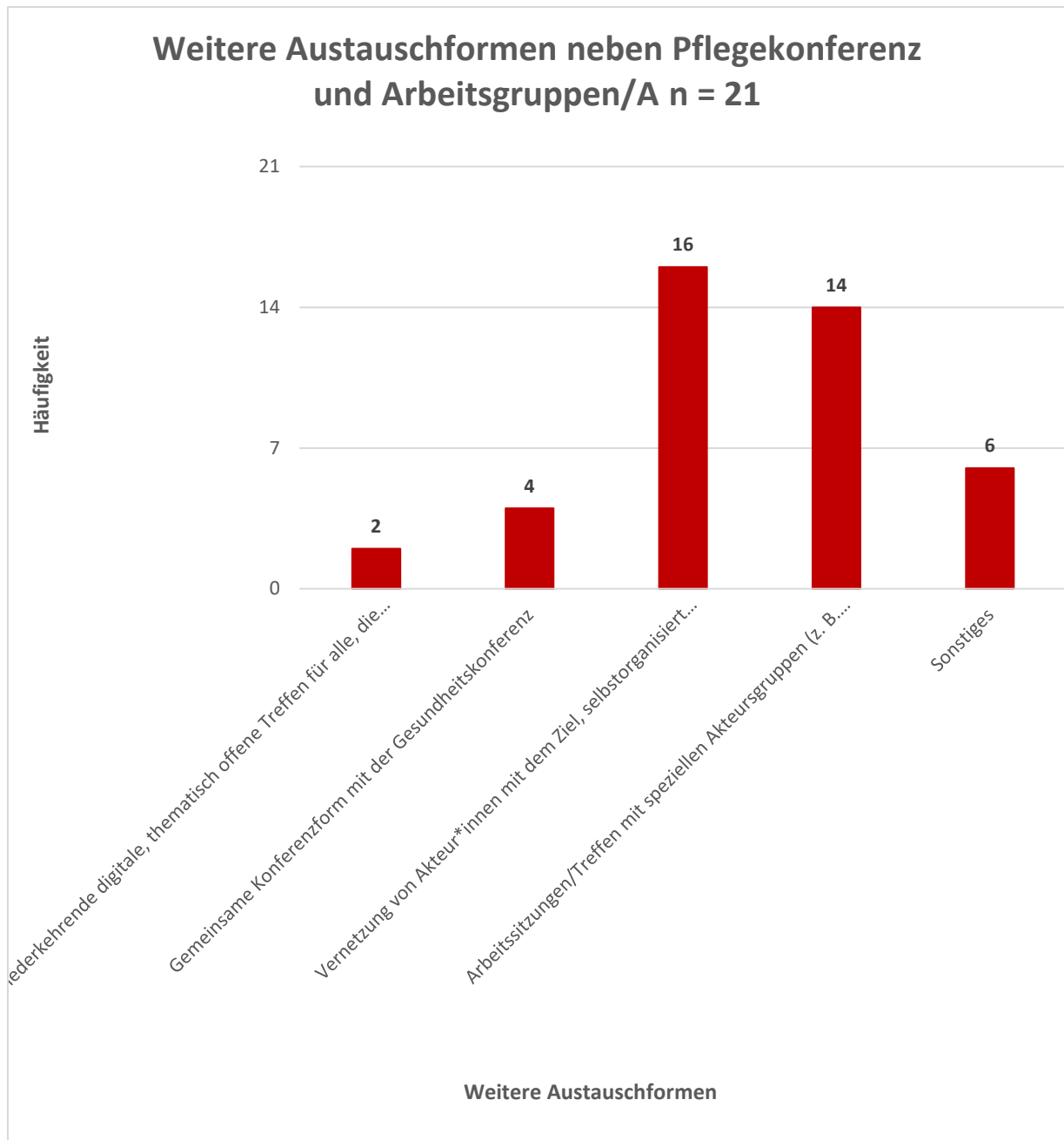
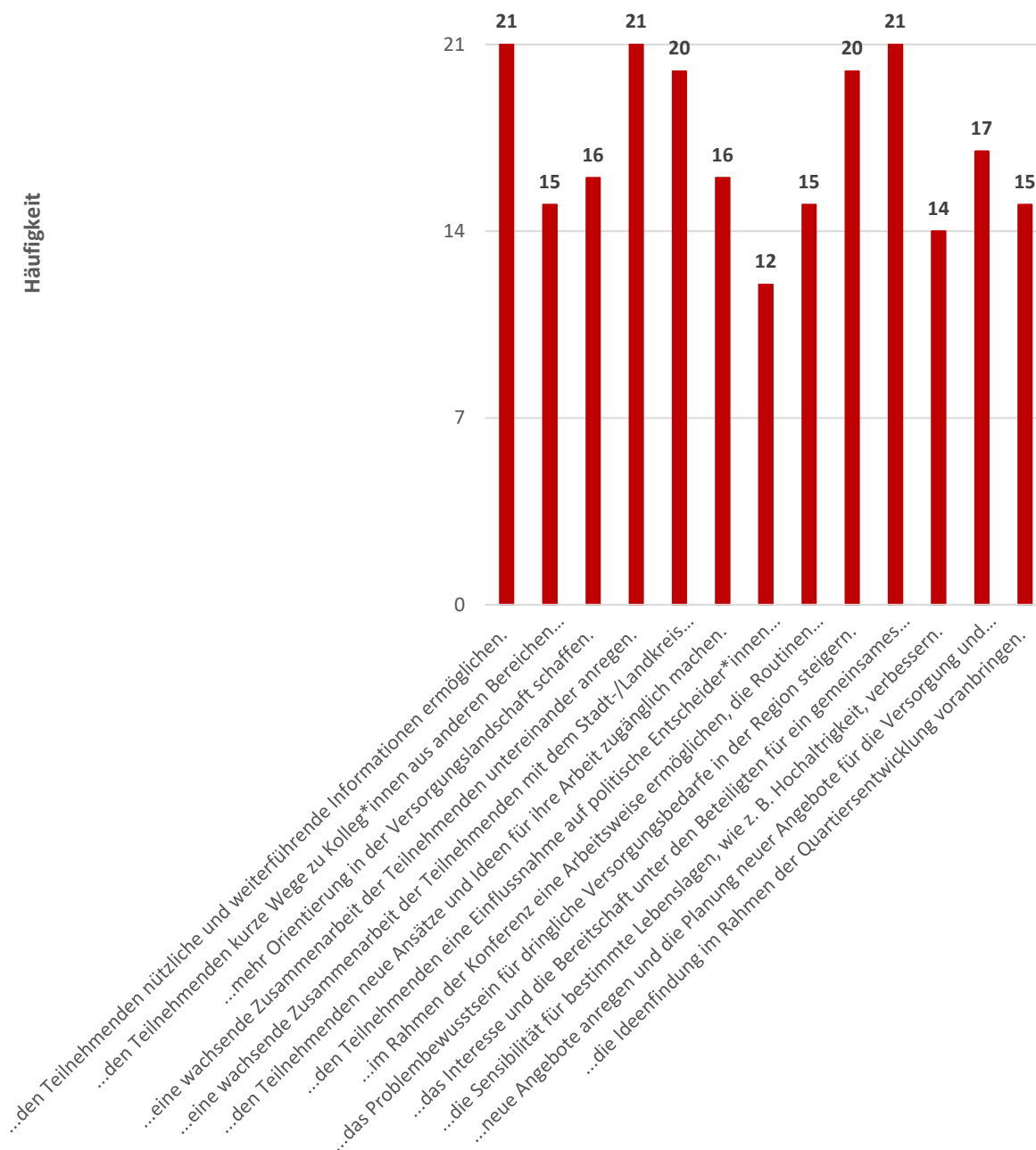


Abbildung 11: Weitere Austauschformen, A (n = 21)

Neben Arbeitsgruppen als häufigster Erweiterung werden Zusammenkünfte mit speziellen Akteur*innengruppen und projektbezogene Treffen mit stärkerer Selbstorganisation durchgeführt; vereinzelt auch niederschwellige Kontakt- und Informationsangebote (z. B. Out of the Box).

Einsatz von Elementen zur Zielerreichung

Ich habe in der Umsetzung der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen Elemente eingebaut, die...



Einsatz von Elementen zur Zielerreichung

Abbildung 12: Einsatz von Elementen der Zielerreichung, A (n = 21)

Einsatz zielbezogener Maßnahmen: Koordinator*innen haben eingeschätzt, welche Elemente zur Zielerreichung im gewählten Setting von Maßnahmen zur Anwendung kamen.

Dazu zählen weiterführende Information (21 Nennungen), wachsende Zusammenarbeit (21 Nennungen) und Anregung und Bereitschaft zu gemeinsamem Vorgehen (21 Nennungen). Etwas weniger ausgeprägt, aber immer noch mehrheitlich umgesetzt wurden Anregung zu neuen Angeboten (17 Nennungen), neue Ansätze und Orientierung in der Versorgungslandschaft (jeweils 16 Nennungen) sowie kurze Wege (15 Nennungen), Routinen zu verlassen (15 Nennungen) und Impulse zur Quartiersarbeit (15 Nennungen). Zum jetzigen Zeitpunkt stand die politische Einflussnahme nicht im Vordergrund (14 Nennungen).

4.1.4.3 Beteiligungsqualität

Mit den praktizierten Verfahren werden nach Einschätzung der Koordinator*innen mehrheitlich Beteiligung, Austausch und eine positive Resonanz sowie Sensibilisierung für das Vorgehen erreicht.

Die Atmosphäre wird vorwiegend als interessiert und aufgeschlossen, positiv entspannt beschrieben. Aber auch über Zurückhaltung wird berichtet. Beteiligung wird dabei am häufigsten auf der Stufe von Information und Mitwirkung in Form von Stellungnahmen erreicht. Entscheidungen gibt es in der Regel hauptsächlich zu Verfahrensfragen. Kontroverse Themen bleiben eine Ausnahme. Als Störfaktoren tauchen vereinzelt technische Schwierigkeiten auf. Teilnehmende aus 17 Pflegekonferenzstandorten sind von Vorbereitung, Durchführung und Ergebnissen überwiegend angetan und zufrieden wie Zitate aus der Auswertung zeigen:

*„gut vorbereitet“/„informativ“/„sehr interessant“/„Themen sehr breit aufgestellt“
(LKR 18)*

*„Kurzweilig und konstruktiv hier – Gemeinden bitte ins Boot holen!“ (...) „Großer Dank für die gute Organisation und Durchführung des Workshops“ (...)
„Beeindruckt über Ergebnisse trotz der Grenzen im Gesamtsystem.“ (Pilot 6)*

„Funke sprang über“, „wenn wir die Themen in diesem Rahmen jetzt nicht schaffen, dann schaffen wir es nicht mehr“, über „sehr motivierend, ich bin dabei!“ (LKR 11)

*„Danke, dass diese schwierigen Themen endlich angegangen werden“ Wunsch:
„Themen auch in politische Gremien vertreten“ Teilweise Ohnmachtsgefühl „alleine gelassen von der Politik bei diesen schwierigen Themen“, oder „wenn wir uns nicht selbst helfen, hilft uns keiner.“ (LKR 11)*

4.1.4.4 Herausforderungen in der Steuerung des Prozesses

Vernetzungsprozesse im Rahmen erweiterter Pflegekonferenzen (mit Arbeitsgruppen und weiteren Austauschformen) zu leisten, ist mit charakteristischen Herausforderungen verbunden. Die Aussagen der Koordinator*innen verweisen auf die außerordentliche Komplexität des Settings.

Herausforderungen in der Steuerung des Prozesses (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Steuerungsanforderungen bezogen auf die Akteur*innen (Feldbedingungen) wie bspw. Unterschiedlichkeit der Akteure (5 N.) Nachhaltige Verankerung der Themen (4N.) Konkurrenzsituation unter Beteiligten ausräumen und Mitglieder gewinnen (2 N.) und andere	19
Steuerungsanforderungen bezogen auf den Prozess (Durchführung und Umsetzung) wie bspw. Zeitliche Ressourcen /Zeitmanagement (3 N.) Prozesse brauchen Zeit (2 N.), in Konkrete Inhalte kommen (2 N.) und andere	10
Steuerungsanforderungen bezogen auf die Koordinator*in wie bspw. Motor sein (1 N.) Raum für Innovation schaffen (1 N.) KPK als Prozess sehen und andere	5
Steuerungsanforderungen bez. auf die Organisation wie bspw. Bürokratie (1 N.) Begrenzte Sachmittel (1 N.) Gerechte Arbeitsaufteilung in der Steuerungsgruppe	3
keine Aussage möglich, da noch ganz am Anfang	1
keine Angaben	2

Tabelle 14: Herausforderungen in der Steuerung des Prozesses, S (n = 20)

Die Koordinator*innen beschreiben vier Handlungsfelder, in denen ihnen besondere Anforderungen begegnet sind. Am häufigsten ergeben sich aus Sicht der Koordinator*innen **Herausforderungen aus dem Feld** der Akteur*innen (n = 19). Am häufigsten werden Anforderungen im Zusammenhang mit den Konferenzbeteiligten genannt (19 Nennungen). Sie haben zu tun mit Bewältigung der Komplexität, die durch die Unterschiedlichkeit und Interessenlagen der Beteiligten entsteht. Im Governanceansatz wird dies zurückgeführt auf die in den verschiedenen Sektoren geltenden Logiken und Regulierungsprinzipien.

Begrenzte Ressourcen bei vielen Baustellen im Kontext der Pflege. (LKR 12)

Es handelt sich um Rahmenbedingungen, die nur begrenzt oder schwer beeinflussbar sind, jedenfalls aber besondere Strategien erfordern, die weit über die Durchführung von Austauschformaten hinausgehen. Es geht hier um Machtverhältnisse und nicht nur um Information und Kommunikation. Beteiligung in der Qualität von aktiver Mitwirkung stellt besondere Anforderungen an die steuernden Akteur*innen.

Ein zweites Bündel von Anforderungen ergibt sich aus der Aufgabe, **im beschriebenen Setting zu praktischen Ergebnissen** zu kommen. Das benötigt angemessene Zeitressourcen und Strukturierungskompetenz.

Zentrale Frage bei der Organisation und Steuerung, wie man von den inhaltlichen Themen und Problemen in die konkrete Umsetzung kommt und wie das Gremium in die operative Arbeit einsteigt. (LKR 14)

Die Prozesssteuerung ist eine hoch professionelle Anforderung in Projektmanagement, besonders wenn Ergebnisse erzielt werden sollen (10 Nennungen). Ein dritter Schwerpunkt verweist auf **eigene Lernprozesse und Haltungen**, die sich Koordinator*innen im Fortschreiten des Prozesses aneignen. Einige Projektkoordinator*innen sehen sich in ihrer persönlichen Kommunikations- und Handlungskompetenz gefordert (5 Nennungen).

Mehrere Bälle gleichzeitig in der Luft halten – schafft eine Person nicht zufriedenstellend und ohne jemanden oder etwas zu vergessen! (Stadt 16)

Herausforderungen bezogen auf die eigene Verwaltungsorganisation werden genannt, spielen aber nur eine begrenzte Rolle (3 Nennungen). Nur vereinzelt werden Herausforderungen der Steuerung benannt, die auf die eigene Institution zurückgehen. Demnach verorten die Koordinator*innen die Steuerungsanforderungen hauptsächlich im Feld der Akteur*innen und im Durchführungsprozess. Sofern dies vorrangig als soziales Interaktionsgeschehen wahrgenommen wird, bleiben die tieferliegenden strukturellen Logiken des Handelns und die Einbettung in die jeweiligen institutionellen Zusammenhänge verborgen, bzw. werden nicht als solche thematisiert. Die angetroffenen Prozesse werden eher unter den eigenen beruflichen Prämissen bspw. von Sozialarbeit oder Planungsarbeit betrachtet.

4.1.4.5 Lösungen

Steuerungsprobleme in Netzwerken sind herausfordernd.⁴ Sieben Standorte haben dazu keine Angaben gemacht. Für Lösungen innerhalb des eigenen Kompetenzspektrums sprechen

⁴ Baitsch & Müller (2001) beschreiben 6 Netzwerkdilemmata: 1. Das Besitzdilemma: Wer ist verantwortlich 2. Das Vertrauensdilemma: Umgang mit Information: wieviel wie wenig; 3. Das Selbstorganisationsdilemma: wieviel, wie wenig

die Vorschläge zu den Steuerungsanforderungen. Lösungen beschreiben die Koordinator*innen vor allem in Bereichen in eigener Verfügung.

Lösungen (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Kommunikative Lösungen/Beteiligung wie bspw. Kommunikation (5 N.) Bürgermeister einbeziehen (1 N.) Persönliche kommunale Ansprechpartner*innen finden (1 N.)	7
Sachbezogene Strukturierung und Anpassung der Arbeitsweise wie bspw. Überblick schaffen/priorisieren (4 N.) Fokussierung auf die dringlichsten Themen (3 N.) Projektlaufzeit für Anschub erster Prozesse nutzen (1 N.) passgenaue Lösungen vor Ort entwickeln und andere	16
Ausweitung von Ressourcen (finanziell, technisch, personell) wie bspw. klar definierte Geschäftsordnung (2 N.) digitales Anmeldeformat für die KPK (1 N.) konsequente Beantragung von Sachmitteln (1 N.) und andere	7
keine Angaben	7

Tabelle 15: Lösungen, S (n = 20)

Die meisten Vorschläge betreffen die **Anpassung der Arbeitsweise** (n = 16). Kommunikative Lösungen wie eine Ausweitung der Beteiligung von Kommunen und Ausweitung von Ressourcen sind weitere Strategien (n = 7). Die Lösungen, auf die sich zwei Drittel der Teilnehmenden stützen, bewegen sich im kommunikativen Bereich, in der Anpassung der Arbeitsweise und im technisch-instrumentellen Bereich.

Technische Ausstattung (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
technische Ausstattung/Arbeitsplatz im LRA (PC, Drucker, Scanner, Telefon)	13
Laptop (fürs Homeoffice)	10
Software für Video-/Webkonferenzen	9
Besprechungsräume im LRA für Videokonferenzen ausgestattet	5
Präsentationstechnik	2
Möglichkeiten vorhanden, um KPK digital umzusetzen	2
Möglichkeit zu Telefonkonferenzen	2
Mobiltelefon und weitere Möglichkeiten (6 Einzelnennungen)	2

Tabelle 16: Technische Ausstattung, S (n = 20)

Struktur; 4. Das Kommunikationsdilemma: wann sind Konflikte dran; 5. Das Legitimationsdilemma: wessen Interessen vertrete ich; 6. Das Abschlussdilemma: wann abgrenzen – wann zusammenarbeiten.

Damit gewinnt auch die technische Ausstattung an Bedeutung. Hier gibt es deutliche Unterschiede. So geben 13 von 20 Standorten an, über eine digitale Grundausstattung am Arbeitsplatz zu verfügen. Nur neun Koordinator*innen können sich auf eine geeignete Software für Videokonferenzen stützen. Nur ein Viertel verfügte über Besprechungsräume, die für Videokonferenzen ausgestattet sind.

Ein wesentlicher Faktor für die Entstehung und Verstetigung von Netzwerken ist Beziehungsarbeit (Schubert 2021). Die Koordinator*innen stützen sich bei dieser Beziehungsarbeit auf die gesamte Palette der ihnen zu Verfügung stehenden Kommunikationsmittel.

Informations-/Kommunikationsmittel mit den Akteur*innen der KPK (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
E-Mail	17
Telefon	12
Videokonferenzen	11
persönliche Gespräche	9
Arbeitskreise	7
Brief/Postweg	5
Kommunikationsplattformen	4
Rundmail	3
Sitzungen	2
Newsletter "Pflege Aktuell"	1
Fragebögen	1
keine Angaben	2

Tabelle 17: Benutzte Informations- und Kommunikationsmittel

E-Mail, Telefon und mittlerweile auch Videokonferenzen werden ergänzt durch Präsenzformen. Agilere Formen sind wichtiger geworden. Ein Setting, das in der Lage ist, die gesetzten programmatischen Anforderungen zu bearbeiten, braucht Köenner*innen in der Steuerung und eine professionelle Durchführung. Dazu zählen eine kompetente und ausführliche Vorbereitung, Konferenzergänzende Arbeitsformen wie Arbeitsgruppen, ein gekonntes Zusammenspiel und vielfältiger fachlicher und persönlicher Support sowie zeitliche und technische Ressourcen. Das ist in den evaluierten Pflegekonferenzen mehrheitlich gelungen, markiert aber die Bedeutung personeller, finanzieller, organisationaler und technischer Ressourcen.

4.1.5 Ergebnisse zur Zielerreichung

Vernetzung zu erreichen, zählt zu den Kernanliegen des Programms. Im Mittelpunkt stehen professionelle Versorgungs- und Unterstützungsakteur*innen auf der Ebene von Stadt- bzw. Landkreis und kreiseigenen Kommunen. Die Zivilgesellschaft wird allgemein mit dem Quartiersbezug adressiert. Der Zweck einer solchen Vernetzung ist allgemein gehalten. Die Ergebnisse werden deshalb bezogen auf Wirkungen für die Beteiligten (Outcome) aber auch unter dem Aspekt gesellschaftlicher Verbesserungen für weitere Zielgruppen (Impact) zusammengestellt und bewertet.

4.1.5.1 Zur Netzwerk- und Vermittlungsarbeit

Netzwerke basieren auf freiwilligem Austausch auf der Grundlage eines Mehrwerts, der sich für die einzelnen Akteur*innen ergibt. Synergien können sich in folgenden Bereichen ergeben:

- a) wenn Menschen oder Organisationen Ressourcen tauschen wollen;
- b) durch neue Partnerschaften bei der Entwicklung oder Umsetzung von Produkten;
- c) durch partizipative Lernprozesse;
- d) durch neues Denken und Meinungsbildung.⁵

Eine strukturelle Präzisierung nimmt Edwards (2009, S. 30) vor. Er unterscheidet drei Ausrichtungen in der Netzwerkarbeit: Bonding als Vertrauensbildung mit Binnenperspektive; Bridging als Verknüpfung zwischen Akteur*innengruppen zwischen Sektoren unterschiedlicher Logiken; Linking als Verschränkung unterschiedlicher Ebenen.⁶

Folgt man Schubert (2004, S. 183), kann eine Pflegekonferenz, die öffentliche, halböffentliche und private Akteur*innen zusammenführt als ein tertiäres Netzwerk betrachtet werden.⁷ Als Gelingensfaktoren für tertiäre Netzwerke im gemeinnützigen Bereich beschreibt er:

- Vielfältige Vernetzung der verschiedenen Ebenen (dadurch innovativ)
- Zielgesteuerte Kommunikation und ergebnisbezogene Solidarität (minimiert die Risiken des Wandels)
- Gemeinsame Einschätzung der gegenwärtigen Situation (ermöglicht Geschlossenheit bei geplanten Handlungsschritten)

⁵ Vgl. Vandamme (2010)

⁶ Vgl. Edwards (2009)

⁷ Vgl. Schubert (2004)

- Partielle Unterordnung der Netzwerkpartner*innen unter kollektive Ziele (damit ist Verbindlichkeit gegeben).

Für eine Abschätzung des Outcomes in der Netzwerk- und Vermittlungsarbeit können deshalb mehrere Aspekte betrachtet werden. Es können die Synergien für die Beteiligten untersucht werden. Dazu zählen Ergebnisse, die vor allem für die direkt Beteiligten einen Mehrwert darstellen. Informationsfluss ist ein weiterer wichtiger Faktor für Netzwerkarbeit. Systematische Berichterstattung haben 7 von 21 Standorten bejaht, 14 dagegen nicht. Die häufigsten Formen sind Rundmails (6 Nennungen), regionale Medien (4 Nennungen) und Homepage (3 Nennungen). Zum jetzigen Zeitpunkt haben 18 von 21 Standorten ihre Ergebnisse an Gremien oder Fachkreise weitergegeben. Informative Verknüpfung findet demnach statt. Betrachtet man die Ebenen der Weitergabe zeigt sich, dass es sich bevorzugt um **interne Informationsweitergabe** an Verwaltungsgremien handelt (16 Nennungen). Kommunen und Träger werden zu fast gleichen Teilen genannt (12 Nennungen bzw. 11 Nennungen). Der Kreistag wird deutlich seltener erwähnt (4 Nennungen). Informative Vernetzung außerhalb der Verwaltung wird zum jetzigen Zeitpunkt nicht systematisch und durchgängig umgesetzt.

Erfahrungen mit der Einbindung von Akteur*innen

Einbindung von Akteur*innen stellt eine der zentralen Aufgaben von Pflegekonferenzen dar. Sie hängt u.a. davon ab, ob Akteur*innen für sich in einem solchen Prozess Vorteile entdecken. In der Netzwerkarbeit wird von Koppelungen gesprochen: Was verbindet Beteiligte aus Sicht der Koordinator*innen? Von Bedeutung sind hier horizontale Verknüpfungen zwischen professionellen Bereichen und vertikale Verbindungen zwischen der Landkreis- und der kommunalen Ebene.

<u>Bindeglied zwischen den Beteiligten (n = 19; Mehrfachnennungen möglich) D</u>	<i>Anzahl</i>
fachliche Überschneidung zwischen den Akteur*innen	10
Verfolgung gemeinsam definierter Ziele	8
Interesse an Lösungsfindung zu bestehenden Problemen	6
viele arbeiten bereits in anderen Netzwerken zusammen	2
bisherige Zusammenarbeit in operativen Verantwortungsbereichen	2
Verbundvertrag generalistische Pflegeausbildung	1
Zusammenarbeit in anderen Gremien	1
regelmäßige Arbeit in den AGs	1

*Tabelle 18: Was die Akteur*innen verbindet, D (n = 19)*

Als entscheidende und häufigste Faktoren werden Koppelungen durch einen **gemeinsamen Themenbezug** genannt. Diese thematische Affinität wird am häufigsten in fachlichen Überschneidungen gesehen. Wichtig ist aber auch die **Vertrautheit** durch bisherige Zusammenarbeit, sei es in Gremien, Netzwerken oder sogar in Vertragsform. Eine besondere Bedeutung wird in der **gemeinsamen Handlungsorientierung** gesehen, sei es durch Ausrichtung auf Ziele oder Interesse an Lösungen. Daran wird deutlich, dass für Koppelungen nicht nur Gelegenheitsstrukturen der Kooperation notwendig sind, sondern motivationale Faktoren eine wichtige Rolle spielen: Partner*innen brauchen emotionale Affinität. Wie wird dieses Interesse bzw. Commitment der Akteur*innen eingeschätzt?

Commitment der unterschiedlichen Zielgruppen (n = 19; Mehrfachnennungen möglich) D	Anzahl
hohes Interesse und Engagement bei stationären Einrichtungen gutes Commitment (2N.) insbesondere TN aus dem Ehrenamtsbereich erleben KPK als Bereicherung (1 N.) nach der ersten KPK gibt es nun eine gewisse Erwartungshaltung, was daraus wird (1 N.) gute Bindung zu den unterschiedlichen Zielgruppen (1N.)	13
Selektives Interesse Commitment durch Coronapandemie eingeschränkt (4 N.) Interesse ist je nach Akteur*in sehr unterschiedlich (1 N.) Themenabhängig (1 N.) stationäre Pflege ist noch etwas vorsichtig (1 N.) bei ambulanten Diensten ausbaufähig (2 N.) Interesse an der KPK groß, das Engagement hält sich noch in Grenzen (1 N.) in den AGs teilweise sehr gutes Commitment (1N.) ambulante Pflege ist engagiert (1N.) auf Ebene der Vollversammlung eher wenig Engagement (1N.) mittelmäßig (1 N.)	14
aktuell noch schwierig zu beurteilen	1
keine großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Zielgruppen	1

Tabelle 19: Commitment der Zielgruppen, D (n = 19)

Interesse und Engagement der Beteiligten bewerten 13 Standorte als hoch (13 Nennungen). Aber mindestens genauso häufig werden auch Einschränkungen beschrieben (14 Nennungen). Dazu zählen besonders die Coronabedingungen, die für einzelne Akteur*innengruppen zu anderen Prioritäten im Alltag führten. Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen werden in diesem Zusammenhang genannt. Die Einschätzung dieser Zielgruppen variiert. Interesse kann vorhanden sein, bedeutet aber nicht unbedingt Engagement. Commitment vermittelt sich leichter in Arbeitsgruppen als in Großgruppenformaten wie einer

Pflegekonferenz. Nach Fürst kommt es auf Kooperationserfahrungen an, die zum Verlassen von Routinen anregen. Commitment vermittelt sich auch durch Unterstützungsbereitschaft.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen sind Koordinator*innen auf Support angewiesen und finden ihn auch. Die Unterstützung geht von einem breiten Spektrum verwaltungsinterner und -externer Partner*innen aus. Die verwaltungsinterne Unterstützung wird am häufigsten genannt (10 Nennungen). Auch der Pflegestützpunkt ist stark vertreten (6 Nennungen). Dann folgen punktuell externe Partner*innen aus unterschiedlichen Bereichen (Kreissenorenrat/ 3 Nennungen; Fachkräfte aus Altenhilfe und Pflege/3 Nennungen; Kreissenorenräte und kommunale Vertreter*innen/jeweils 3 Nennungen). Daran erweist sich, dass die Implementierung einer Pflegekonferenz auf einer Gemeinschaftsleistung beruht und von „Motoren“ lebt. Diese finden sich gerade auch bei Interessenvertreter*innen, und nicht allein bei Fachkräften. Koppelungen können unter den verschiedensten Voraussetzungen stattfinden, ist aber an ein starkes Interesse gebunden. Im Prozess wurde immer wieder auf den „Kreis der Willigen“ verwiesen.

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Personen aus der Zivilgesellschaft

Die Zusammenarbeit mit Personen aus der Zivilgesellschaft erfolgt über Multiplikator*innen und Vertretungen. Überall wirken Seniorenvertretungen mit; bei einem Viertel der Konferenzen auch Angehörigenvertreter*innen. Das Bewusstsein für Wichtigkeit und Besonderheit dieser Akteur*innengruppen ist gegeben. Ein Viertel der Koordinator*innen betont die Bedeutung, um für Betroffenenperspektiven zu sensibilisieren (5 Nennungen). Für eine erfolgreiche Beteiligung wird der Praxisbezug betont, sei es in Projekten oder in Arbeitsgruppen. Personen aus der Zivilgesellschaft scheinen in Pflegekonferenzen zunächst Mühe zu haben mit ihrer Rolle, gewinnen aber besonders durch Informationen und Transparenz von Strukturen. In der Mobilisierung wurde bereits deutlich, dass im Format großer Pflegekonferenzen die Einbindung und Beteiligung breiterer zivilgesellschaftlicher Kreise und Repräsentant*innen eine Herausforderung darstellt.

Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit kreiseigenen Kommunen

Die Einbindung kommunaler Partner*innen scheint sich vor allem in Landkreisen zum jetzigen Zeitpunkt erst ansatzweise zu vollziehen. Sie erfolgt unterschiedlich und nicht systematisch.

Zusammenarbeit mit den Kommunen/Stadtbereichen (n = 20; Mehrfachnennungen möglich) S	Nennungen
Beteiligung der Kommunen ist gut	9
Zusammenarbeit über Multiplikatoren	4
Zusammenarbeit mit internen kommunalen Ämtern	2
Kommunen sind aufgeschlossen, aber sehr informationsbedürftig	2
erste Kontakte bestehen bereits	2
Schnittstellen zu den Kommunen sind wichtig	2
KPK ist in der Kommune angesiedelt	2
Bürgermeister sind im Begleitgremium der KPK vertreten	2
vor der ersten KPK Gespräche mit den Kommunen	2
geringe Beteiligung der Kommune	2
Kommunen sollen sich ihrer Rolle als Impulsgeber/Netzwerker bewusst werden	1
Material/Erkenntnisse werden den Kommunen zur Verfügung gestellt	1
Thema Senioren/Pflege ist in den Kommunen unterschiedlich gewichtet	1
Beteiligung war zunächst hoch, nahm in der AG Phase ab	1
seit Jahren enge Kooperation	1
keine Angaben	1

Tabelle 20: Zusammenarbeit mit Kommunen und Stadtbereichen, S (n = 20)

Die Beteiligung der Kommunen wird von fast der Hälfte der Standorte in der Einstiegsphase als gut bewertet. Es handelt sich in den meisten Fällen allerdings um die Beteiligung einzelner Kommunen, bzw. reflektiert die Zusammenarbeit in Stadtkreisen.

*Die Vertreter*innen der Gemeinden waren sehr wenig der Einladung gefolgt, hier zeigt es sich, dass das Thema Pflege noch nicht so richtig bei den Gemeinden angekommen ist, oder diese es nicht als ihr Thema sehen. (13 LKR 8)*

Schnittstellen werden als wichtig erachtet. Dabei werden Multiplikator*innen oder die direkte Zusammenarbeit mit einzelnen Ämtern als hilfreich und entlastend bewertet. Beteiligung wird versucht über Mitwirkung in Begleitgremien und über Informationsmaterial. Neben der Aufgeschlossenheit wird auch ein großer Informationsbedarf gesehen. Für kleine Kommunen wird dauerhafte Beteiligung erschwert durch Zeitknappheit. Stadtkreisen und den beteiligten Städten gelingt eine systematische Einbeziehung leichter, weil sie sich auf einen gemeinsamen Bezugsrahmen und verbindliche Strukturen wie etwa Ortsvorsteher*innen stützen können.

Programmatisch ist die Verknüpfung mit der örtlichen Ebene im Förderprogramm durch die Betonung der Quartiersebene gesetzt. Zusammenarbeit mit der kommunalen Ebene erachten Landkreise vor allem im Blick auf die Erweiterung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten, die direkt bei den Menschen ankommt, als wichtig. Das wird vor

allem in den eingereichten Konzepten deutlich. Eine Umsetzung erweist sich aber als herausforderungsvoll. Standorte praktizieren bisher unterschiedliche Wege einer Verbindung zu und Einbindung von Kommunen:

- Auslagerung in Raumschaften durch Ortswechsel bei der Durchführung der Pflegekonferenzen bzw. Arbeitsgruppen (Pilot 5)
- Raumschaftsbezogene Arbeitsgruppen z.T. mit lokalen Themenstellungen (Pilot 6)
- Niederschwellige Informationsformen z.T. ortsbezogen, außerhalb des Konferenzformats (z. B. „Out of the Box“-Veranstaltungen; Markt der Möglichkeiten, (LKR 12)
- Einbindung von Verantwortungsträger*innen in Steuerungsgremien (Pilot 1)
- Aufbau einer Struktur von Ansprechpartner*innen aus Kommunen (Pilot 2)
- Nutzung der bestehenden Kommunikations- und Informationsgremien/-wege (z. B. Bürgermeister*innenbesprechung, Besprechung der Ortsvorsteher*innen) (Stadt 15).

Koordinator*innen praktizieren zudem Vermittlung und Netzwerkarbeit im Umfeld der Pflegekonferenzen. Sie nutzen dabei die Kommunikationsmittel, die ihnen zu Verfügung stehen, nehmen Kommunikationsanlässe wahr und werden aufsuchend aktiv. Die Bedeutung der Beziehungsarbeit für den Prozess wird gesehen und hoch eingeschätzt.

Verknüpfung mit themenverwandten Strukturen der Landkreisverwaltung und bestehenden Netzwerken

Kooperation mit der Koordinierungsstelle für generalistische Ausbildung: Das Land fördert in Stadt- und Landkreisen derzeit 37 Koordinierungsstellen für generalistische Pflegeausbildung (Stand 2021). Sie weisen nicht nur inhaltlich, sondern auch von ihrer Arbeitsweise als Support für Fachorganisationen in den Stadt- und Landkreisen bei der Umstellung der Pflegeausbildung vergleichbare Aufgabenstellungen auf.

Von 21 evaluierten Standorten gibt es bei 13 eine Zusammenarbeit zwischen den Geschäftsstellen für Pflegekonferenzen und den Koordinierungsstellen für generalistische Ausbildung. Die Zusammenarbeit an den 13 Standorten gestaltet sich ähnlich wie bei Gesundheitskonferenzen, stellt sich aber systematischer und verbindlicher dar als die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen. So beschreiben Koordinator*innen aus 12 Standorten eine verantwortliche Zusammenarbeit in der Mitwirkung im Lenkungskreis, in gemeinsamen Arbeitsgruppen oder sogar in der Durchführung der Pflegekonferenz im Tandem. Daneben gibt es den Fachaustausch (7

Nennungen) und die Durchführung gemeinsamer Aktivitäten (6 Nennungen). An drei Standorten sind die beiden Koordinierungsstellen organisatorisch unter einem Dach zusammengeführt.

Kooperation mit den Anerkennungsstellen der Unterstützungsangebotsverordnung (UstA-VO): Den Landkreisen kommen im Blick auf die Unterstützungsangebotsverordnung zwei Funktionen zu. Sie sind Anerkennungsbehörden für Anträge von Trägern, Initiativen und Kommunen. Als Bindeglied zwischen Landes- und Kommunalebene können sie aber auch erschließend und initiierend wirken, wenn es um den Auf- und Ausbau wohnortnaher Unterstützungsangebote und Hilfen im Alltag geht. Durch ihre Funktion haben die Anerkennungsbehörden eine Verbindung zur lokalen Ebene. Von den 21 evaluierten Standorten besteht in 13 eine Zusammenarbeit mit den Anerkennungsstellen. Auch hier bestehen ähnliche Formen der Zusammenarbeit. Die Anerkennungsstellen sind aber sowohl inhaltlich wie auch organisatorisch häufiger eng eingebunden in die Gestaltung von Pflegekonferenzen. Verantwortliche Mitwirkung und Gestaltung der Pflegekonferenzen erfolgt an neun Standorten. In sechs Standorten gibt es eine Beteiligung im Rahmen von Aktivitäten. Organisatorisch sind die beiden Funktionen an sechs Standorten zusammengeführt. Davon werden an zwei Standorten beide Aufgaben von derselben Personalstelle bearbeitet. Fachaustausch geben vier Standorte an.

Im Vergleich der drei themenrelevanten Strukturen besteht demnach mit allen eine Zusammenarbeit in ähnlichem Umfang. Unterschiede gibt es bei den qualitativen Schwerpunkten. Mit den Anerkennungsstellen erfolgt am häufigsten auch eine enge organisatorische Verknüpfung. Mit den Koordinierungsstellen für generalistische Ausbildung besteht eine thematische Affinität, die sich ergänzt. Die Zusammenarbeit mit der Gesundheitskonferenz benötigt wegen des ähnlichen Formates, aber unterschiedlicher Ressourcen besondere Überlegungen für eine zukünftige Ausgestaltung.

Kooperation mit anderen Plattformen und Netzwerken: Eine wirksame Implementierung von Pflegekonferenzen geht nur unter Berücksichtigung und in Verbindung mit bestehenden Plattformen und Netzwerken. Auch hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den landkreisinternen Strukturen. An 13 von 21 Standorten wird mit anderen Plattformen zusammengearbeitet. Am häufigsten werden Demenznetzwerke genannt (8 Nennungen). Weitere Schwerpunkte sind Strukturen aus der Arbeit mit Menschen mit Behinderung wie Beiräte und Behindertenbeauftragte (5 Nennungen), Arbeitsgruppen im Rahmen von Sozialplanung (3 Nennungen) und Seniorennetzwerke (2 Nennungen).

4.1.5.2 Prozessergebnisse

Bewertung des Prozesses nach der Einstiegsphase

Die Einschätzungen zum Netzwerk- und Kooperationsprozess nach ca. einem Jahr verweisen auf Stärken und Schwächen in den örtlichen Prozessen. Zu den Stärken zählen die Koordinator*innen die bisher erreichte Zusammenführung und die Qualität des Austausches. Es wurde von Personen und Institutionen berichtet, die sich eigenständig vernetzen oder ihr Engagement anbieten.⁸ Positiv wurde die Art der Planung und Umsetzung prozessbezogener Maßnahmen gesehen. Das kam auch in vielen spontanen Rückmeldungen aus den Pflegekonferenzen zum Ausdruck.

Die gute Organisation des Plenums sowie die Präsentation erster Arbeitsergebnisse auf der ersten Plenumssitzung wurden von den Mitgliedern lobend rückgemeldet. Auch sehen die Mitglieder in der KPK einen guten Rahmen, um Kontakte zu pflegen. Insgesamt lässt sich aus den Rückmeldungen u. E. n. ableiten, dass die Arbeit wertvoll und notwendig angesehen wird. (Pilot 1)

Beeindruckt über Ergebnisse trotz der Grenzen im Gesamtsystem. (Pilot 6)

Kontinuität und Verlässlichkeit der Zusammenarbeit bleiben die am häufigsten genannten Herausforderungen.

Veranstaltung war gut, muss aber weitergehen in dieser Art (ist ein erster kleiner Schritt). Mit mehr Transparenz über Angebot schaffen wir es, die Angebote an diejenigen zu bringen, die es brauchen. (Pilot 6)

Wie hält man die Mitglieder „bei der Stange“ – die Pflegekonferenz muss interessant bleiben! (LKR 14)

Bewertung zielbezogener Maßnahmen bei Projektende

Erreichte Funktionen durch den Prozess der Pflegekonferenzen

Aus Sicht der Koordinator*innen konnten mit den Pflegekonferenzen ein Teil der Ziele erreicht werden, die durch das Programm oder durch eigene Schwerpunkte gesetzt waren.

⁸ Einladung zur Besichtigung von Einrichtungen.

Interessierte Bürger*innen/Expert*innen bieten ihre Unterstützung für die AGs an.

Gewinnung eines Sportkreisvorsitzenden für Laufgruppe für Senioren. Teilnehmer*innen haben sich untereinander bilateral vernetzt/neue Kontakte sind entstanden.

Die Zustimmung wurde in einer Skala von 1 „stimmt überhaupt nicht“ bis 5 „stimme voll und ganz zu“ abgefragt. Die stärkste Zustimmung gibt es für

- die Einbindung der wesentlichen Akteur*innen (4,55),
- Beiträge zur Sozialplanung (4,38),
- Versorgungslücken erkennen (4,33),
- Zusammenarbeit mit dem Pflegestützpunkt (4,33),
- Sektorenübergreifende Verbindungen (4,24) sowie
- Anregung zu neuen Angeboten (4,24).

Zielerreichung

Im Zuge der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen ist gelungen, ...

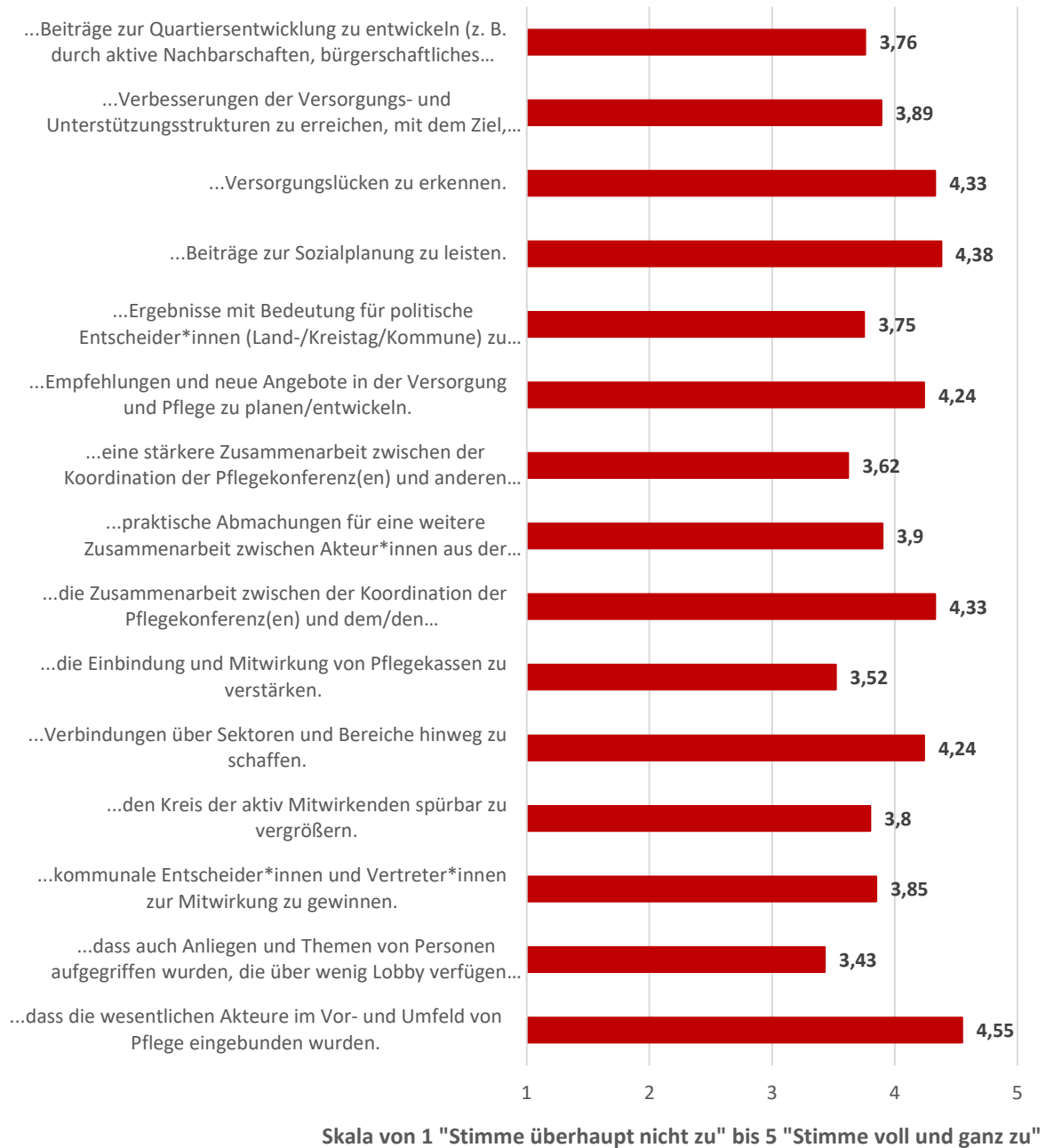


Abbildung 13: In welchem Umfang wurden Ziele erreicht, A (n = 21)

Betrachtet man die schwächeren Bewertungen (zwischen 3 und 4) fällt auf, dass es um Bereiche und Anliegen geht, die den Wirkungsraum einer Pflegekonferenz deutlich erweitern, so dass nicht nur die unmittelbar Beteiligten profitieren, sondern gesellschaftlicher Impact erreicht wird. Hier fallen die Bewertungen deutlich zurückhaltender aus. Dazu zählen

- verbindliche Projektpartnerschaften mit Bedeutung für die praktische Umsetzung, bspw. die Zusammenarbeit mit den Kassen oder Ergebnisse mit Bedeutung für politische Entscheider*innen oder die Vertretung und Beteiligung sogenannter "schwacher Stimmen" wie auch die Vergrößerung des Kreises der Aktiven oder etwa die
- Mitwirkung kommunaler Entscheider*innen und Vertreter*innen.

Bewertet man diese Ergebnisse nach Vernetzungsqualitäten haben demnach erkennbare Bondingprozesse unter den Beteiligten stattgefunden. Zieht man als Gelingensfaktoren für tertiäre Netzwerke die systematische Verknüpfung der Ebenen heran, so ergibt sich Handlungsbedarf im Blick auf die kommunale Ebene und auf die Zivilgesellschaft.

Bewertung von Benefit aus dem Programm und praktische Ergebnisse/Produkte an den Standorten

Den Koordinator*innen war die Praxisrelevanz als Erfolgskriterium von Anfang an wichtig. Auch für Netzwerkpartner*innen gilt der praktische Mehrwert als „Währung“ für Mitwirkung und Beteiligung.

Mehrwert für die Standorte

Aus Sicht der Koordinator*innen profitierten die Standorte durch die Teilnahme am Programm „Pflegekonferenzen- Netzwerk für Menschen“, indem sie auf verschiedene Weise **Weiterentwicklung** anstoßen konnten. Es werden folgende Bereiche genannt:

- **Impulse zur Weiterentwicklung (14 Nennungen):**
bspw. Austausch mit Akteur*innen, besonders auch im ländlichen Raum, Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur;
- **Ressourcen (11 Nennungen) zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung:**
bspw. Personal, zur Erweiterung von regionalem Austausch, zur Verbesserung einer professionellen Durchführung und fachlichen Begleitung sowie als Aufwertung des Standorts.
- **Vernetzung (10 Nennungen):**

Bspw. Verbesserung der Netzwerkarbeit, Einführung landkreisweiter Arbeitsgruppen, Schaffung neuer Plattformen; Verbindung zwischen verschiedenen Ebenen und Kooperation mit Gremien.

- **Sensibilisierung und Agendasetting (8 Nennungen):**
Bspw. für aktuelle Themen wie „Sorgende Gemeinschaften“, Pflege, Fachkräftegewinnung; Transparenz und Abklärung gemeinsamer Themen.
- **Sozialplanung (7 Nennungen):**
Bspw. Einführung gemeinsamer Informationsplattformen, Aktualisierung von Datenbanken, Priorisierung von Handlungsbedarfen.
- **Praktische Umsetzung/Projekte (6 Nennungen)**

Damit hat das Programm dazu beigetragen, dass die Koordinator*innen in den evaluierten Stadt- und Landkreisen die gesetzten Programmaufgaben im Rahmen der Pflegekonferenzprozesse fachlich gekonnt umsetzen konnten. Die Zusammenführung der Akteur*innen erleichterte Impulse zur Weiterentwicklung, Verbesserung von Information, Transparenz und abgestimmte Handlungsbedarfe. Dadurch ergibt sich insgesamt eine Qualitätsentwicklung im Zusammenwirken der Akteur*innen.

Produkte und praktische Ergebnisse

In den Pflegekonferenzen haben besonders Arbeitsgruppen zur praktischen Umsetzung beigetragen. Das thematische Spektrum entspricht der Wertschöpfung aus dem Gesamtprogramm. Es geht um Beiträge zur Sozialplanung (16 Nennungen), um Infrastrukturelemente der Vernetzung (12 Nennungen), um Wissens- und Informationstransfer (12 Nennungen) und um neue Infrastrukturelemente (10 Nennungen). Die Aufstellung zeigt die Breite und Kleinteiligkeit der praktischen Ansätze.

Beiträge zur Sozialplanung (16 Nennungen)

Projektentwicklung (5 Nennungen)

wie bspw. Quartiersentwicklung, ESF gefördertes Projekt zu Teilhabe gegen Einsamkeit Älterer, Schulung für PC, Smartphone, Projekte, Bewegungsspass für Ältere Menschen.

Pflegeplanung (4 Nennungen)

wie bspw. Umsetzung Pflegebedarfsplanung, Pflegekräftegewinnung und Bedarfsanalyse, Bedarfserhebung Kurzzeitpflege, Umfrage zur Personalstruktur; Umfrage zu Digitalisierung

Ressourcen und Projektförderungen (2 Nennungen)

wie bspw. Einwerben von Fördermitteln zu Impulsen der PK, Förderung für Kreissenorenrat

Handlungsstrategien und Handlungsempfehlungen (5 Nennungen)

wie bspw. Mannheimer Modell, Strategiepapier Stuttgart, Empfehlungen für die kommunale Pflegeplanung bis 2030, Leitfaden für lokale Pflegekonferenzen als Planungshilfen für Kommunen, Handlungsempfehlungen für Kommunen zu Quartiersentwicklung

Tabelle 21: Praktische Ergebnisse für die Sozialplanung, A (n = 21)

Aus den praktischen Vorhaben der Sozialplanung ist zu entnehmen, dass in Pflegekonferenzen an vielen Standorten Aufgabenstellungen aus diesem Bereich verfolgt wurden und auch zu Ergebnissen für die Sozialplanung geführt haben. Zudem sind Beiträge entstanden, die den Handlungsvollzug unterstützen, qualifizieren und neue Ressourcen erschließen. Für die politische Willensbildung sind an einzelnen Standorten Empfehlungen entstanden – Produkte, die für tertiäre Netzwerke als umsetzbar gelten. So haben Pflegekonferenzen einen Beitrag zur Qualitätssicherung für Sozialplanung leisten können.

Infrastrukturelemente der Vernetzung (sowohl Informationsaustausch als auch Kooperation) (12 Nennungen)

Netzwerktreffen und neue Netzwerke (5 Nennungen)

wie bspw. Zusammenbringen der Akteur*innen im Feld Überleitungspflege; Austauschplattformen für Vernetzung; gemeinsame Aktion zur FK-Werbung (8 Träger); neues Netzwerk Demenz Freiburg; Beteiligung von Akteur*innen an konkreten Projekten vor Ort

Zusammenarbeit in Arbeitsgruppen (4 Nennungen)

wie bspw. AK Kurzzeitpflege/ Förderprogramme und praktische Maßnahmen; AK Fachkräftemangel mit praktischen Vorhaben, Etablierung von Arbeitsgruppen zu Pflege Themen/Neue Arbeitsgruppe zu ambulanter Pflege; bessere Zusammenarbeit und Vernetzung

Neue Beteiligungsformen mit Akteur*innen (3 Nennungen)

wie bspw. neue Beteiligungsformen (Workshops, Interviews mit Älteren); „Behindertenhilfe meets Altenhilfe“;
neue Austauschformate für Anleiter*innen

Tabelle 22: Infrastrukturelemente der Vernetzung, A (n = 21)

Die aufgeführten Vernetzungsaktivitäten zeigen, wie wichtig gemeinsames Handeln als Grundlage für wirksame Verknüpfung ist. Aktive Vernetzung schafft weitere Formate. Kleine Arbeitsformate und Fokussierung auf einzelne Themen oder Bereiche verbessern die praktische Umsetzung.

Maßnahmen für Transparenz, Wissenstransfer und öffentlicher Aufmerksamkeit (12 Nennungen)

Themenspezifische Öffentlichkeitsarbeit (7 Nennungen)

wie bspw. Transparenz der Angebote/ Infoveranstaltungen; Newsletter Pflege aktuell; Woche der Pflege; Demenzwochen; Artikelserie; Flyer Einsamkeit und Verwahrlosung; digitaler Truck

Umsetzung neuer Informations- und Zugangssysteme (3 Nennungen)

wie bspw. Pflegeführer; digitales Vormerkssystem für Pflegeplätze/ Bürgerportal; Umsetzung Pflegeplatzbörse

Kampagnen (2 Nennungen)

wie bspw. Imagekampagne Pflegeberufe; Imagekampagne

Tabelle 23: Maßnahmen zur Verbesserung von Transparenz und Wissenstransfer, A (n = 21)

Wissenstransfer ist sowohl Instrument als auch Ergebnis vernetzter Arbeit. Wirksam umgesetzt kann er eine Brücke für nachhaltige Zusammenarbeit sein. Es handelt sich um Maßnahmen, die einzelne Organisationen oder Initiativen gemeinsam wirksamer, effektiver und ressourcensparender umsetzen können als im Alleingang. Einzelne Informationsmaßnahmen erreichen gesellschaftliche Wirkung (Impact), sofern sie den Zugang zu Leistungen und Dienstleistungen für Nutzer*innen verbessern.

Neue Infrastrukturelemente (10 Nennungen)

Neue Infrastruktur mit Bürgerengagement (5 Nennungen)

wie bspw. Aktive Bürgergruppe in H.; digitales Helfernetzwerk Landkreis R.; Koordinator*innen für Orte der Begegnung in den Quartieren; Mittagstisch; Schwätzbänke

Neue professionelle Infrastruktur (5 Nennungen)

wie bspw. Koordinierungsstelle Erwachsenenschutz; Wohnraumberatung für den Landkreis; Gewinnung von Azubis und ausländische Pflegekräfte; Anschaffung und Verleih digitaler Hilfsmittel; Schaffung einer Arztprechstunde für Menschen ohne Wohnsitz

Tabelle 24: Neue Infrastrukturelemente, A (n = 21)

Im Zuge von Arbeitsgruppen aus Pflegekonferenzen in Land-, vor allem aber in Stadtkreisen und in den sozialräumlich angelegten Treffen der beiden beteiligten Städte sind auch kleine neue Initiativen entstanden. Es handelt sich um neue professionelle Infrastrukturelemente aber auch um bürger*innengestützte Infrastruktur. Sie dürften am ehesten die Vorstellungen repräsentieren, die vielen Koordinator*innen als Erfolg von Pflegekonferenzen bei Beginn vorschwebten. Sie haben einen direkten Impact für die adressierten gesellschaftlichen Gruppen.

Diese Ergebnisse sind an kleinteilige Arbeitsformen gebunden, die weit in den jeweiligen Sozialraum hineinreichen und aktive Beteiligung verwirklichen. Insofern sind sie eher neben als durch Pflegekonferenzen auf Landkreisebene entstanden. Die Stadtkreise verfügen hier über bessere Umsetzungsvoraussetzungen durch den verbindlicheren kommunalen Rahmen.

Bewertung von Benefit aus dem Programm

Aus Sicht der Koordinator*innen profitierten die Standorte durch die Teilnahme am Programm „Pflegekongressen - Netzwerke für Menschen“, indem auf verschiedene Weise **Weiterentwicklung** angestoßen wurden. Es werden folgende Bereiche genannt:

- **Impulse (14 Nennungen):**
bspw. Austausch mit Akteur*innen, besonders auch im ländlichen Raum, Impulse für die Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur;
- **Ressourcen (11 Nennungen) zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung:**
bspw. Personal, zur Erweiterung von regionalem Austausch, zur Verbesserung einer professionellen Durchführung und fachlichen Begleitung sowie als Aufwertung des Standorts.
- **Vernetzung (10 Nennungen):**
Bspw. Verbesserung der Netzwerkarbeit, Einführung landkreisweiter Arbeitsgruppen, Schaffung neuer Plattformen; Verbindung zwischen verschiedenen Ebenen und Kooperation mit Gremien.
- **Sensibilisierung und Agendasetting (8 Nennungen):**
Bspw. für aktuelle Themen wie „Sorgende Gemeinschaften“, Pflege, Fachkräftegewinnung; Transparenz und Abklärung gemeinsamer Themen.
- **Sozialplanung (7 Nennungen):**
Bspw. Einführung gemeinsamer Informationsplattformen, Aktualisierung von Datenbanken, Priorisierung von Handlungsbedarfen.
- **Praktische Umsetzung/Projekte (6 Nennungen)**

Bewertung von Gunst- und Hemmfaktoren

Welche Konstellationen im Feld und in der Organisation werden angetroffen

In der Abschlussbefragung nahmen die Koordinator*innen Stellung, welche Gunst- und Hemmfaktoren ihnen im Laufe des Prozesses an ihren Standorten begegnet sind.

Demnach sind die Standorte mehrheitlich auf Offenheit und Interesse bei den Akteur*innen gestoßen (85,7%). Auch Strukturen (76,2%) und Vorläuferprozess (81%), auf denen man aufbauen kann, werden mehrheitlich angetroffen. Es gibt gemeinsame Themen mit Dringlichkeit (85,7%). Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit in der Landkreisverwaltung (81% bzw. 61,9%) nennen drei bis vier Fünftel der Koordinator*innen. Fast alle Standorte haben Rückendeckung durch die Leitungsebene verzeichnet, drei Viertel auch politische Willensbekundung und Unterstützung.

Vorhandensein von Gunst- und Hemmfaktoren/Faktoren für Zusammenarbeit (in %)

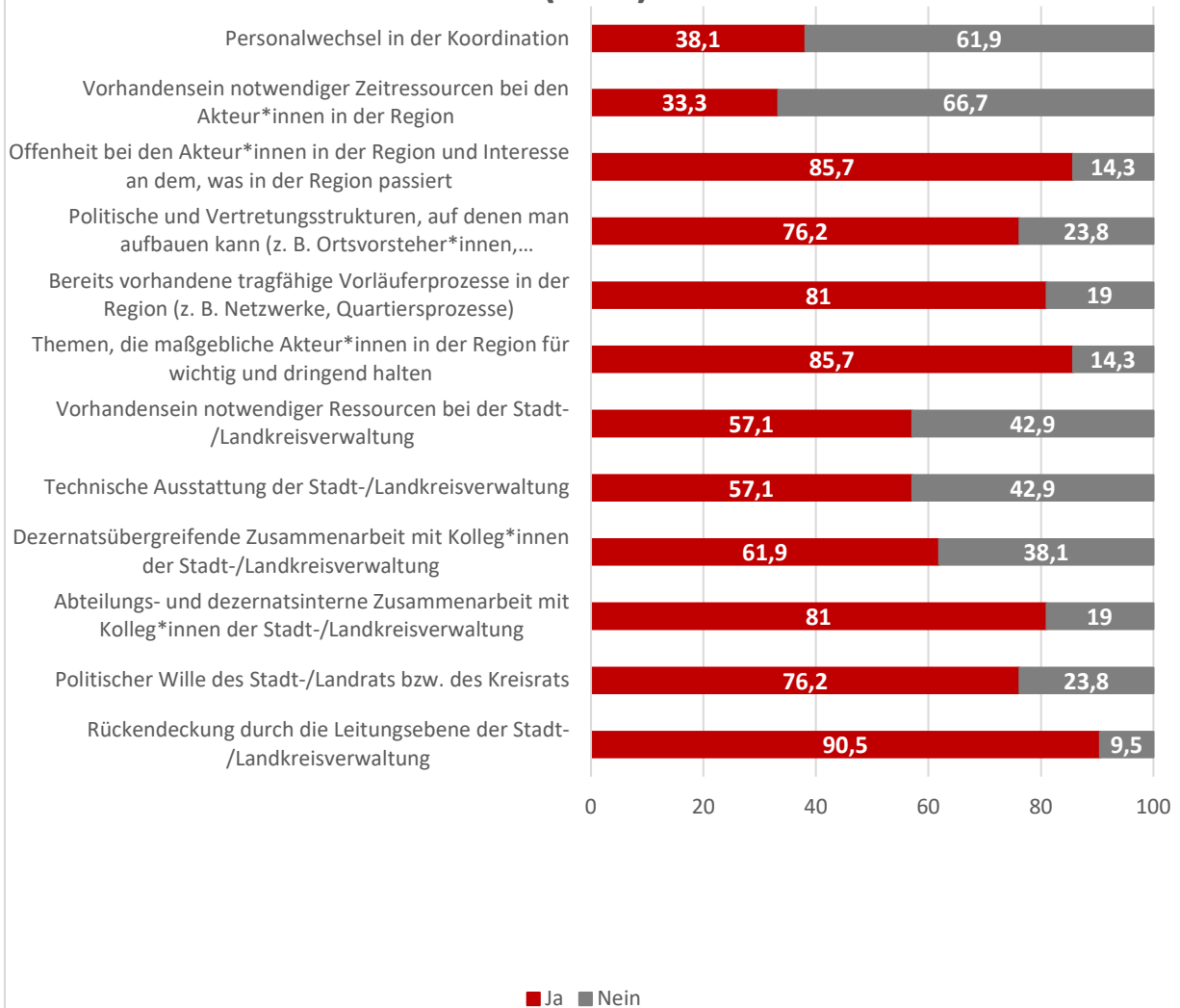


Abbildung 14: Welche Gunst- und Hemmfaktoren waren an den Standorten für Zusammenarbeit vorhanden, A (n = 21)

Drei Fünftel der evaluierten Standorte geben begrenzte Zeitressourcen bei Akteur*innen (66,7%) an. Personalwechsel ergab sich bei mehr als einem Drittel. Ressourcenknappheit bzw.

-mangel auch innerhalb der Landkreisverwaltung (42,9%), im Besonderen die technische Ausstattung (42%, 9%) geben zwei Fünftel an.



Abbildung 15: Welche Gunst- und Hemmfaktoren waren an den Standorten in der Region vorhanden, A (n = 21)

Es bestätigt sich, dass Pflegekonferenzen in ein Feld mit bereits bestehenden Kooperationsstrukturen zu implementieren sind angesichts ähnlicher Versorgungsfragen. Anderweitige Zusammenschlüsse und Austauschmöglichkeiten in den Regionen sind die Regel (81%). Auch die Auswirkungen des demographischen Wandels sind bereits mehrheitlich spürbar (81%).

Die Versorgungslandschaft ist mindestens zur Hälfte geprägt von der Unterschiedlichkeit an Einfluss, Interessenlage und Konkurrenz zwischen den Akteur*innen. Zudem ist die Nutzung des Landkreises durch kreiseigene Kommunen nicht die Regel; bei etwas mehr als der Hälfte der Standorte ist sie anzutreffen. Hinzu kommen die siedlungsgeographischen Besonderheiten nach städtischen bis ländlichen bzw. gemischten Strukturen (47,6%).

Große Träger bzw. Kliniken zählen in 61% der Standorte zur Landschaft und sind eingebunden. Konkurrenz zwischen Akteur*innen und Unterschiede in den Interessenlagen geben zwei Fünftel als typisches Merkmal an (42,9%). In zwei Fünfteln gibt es gute Praxisbeispiele.

Im Blick auf die Landkreisorganisation zeigen sich neben der Ressourcenknappheit charakteristische Rahmenbedingungen. Die Koordinator*innen verfügen mehrheitlich über Handlungsspielraum (81%) im Rahmen verlässlicher Leitungsstrukturen (85,7%) und abgestimmter, geteilter Umsetzungskonzepte (90,5%). Allerdings ergeben sich bei fast der Hälfte verwaltungstypische Entscheidungswege über mehrere Instanzen. Das verweist auf das, was es u.a. bedeutet, wenn Prozesse „im Schatten der Hierarchie“ stattfinden. Hier stellt sich die Frage nach den jeweils prägenden Verwaltungsleitbildern bzw. -kulturen im Sinne der vorherrschenden Administrationsparadigmen.

Koordinator*innen bewerteten alle Konstellationen auch nach deren Bedeutung für Gunst- oder Hemmfaktoren (von 1 begünstigend bis 4 sowohl als auch bis 7 hemmend). Insgesamt fünf Tatbestände werden als vorwiegend hemmend eingeschätzt:

- Hemmend wirken besonders Personalwechsel (Geschäftsstelle 6, 17 von 7; Leitungsebene 5 von 7). Als einschränkend wird auch Konkurrenz zwischen den Akteur*innen bewertet (5, 4 von 7)
- Der Instanzenweg wird ebenfalls als beeinträchtigend eingeschätzt (4, 8 von 7).

Aufschlussreich ist, dass die meisten Einschätzungen als eher förderlich denn hemmend wahrgenommen werden. Nur die Interessenunterschiede im Feld werden ambivalent bewertet, d.h. sowohl förderlich als auch hinderlich (3,89 von 7).

4.2. Ergebnisanalyse für die Pilotlandkreise

Um die Implementierung von Pflegekonferenzen zukünftig zu erleichtern, soll analysiert werden, wie sich unterschiedliche **Rahmenbedingungen und Ausgangsszenarien** auf die jeweiligen Prozesse auswirken. Für die Pflegekonferenz kann es einen Unterschied machen, ob ein Standort sich an integrierter Sozialplanung, Altenhilfeplanung, Gesundheitsversorgungskonzepten oder im engeren Sinn an Versorgungsvernetzung orientiert und/oder sich auf abteilungsübergreifende Zusammenarbeit stützen kann. Bei der Implementierung macht es auch einen Unterschied, ob es sich um **Einstiegsprozesse** in das Feld der Altenhilfe handelt, oder um die Fortsetzung und Erweiterung bereits bekannter Kooperationsformen. Auch die Frage, auf welche Netzwerke sich der Landkreis stützen kann, spielt eine Rolle.

Pflegekonferenzen stellen darüber hinaus ein systematisches Verfahren in einem regulierten institutionellen Kontext dar. Sie sind programmatisch und durch die Regeln der Landkreisverwaltung und der beteiligten Sektoren geprägt. Dennoch sind sie eingebettet in lokale Wohlfahrtskulturen und personelle Konstellationen.

Um Entscheidungen, Prozessabläufe und Hintergründe zu erfassen, die im quantitativen Teil der Evaluation nicht oder nur schwer erhoben werden können, wird die Evaluation ergänzt durch die kontinuierliche Begleitung von sechs Pilotlandkreisen, die auf qualitativen Erhebungsinstrumenten basiert. Die sogenannten Pilote wurden während der Projektlaufzeit durch kontinuierliche Kontaktgespräche mit Fragen zum Stand und zur Einschätzung des Prozesses (Retrospektive) und zur Gewinnung von Bausteinen für den Methodenkoffer im Turnus von ca. sechs Wochen telefonisch befragt. Die Pflegekonferenzen der Pilote wurden von den Evaluatorinnen teilnehmend beobachtet und ausgewertet. Des Weiteren wurden zwei Gruppengespräche mit allen Piloten durchgeführt. In der Projektlaufzeit konnten außerdem vier Workshops für alle geförderten Land-/Stadtkreise veranstaltet werden, zwei dieser Workshops konnten in Präsenz stattfinden. Außerdem wurden Profile für alle sechs Pilotlandkreise in Form einer „dichten Beschreibung“ aus allen verfügbaren Materialien angefertigt und ausgewertet. Da sich insbesondere für Landkreise des ländlichen Raums aus dem untersuchten Material besondere Ausgangsszenarien in der Vernetzung ergeben, wurden Koordinator*innen aus fünf ländlich gelegenen Landkreisen hierzu im letzten Drittel der Evaluationslaufzeit gesondert schriftlich befragt.

Für die **Auswahl der sechs Pilotlandkreise** wurden die eingereichten Förderanträge⁹ auf innovative Ansätze gesichtet und zugleich wurden unterschiedliche Siedlungsstrukturen sowie differierende Alters- und Pflegequotienten in die Auswahl der Pilote einbezogen. Es

⁹ Die Einreichungsfrist für Förderanträge endete am 30. April 2020.

lässt sich konstatieren, dass sich aus der siedlungsstrukturellen Situation unterschiedliche Startbedingungen für die Gründung eines regionalen Netzwerkes ergeben. Es ist offensichtlich ausschlaggebend, in welchen Raumkategorien der Land- oder Stadtkreis verortet wird, ob es sich um komplett ländliche Räume, teilweise ländliche Räume oder um Stadtkreise handelt. Die Auswahl erfolgte dann nach dem Prinzip größtmöglicher Vielfalt und Kontrastierung im Blick auf vier Kriterien:

- **Konzeptioneller Zugang** (Leitvorstellungen, Zielsetzungen und Reichweite der Pflegekonferenz, professionelle Herangehensweisen und institutionelle Einbettung im jeweiligen Landkreis)
- **Ausgangssituation** (Erfahrungsstand und Infrastruktur im Feld integrierter Versorgung, Netzwerksteuerung und Sozialplanung (soweit dies erkennbar war))
- **Methodische Durchführung** (Prozessgestaltung, Arbeitsweisen, Umgang mit Komplexität)
- **Besonderheiten** (z. B. Bezug zur Gesundheitskonferenz).

Als **Pilotlandkreise** wurden fünf Landkreise und ein Stadtkreis¹⁰ ausgewählt. In einem der Pilotlandkreise waren zwei Städte mit eigenen Pflegekonferenzen vertreten. Da sich nach den ersten Erhebungen auch weitere zwei Kreise (ein Stadtkreis und ein Landkreis) als sehr innovativ in der Umsetzung erwiesen, wurden diese Kreise in die erweiterte Evaluation aufgenommen. Diese Standorte werden durch leitfadengestützte Interviews und durch Beteiligung an der Gruppendiskussion zur Stärke-Schwäche-Analyse in die Evaluation einbezogen. Zitate aus den Land- und Stadtkreisen werden im Folgenden mit Zahlenkombinationen anonymisiert.

¹⁰ In Baden-Württemberg werden kreisfreie Städte als Stadtkreise bezeichnet. (<https://www.haushaltssteuerung.de/lexikon-kreisfreie-stadt.html>)

Stadtkreise und Landkreise, die in die Evaluation einbezogen wurden					
Evaluierte Kreise (incl. Pilote) nach Siedlungsdichte	Einwohnerzahl	Altenquotient 2020	Empfang Pflegeleistung je 1000 Einwohner 2017	Siedlungsdichte	Besonderheiten im Antrag
Kreis A	Weniger als 200.000	46,7	42 und mehr	städtisch	PK besteht aus drei Gremien plus Arbeitsgruppen, BE in allen Gremien, Thema Quartier im Fokus
Kreis B	Mehr als 200.000	25,7	unter 34	städtisch	Themen sind Fachkräftemangel und Sozialraum, Sozialplanung für Ältere konzipieren, Vernetzung mit GK, Arbeitsgruppen mit speziellen Themen bilden
Kreis C	Weniger als 200.000	24,6	unter 34	städtisch	Gesundheitskonferenz seit 2012 zusammen mit Nachbarkreis
Kreis D	Weniger als 200.000	32,9	42 und mehr	städtisch	Trennung in ambulante und stationäre Pflegekonferenz
Kreis E	Mehr als 200.000	36,3	38 bis unter 42	städtisch	Bewerbung als Modellkommune Pflege 5 Pflegestützpunkte, GK vorhanden, Netzwerk ruht
Kreis F	Mehr als 200.000	29,0	38 bis unter 42	städtisch	Seit 2012 GK. Thema Quartier im Fokus. Interessante Methodik: PK als „innovative Dialogplattform“, Manifest geplant
Kreis G	Mehr als 200.000	27,0	unter 34	städtisch	Initiierung kontinuierlicher Planungsprozesse; Thema auch: Generationenhäuser im Quartier

Kreis H	Weniger als 200.000	36,7	34 bis unter 38	Mehrheitlich ländlicher Raum	Pflegestützpunkt Gesundheitskonferenz seit 2014.
Kreis I	Weniger als 200.000	35,9	38 bis unter 42	Mehrheitlich ländlicher Raum	Kreispflegeausschuss ruht; Sozialplanung im Fokus.
Kreis J	Mehr als 200.000	35,0	34 bis unter 38	Mehrheitlich ländlicher Raum	Pflegekonferenz als integrierter Bestandteil der Gesundheitskonferenz, Bedarfserhebung, Konzeptvorschlag im Fokus
Kreis K	Weniger als 200.000	37,1	unter 34	Mehrheitlich ländlicher Raum	Bestehendes Netzwerk von Heimleitungen soll erweitert werden, Thema Abwanderung von Pflegepersonal gesetzt
Kreis L	Mehr als 200.000	35,4	34 bis unter 38	Mehrheitlich ländlicher Raum	PK separat von Gesundheitskonferenz. Zwei PKs werden beantragt. Unterscheidung in städtische und ländliche Pflegekonferenz. Interessante Methodik: Auftakt, dann Workshops.
Kreis M	Mehr als 200.000	37,1	38 bis unter 42	Zum Teil ländlicher Raum	Unterteilt in vier Versorgungsbereiche BE soll einbezogen werden, Pflegestützpunkt seit 2011 vorhanden, Abstimmung mit Gesundheitskonferenz
Kreis N	Mehr als 200.000	36,9	38 bis unter 42	Zum Teil ländlicher Raum	1 Stelle kommunale Gesundheitskonferenz vorhanden. Pflegekonferenzen sollen abwechselnd in den fünf Planungsräumen des Kreises stattfinden.
Kreis O	Mehr als 200.000	37,0	38 bis unter 42	Zum Teil ländlicher Raum	Landkreis als Berater für Aufbau kommunaler PKs.

Kreis P	Mehr als 200.000	34,9	34 bis unter 38	Zum Teil ländlicher Raum	Gesundheitskonferenz mit Pflegeanteilen, WHO-Rahmen, Pflegestützpunkt als Knoten, vorhandenes Netzwerk.
Kreis Q	Weniger als 200.000	38,1	42 und mehr	Ländlicher Raum	Aufbau der Pflegekonferenz in Kooperation mit kommunaler Gesundheitskonferenz.
Kreis R	Weniger als 200.000	38,1	38 bis unter 42	Ländlicher Raum	Koordinatorin soll Geschäftsführung der Pflegekonferenz übernehmen.
Kreis S	Weniger als 200.000	37,6	42 und mehr	Ländlicher Raum	Elemente der PK sollen Kickoff-Veranstaltung und themenspezifische Situationsanalyse sein
Kreis T	Weniger als 200.000	34,0	34 bis unter 38	Ländlicher Raum	Junge Erwachsene und Rentner*innen sollen zur Zusammenarbeit motiviert werden; verschiedene Arbeitskreise vorhanden, Gestaltung gemeinsam mit kommunaler GK

Abbildung 16: Liste der Standorte, die in die Evaluation einbezogen wurden ¹¹, eigene Darstellung

In allen Land- und Stadtkreisen zeigen sich in der Einstiegsphase der Pflegekonferenz vergleichbare „brennende“ Themen:

- Der Mangel an Pflegekräften und an ärztlicher Versorgung
- Die Notwendigkeit von Digitalisierung
- Lücken in der Nachbarschaftshilfe und bei der Entlastung pflegender Familien sowie
- Notwendigkeit des Ausbaus von Kurzzeitpflege nach Art und Umfang.

Das Landesprogramm „Kommunale Pflegekonferenzen BW“ trifft in der Praxis auf verschiedenartige Voraussetzungen. Die geförderten Landkreise unterscheiden sich nach Siedlungsstruktur, Größe der Kommunen und auch in Bezug auf den unterschiedlichen Gestaltungswillen der Landkreiskommunen in Hinblick auf die Daseinsvorsorge im Kontext von

¹¹ Anmerkung: Ein Kreis gab aus personellen Gründen den Förderantrag zurück.

Pflege. Die Wohlfahrtskulturen vor Ort und die Berücksichtigung von Aktivitäten des bürgerschaftlichen Engagements sind ebenfalls in verschiedener Weise ausgestaltet.

Vor diesen **heterogenen Rahmenbedingungen** werden in den Förderanträgen der Stadt- und Landkreise **verschiedene Zielsetzungen** verfolgt, die sich z. B. schwerpunktmäßig auf die Verbesserung der Sozialraumplanung, die Verzahnung mit bereits etablierten Gesundheitskonferenzen oder auch auf die Vernetzung von Akteur*innen im Vor- und Umfeld der Pflege beziehen.

Als **Gemeinsamkeit für die Land- und Stadtkreise** lässt sich konstatieren, dass die Implementierung der Kommunalen Pflegekonferenz **prozesshaft** verläuft. Zunächst muss in vielen Landkreisen - vor dem Hintergrund der Covid-Pandemie - die Umstellung auf ein digitales Veranstaltungsformat bewältigt werden. Dies erfordert die Anpassung von Arbeitsweisen und auch die Zielsetzungen der Pflegekonferenz wurden hier zum Teil dynamisch angepasst.

Abgeleitet aus den theoretischen Ausführungen (vgl. Kapitel 3) werden in der **Evaluation die Pilote auf vier Ebenen** untersucht, in welcher Weise die Gestaltungs- und Managementaufgaben im Förderprogramm umgesetzt werden. Die Steuerungsformen in der Landkreisverwaltung im Spannungsfeld von Governance und Government, werden im Folgenden unter dem Stichwort „*Organisationsperspektive*“ untersucht. Der Prozess der Netzwerkbeteiligung der regionalen Akteur*innen aus verschiedenen Sektoren und demzufolge auch aus unterschiedlichen Sektorenlogiken wird unter der Auswertungskategorie „*Durchführung und Methodik*“ analysiert. Unter den Prämissen des akteurszentrierten Institutionalismus werden die projektverantwortlichen Koordinator*innen als „Person“ in den Blick genommen. Bereits in der Antragsanalyse konnten sehr unterschiedliche *Ausgangsszenarien* bezogen auf die sozialräumliche Ausgangslage konstatiert werden. Diese Kategorie geht als vierte Untersuchungsebene in die Analyse ein.

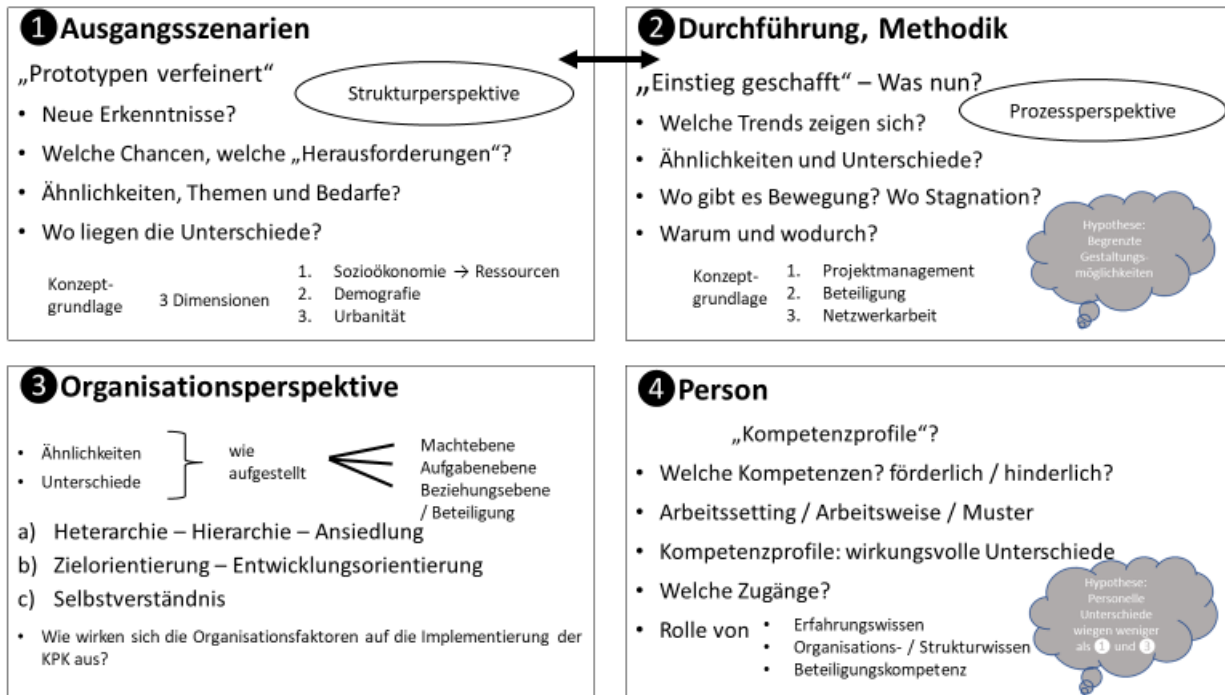


Abbildung 17: Untersuchungsebenen bezogen auf die Pilotland- bzw. Stadtkreise – qualitative Analyse; eigene Darstellung

4.2.1 Organisationsperspektive - Zur Dynamik des institutionellen Settings

Das Förderinstrument „Pflegekonzferenz“ hat das Ziel, auf der Ebene von Land- bzw. Stadtkreisen verschiedene Organisationen im Vor- und Umfeld der Pflege zusammenzuführen. Die damit verbundene Koordinations-, Kommunikations- und Vermittlungsaufgaben werden in die Hände einer Koordinationsstelle gelegt, die in der Landkreisverwaltung angesiedelt ist. Aus dieser Konstruktion ergibt sich eine charakteristische Konstellation: Aus einer hierarchisch gesteuerten Verwaltung heraus sind Netzwerkstrukturen zu initiieren und dies sowohl intern im Landratsamt (Mitstreitende gewinnen), als auch extern in Verknüpfung mit den korporativen und individuellen Akteur*innen im Landkreis.

Diese Dynamik greift eine der befragten Koordinator*innen auf, wenn sie die Verwaltung als „schwerfälligen Tanker“ und die Pflegekonzferenz als „Schnellboot“ bezeichnet, das hier agiert (LKR 10). Teilweise besteht eine starke innere „Versäulung“ der Verwaltung, die nach Aussagen einer Koordinatorin (LKR 7) von einigen Mitarbeitenden zum Teil auch bewusst stabilisiert wird. Durch Förderprogramme, die Vernetzung erfordern und durch Generationenwechsel im Amt, wird heterarchisches Arbeiten - so die Aussage dieser Koordinatorin - begünstigt.

Bezogen auf die Akteur*innenebene erweist es sich im Laufe des Prozesses als herausfordernd „wenn die Kapitäne“ wechseln, z. B. durch Stellenwechsel von Dezernent*innen, da deren gelingende Einbindung für den Prozess wichtig ist. Der Prozess der Pflegekonferenz kommt ebenso ins Stocken, wenn die Koordinator*innen wechseln (z. B. LKR 14, Pilot 4), da die Projektlaufzeit auf 18 Monate begrenzt ist. Auch die durch Corona bedingten Zusatzbelastungen der Landkreisverwaltungen behindern den Prozess, z. B. wenn das Gesundheitsamt zur Nachverfolgung von Corona-Infektionen Personal angefordert hat oder von geplanten Präsenzveranstaltungen auf Online-Formate umgestellt werden muss.

Hilfreich stellt sich die Ausgangssituation in der Verwaltung dar, wenn es bereits integrierte Planungsvorgänge gibt oder auch in Bezug auf andere Projekte bereits hausinterne Kooperationen zwischen Abteilungen und Dezernaten bestehen (z. B. integrierte Sozialplanung, in der die Mitarbeitenden sowohl inhaltlich als auch räumlich zusammenarbeiten; Pilot 5).

Der Erfolg der Pflegekonferenz hängt nach Meinung der Koordinatorinnen auch davon ab, wo die Pflegekonferenz im Landkreis-Organigramm angesiedelt ist. Da der Bereich der Sozialplanung oft weit oben im Organigramm „aufgehängt“ ist, bekommt dadurch auch die Pflegekonferenz einen höheren Stellenwert. Wenn z. B. der Startschuss zur Pflegekonferenz vom Sozialdezernenten/-dezernentin gegeben und von dort auch kontinuierlich begleitet wird, dann wird die Pflegekonferenz zum „Schnellboot im Tanker“ (LKR 10). Für einen der evaluierten Kreise wird von der Koordinatorin geschildert, dass die Abteilung Soziales intern gut und vernetzt arbeitet, die verwaltungsinterne Vernetzung aber zum Beispiel am Widerstand anderer Referate scheitert (LKR 7). Das bedeutet, dass **interne Machtungleichgewichte** durchaus eine Wirkung auf die Pflegekonferenz entfalten können.

Bezogen auf die Akteur*innen in der Landkreisverwaltung gibt es die „Willigen“, die die Netzwerkbildung aus der Verwaltung heraus unterstützen. Dies bezieht sich auf das Wohlwollen der Vorgesetzten und auch auf die Mitarbeit von Sachbearbeitenden, die im Bereich der Altenhilfe arbeiten (z. B. in der Betreuungsbehörde) (Pilot 5, LKR 10). Auch wenn Koordinatorinnen im Tandem in der Pflegekonferenz arbeiten und dabei noch komplementäre beruflichen Hintergrund haben (z. B. Pflegeausbildung und Erfahrung in der Sozialplanung) kann gut auf verschiedene berufliche Netzwerke zurückgegriffen werden, die bei der Netzwerkaktivierung innerhalb, aber auch außerhalb der Verwaltung unterstützend sind (beispielhaft Pilot 3).

Die Pflegekonferenz bietet nach der Einschätzung der Koordinatorinnen, Raum für Innovation und neue Herangehensweisen, stößt dabei aber zum Teil auf verhärtete Verwaltungsstrukturen (LKR 7, Pilot 4).

4.2.2 Prozessperspektive - Zur Dynamik von Akteur*inneninteressen

Obschon die regionale Vernetzung im Bereich der Pflege im Sinne der Angehörigen und zu pflegenden Personen angestrebt wird, haben die Akteur*innen aus den verschiedenen Sektoren, die sich potenziell an einer Pflegekonferenz beteiligen sollen, durchaus unterschiedliche Eigeninteressen, die es bei der Netzwerkinitiierung zu beachten gilt und die sich nicht unbedingt auf den ersten Blick erschließen. Nachhaltiger Netzwerkaufbau ist an Vorteile für die einzelnen Akteur*innen gebunden (Fürst, 2010, S. 55).

Von den *Land- und Stadtkreisen* in Baden-Württemberg hat die Mehrheit einen Förderantrag zur Pflegekonferenz gestellt und auch eine Förderung erhalten. Das Interesse der Landkreise an der Durchführung von Pflegekonferenzen liegt auf der Hand. Es besteht häufig Kostendruck, da die Landkreise die „Hilfe zur Pflege“ finanzieren müssen und sich durch passgenaue Versorgung Kosteneinsparungen versprechen und auch in den Blick nehmen, dass durch gute Prävention z. B. in Form von Wohnberatung, Beratung durch Pflegestützpunkte und funktionierende Nachbarschaftshilfen, Leistungen der stationären Versorgung verhindert bzw. hinauszögert werden können. Diese finanziellen Interessen gehen auch mit dem Wunsch der Pflegebedürftigen überein, die in der Regel so lange wie möglich in der häuslichen Umgebung leben und versorgt werden wollen.

Die unterschiedlich großen *Städte* eines Kreises beteiligen sich nur zum Teil an den Pflegekonferenzen. Während es einzelne (große) Städte in Baden-Württemberg gibt, die in den vergangenen Jahren bereits eigene kommunale Pflegekonferenzen initiiert haben (Pilot 5), gibt es auch Kreiskommunen unterschiedlicher Größe, die sich an den regionalen Pflegekonferenzen nicht beteiligen (z. B. LKR10). Da Leistungen in der kommunalen Altenhilfe Freiwilligkeitsleistungen im Sinne der Daseinsvorsorge sind, besteht für die Kreiskommunen nicht immer ein Handlungsdruck. Nach Aussagen einer Koordinatorin hängt es hauptsächlich von drei Variablen ab, ob sich Bürgermeister*innen einbringen: Von der demografischen Situation der Kommune, vom finanziellen Spielraum einer Kommune und vom persönlichen Interesse der Bürgermeister*in am Thema Pflege (Pilot 5). Hier zeigt sich, dass interessierte individuelle Akteur*innen, insbesondere (Ober)bürgermeister*innen, die in Baden-Württemberg große Gestaltungsmöglichkeiten haben, für das Thema gewonnen werden müssen.

Auch die Einbindung von *ambulanten Diensten und stationären Altenhilfeeinrichtungen* gestaltet sich unterschiedlich (intensiv), dies hängt u. a. mit der Größe der Organisation und der regionalen Einbindung zusammen. Die Gründe für eine Teilnahme an Pflegekonferenzen sind also vielschichtig. Da die Landkreisverwaltungen z. B. für die UstA-VO-Genehmigungen, für die Altenhilfefachberatung und für die Vermittlung von Praktikumsplätzen in der

generalistischen Pflegeausbildung zuständig sind, ergeben sich hier zum Teil Anknüpfungspunkte für eine Teilnahme an der Pflegekonferenz.

Kliniken, die sich an der Pflegekonferenz beteiligen, können dies tun, um den sogenannten „Drehtüreffekt“ zu verhindern und deshalb zuverlässige Versorgungsstrukturen für Patientinnen und Patienten nach der Klinikentlassung unterstützen. Tatsächlich wurde auch die Suche nach Wohnraum für das Pflegepersonal als Beteiligungsgrund genannt und die Suche nach qualifiziertem Pflegepersonal treibt sowohl die Kliniken als auch die ambulanten und stationären Altenhilfeträger generell um (Pilot 1, Pilot 5).

Auch die Beteiligung von *bürgerschaftlich Engagierten* variiert stark und kann sich z. B. auf die Einbindung von Angehörigeninitiativen, Seniorenräten oder Nachbarschaftshilfen beziehen. Die Integration gelingt auch hier gut, wenn bereits vor der Pflegekonferenz persönliche Kontakte bestanden, z. B. wenn der Kreisseniorinnenrat gut an das Landratsamt angebunden ist, Akteur*innen aus den Anerkennungsverfahren bekannt sind, oder im Vorfeld ein Kreisseniorinnenplan erarbeitet wurde, dessen Handlungsempfehlungen in der Pflegekonferenz bearbeitet werden (Pilot 3, Pilot 5). Die Einbindung überregionaler Akteur*innen (MDK, Pflegekassen) gestaltet sich sehr unterschiedlich. Dies dürfte u.a. auch mit der begrenzten regionalen Verortung zusammenhängen (Pilot 1).

Abgesehen von den Eigeninteressen, die potenzielle Netzwerkteilnehmende zur Beteiligung an den Pflegekonferenzen bewegen, stellt das Förderinstrument „Pflegekonferenz“ durch die sektorenübergreifende und sozialräumliche Ausrichtung ein neues Narrativ dar. Sinn und Zweck des Ansatzes „Pflegekonferenz“ erschließt sich in der Einstiegsphase vielen Beteiligten, insbesondere des ländlichen Raumes, nicht ohne Einführung.

Sensibilisierung und Kommunikation sind notwendig, um das Vernetzungsformat bekannt zu machen. Die Zeitschiene des 18monatigen Projektes lässt dafür allerdings nur begrenzt Raum. In der Einstiegsphase haben die Koordinator*innen, abgestimmt mit den Landkreisverwaltungen, unterschiedliche Strategien entwickelt, um diese „Fremdheit“ zu überwinden und Interesse bei potenziellen Teilnehmenden zu wecken. Die Pflegekonferenzen sind mehrheitlich prozesshaft angelegt.

Es werden folgende Strategien praktiziert:

- *Stärkung der hierarchischen Legitimation* durch Beteiligung der Landrät*in ebenso *Bedeutung von Autorität*. Dem Aufruf einflussreicher Schlüsselpersonen wird eher Folge geleistet (Pilot 1).
- *Erweiterung der Arbeitsweise* im Konferenzformat durch zusätzliche offenere Kooperations- und Kommunikationsformen (Arbeitsgruppen, Projektgruppen) und

durch die Etablierung verbindlicher themenbezogener Austauschformate, die zeitlich eng beschränkt und extern moderiert sind (z. B. „Out of the Box“-Format).

- *Ausweitung der kommunikativen und erschließenden Praxis der Koordinator*innen durch intensive Beziehungsarbeit* z. B. in Form einer Tour durch den Landkreis mit Besuch bei Bürgermeister*innen (LKR 11). Es zeigt sich, dass die Akteur*innen von Pflegekonferenzen nicht ausschließlich über thematische Sachinteressen verknüpft werden können. Interdependenzen lassen sich nur auf der Basis von Vertrauen und Engagement gestalten.
- *Fokussierung und Strukturierung der Zusammenarbeit mit Akteur*innen* z. B. durch Themeneingrenzung im Vorfeld und Vorstrukturierung. Nach Aussagen der Koordinatorinnen ist es wichtig, Themen zu finden, die viele betreffen und angepackt werden können. Eine Koordinatorin fasst dies folgendermaßen zusammen: „*Man muss ein „BÄNG-Thema“ finden.*“ (LKR 11)
- *Maßnahmen für Orientierung und Identifikation*, z. B. durch die Reduzierung von Komplexität, in dem Pflegekonferenzen in verschiedenen Sozialräumen des Kreises durchgeführt werden, einzelne Gemeinden ihre best-practice-Projekte vorstellen können oder/und an bereits bestehende Projekte und Prozesse angeknüpft wird (vgl. Pilot 5).
- *Sensibilisierung durch öffentliche Kommunikation* und Veranstaltungen, die zu regionalen Schwerpunkten passen (z. B. Woche der Pflege, Pilot 4).

Die Ergebnisse legen nahe, dass sektorenspezifische Logiken und Unterschiede in den verfügbaren Ressourcen das Interesse und das Ausmaß an Beteiligung an Pflegekonferenzen maßgeblich beeinflussen. Der Mehrwert für die einzelnen Akteur*innen erschließt sich nicht von Anfang an und nicht selbstverständlich. Fachliche Funktionslogiken stehen administrativen Planungsansätzen und vertrauensbildenden Teilnehmungsformaten gegenüber. Zudem sind die Zeitbudgets der Akteur*innen, u. a. coronabedingt, stark durch andere Aufgaben beansprucht.

Für die Durchführung von Pflegekonferenzen gilt es die unterschiedlichen Interessen zu erkennen, zu aktivieren und einzubinden, diese Interessen werden zum Teil erst im Prozess, oder nur indirekt sichtbar, vergleichbar mit der Metapher des Eisberges. Die Unterschiede haben mit den Funktionsweisen der jeweiligen Sektoren zu tun. Sollen Verknüpfungen stattfinden, braucht es passende Anreize oder geeignete Ressourcen durch die initiiierende Verwaltung. Es bestätigt sich, dass das Bearbeiten von Interdependenzen in einem solchen Umfeld eine komplexe Gestaltungs- und Managementaufgabe darstellt, bei der folgende Einflussfaktoren wirken:

- a. regionale Besonderheiten der Siedlungsgeographie (z. B. städtisch vs. ländlich geprägte Landkreise)
- b. der Politikstil, der in der jeweiligen Landkreisverwaltung etabliert ist und
- c. die fachlichen und persönlichen Ressourcen der Koordinator*innen.

4.2.3. Personenperspektive - Die Rolle der Koordinator*innen

Die Koordinatorinnen der Pflegekonferenzen **unterscheiden sich hinsichtlich Berufserfahrung** im Bereich von Sozialplanung und Pflege **und** auch hinsichtlich ihrer **grundständigen Ausbildung** sowie hinsichtlich ihrer Lebenserfahrung. Fast die Hälfte der Koordinatorinnen zählt zur Altersgruppe 45+ (10 Nennungen). Die Aufgabe wurde in die Hände erfahrener Kolleg*innen gelegt. 70% verfügen über 10 - 30 Jahre Berufserfahrung. Ein Viertel sind eher jüngere Kolleg*innen (6 Nennungen).

Ausbildung (n = 21); Mehrfachnennungen möglich	Nennungen
Sozialarbeiter*in/Sozialpädagoge*in	11
Sozialwirt*in/Verwaltungswirt*in	5
Gesundheitswissenschaftler*in	5
und weitere Spezifizierungen wie Pflegeberater*in, interne Auditorin, Sozialwissenschaftler*in, Casemanager*in etc.	

*Tabelle 25: Berufliche Profile der Koordinator*innen, S (n = 21)*

Bezogen auf den beruflichen Hintergrund dominieren sozialpädagogische Profile, aber auch gesundheitsbezogene Ausbildungen und Verwaltungsausbildungen sind nennenswert vertreten. Aufgrund der verschiedenen beruflichen Profile entwickeln die Koordinatorinnen auch selbst unterschiedliche Ausgestaltungsvorschläge für die jeweilige Pflegekonferenz.

Die Koordinatorinnen beschreiben Vorkenntnisse aus vier Bereichen, die sie für die Aufgabe der Pflegekonferenz als zielführend erachten: Projektmanagement wird am häufigsten genannt (20 Nennungen) neben Feldkenntnis (14 Nennungen). Fachliche Kenntnisse stehen an dritter Stelle (12 Nennungen) gefolgt von Steuerungs- und Kommunikationskompetenzen (7 Nennungen). Dass Vorkenntnisse Einfluss auf die Ausgestaltung der Koordinationsstelle haben, ist auch am Personalwechsel ablesbar. In der Projektspanne lässt sich feststellen, dass es auch zur Fluktuation auf der Position der Koordinator*in kommt und durch die Neubesetzung der Koordinator*innenstelle eine Zunahme oder Abnahme von Fachlichkeit

stattfindet. Zum Teil wurden für die Koordinierung der Pflegekonferenz mehrmals neue Mitarbeiter*innen eingestellt, die sich auch neu in das Organisationssetting der jeweiligen Landratsämter integrieren müssen. Personalwechsel stellte strukturell für fast die Hälfte der Standorte (9 Nennungen) eine Herausforderung in der Projektzeit dar. Der Personalwechsel wurde von den Koordinator*innen vor allem mit der Befristung der Stellen begründet.

Die erfolgreiche Implementierung der Pflegekonferenzen ist neben einer angemessenen Stellenbesetzung auch der engagierten und mutigen Rollenübernahme der Koordinator*innen zuzuschreiben. Sie haben mehrheitlich die Gestaltungsaufgabe aktiv angenommen, sich „auf Neuland gewagt“ und „Kurs gehalten“. Das wird deutlich in dem von ihnen entworfenen Aufgaben- und Kompetenzprofil für zukünftige Koordinator*innen.

<u>Was sollte ein Koordination mitbringen</u> <u>(n = 21; Mehrfachnennungen möglich) S</u>	<i>Nennungen</i>
Kooperationskompetenzen	Insg.31
Durchhaltevermögen/Geduld	9
Kommunikationsfähigkeit	7
Teamfähigkeit	6
Reflexionsfähigkeit	3
Moderationsfähigkeit	3
Gespür für Stimmungen	1
Kreativität	1
Improvisationsvermögen	1
Projektmanagement	Insg.7
strukturiertes Arbeiten/Organisationsgeschick	6
gutes Zeitmanagement	1
Fachkompetenzen	Insg.7
Fachwissen	3
Kenntnisse in der regionalen Pflegeinfrastruktur	2
komplettes Handwerkszeug der Sozialen Arbeit	1
digitale Kompetenzen	1
Führungs- Steuerungskompetenzen	Insg.3
Entscheidungsfähigkeit	1
Verhandlungsgeschick	1
Durchsetzungsvermögen	1
keine Angaben	1

*Tabelle 26: Kompetenzprofil von Koordinator*innen, S (n = 21)*

Für die Koordinator*innen erfordert der Implementierungsprozess am häufigsten und intensivsten **Kooperationskompetenzen in Haltung und praktischen Fähigkeiten**. Erst an zweiter Stelle werden Projektmanagement- oder Fachkompetenzen genannt. Auch daran wird ersichtlich, dass **Pflegekonferenzen Instrumente des Wandels** darstellen. Mit der Implementierung sind Neuerungen verbunden, die initiiert, verhandelt, koordiniert, evaluiert und abgefedert werden müssen. Kompetente, belastbare, handlungsbereite Koordinator*innen mit den passenden Mindsets sind eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung dafür. Als Instrument für Governance ergibt sich im Prozess der Implementierung auch ein Gestaltungsspielraum in der Koordination. Er hängt mit der Aufgabe und Notwendigkeit des Beteiligungs- und Interdependenzmanagements zusammen.

Am wenigsten gerüstet für... (n = 21; Mehrfachnennungen möglich)	Nennungen
Initiierung und Moderation von Beteiligungsformaten	5 insg.
Leitung/Umsetzung von Arbeitsgruppen/Workshops	3
desinteressierte Haltung von Netzwerkpartnern	1
Wegfall bestehender Netzwerke von erfahrenen Kolleg*innen	1
Steuerungsaufgaben im fachpolitischen Kontext kommunaler Verwaltung	4 insg.
Umgang mit politischen Gremien	1
Befindlichkeiten/Abläufe innerhalb der Verwaltung	1
politische Rahmenbedingungen der Pflege	2
Rollenkonflikte von Koordination	4 insg.
Ansprechpartner*in für alle Erwartungen sein	1
Spannungsfeld von Erwartungen und Wünschen	1
Umsetzung ohne Motivationsverlust	1
als "Neue" im LRA/LK einen guten Überblick zu bekommen	1
Instrumentelle Kompetenz	4 insg.
Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln/digitale Umsetzung	3
Eruieren/Beantragen von Fördermitteln	1
zurzeit nichts	1
keine Angaben	4

*Tabelle 27: Unterstützungs- und Qualifizierungsbedarfe von Koordinator*innen, S (n = 21)*

Die Koordinatorinnen vermochten präzise zu formulieren, wofür sie sich trotz Feldkenntnissen und fachlichen Berufserfahrungen wenig gerüstet fühlten. Es wurden vier Bereiche in etwa gleichrangig beschrieben: Die Umsetzung von **Beteiligung, interaktive und inhaltliche Steuerung, Umgang mit typischen Rollenanforderungen in der Koordination und neuartige**

instrumentelle Kompetenzen im Zusammenhang mit digitalen Formaten und Erschließung von Ressourcen.

Diese erlebten Lücken verweisen auf das **Innovationsprofil**, welches der **Pflegekonferenz als Governanceinstrument** innewohnt. Daraus ergeben sich die besonderen Anforderungen für die Koordination an Gestaltung und Interdependenzmanagement.

Für eine gelingende Vernetzung der Akteur*innen, sowohl in der Organisation Landratsamt als auch im Landkreis, sind **berufserfahrene Koordinator*innen im Vorteil**. Bestehende Netzwerke können genutzt werden. Koordinator*innen, die sowohl in der Verwaltung neu sind und auch im Landkreis keine Netzwerke im Bereich der Altenhilfe haben, tun sich schwer. Aus Sicht der Koordinator*innen ist es hilfreich, wenn man vor der Übernahme der Koordinationsstelle bereits in vernetzender Funktion gearbeitet hat (z. B. im Pflegestützpunkt, in der Koordination der generalistischen Pflegeausbildung oder in der Altenhilfefachberatung), weil man auf die daraus bestehenden Kontakte aufbauen kann. Einzelne Koordinator*innen befördern den Erfolg der Pflegekonferenz, indem sie sich klar darüber sind, dass ein hohes Maß an Kommunikation notwendig wird und die direktive Steuerung in diesem Kontext nicht gut funktioniert. Die Netzwerkbildung nimmt ihren Ursprung also in den Netzwerken der Koordinator*innen.

4.2.4 Die Auswirkung von Ausgangsszenarien und Strukturunterschieden

Die Kommunen Baden-Württembergs mit ähnlicher siedlungsstruktureller Zusammensetzung werden in sogenannte Raumkategorien eingeteilt. Bezogen auf die Landkreisebene erfolgt die Untergliederung in folgende Kategorien:

- **Kreise, die ganz zum ländlichen Raum gehören**
(z. B. Biberach, Neckar-Odenwald, Heidenheim, Sigmaringen, Zollernalbkreis)
- **Kreise, die mehrheitlich dem ländlichen Raum angehören**
(z. B. Freudenstadt, Ravensburg, Ostalbkreis, Alb-Donau-Kreis)
- **Kreise, die zum Teil dem ländlichen Raum angehören**
(z. B. Konstanz, Rastatt, Göppingen, Karlsruhe, Esslingen)
- **Kreise, die nicht zum ländlichen Raum gehören**, also Stadtkreise (z. B. Baden-Baden, Ulm, Freiburg i. Br., Heilbronn, Stuttgart, Mannheim).

Diese Kreiseinteilung erfolgt u. a. aufgrund von Bevölkerungsentwicklung, Siedlungsdichte, Arbeitsplatzdichte und Pendlerzahlen (vgl. Schwarck 2012, S. 43).

Für **Kreise, die siedlungsgeographisch betrachtet komplett zum ländlichen Raum gehören, ergibt sich eine besondere Situation** in Bezug auf die Implementierung von Pflegekonferenzen. Es zeigen sich für diese Art der Siedlungsstruktur eher begrenzte Kooperationsressourcen. Ländliche Kreisverwaltungen haben die Flächensituation zu bewältigen, die sich mit kleinen Gemeinden und entsprechend eher bescheidener Infrastruktur für eine Kooperation abbildet. Um in eine praktische Umsetzung zu kommen, ist die Einbettung vor Ort durch die Gewinnung von Mit-Streitenden (Ko-Koordinator*innen) wichtig. Die Zahl der Schlüsselpersonen ist im ländlichen Raum allerdings eher begrenzt und diese sind oft mehrfach engagiert und eingebunden. Die Stimme einer Koordinatorin hierzu:

*Die Mitwirkung an der KPK ist aktuell sehr zurückhaltend. Die Akteur*innen, die sich dann für eine Mitarbeit entschließen, sind jedoch motiviert und engagiert. Dazu müssen im Vorfeld die Themenbereiche sorgfältig ausgewählt werden und dem aktuellen Handlungsbedarf im Landkreis entsprechen. (LKR 9).*

Etablierte regionale Netzwerke, die traditionell agieren, müssen für neue Kooperation und Themen begeistert werden, das bedeutet, die Arbeit und das Thema der Pflegekonferenz muss sichtbar gemacht und auch beworben werden. Eine weitere Koordinatorin fasst zusammen:

*Hier bedarf es aktives Zugehen auf die Akteur*innen aus dem Pflegebereich, die noch an der PK beteiligt sind. Diese wiederum zu identifizieren ist im ländlichen Raum weniger schwierig. (LKR 8)*

Für neue Entwicklungen scheinen sehr **ländliche Kreise eher auf Verbundlösungen** angewiesen zu sein, die dann zwar von einigen, aber nicht von allen Akteuren genutzt werden:

Im Landkreis haben sich die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu einem Verein zusammengeschlossen. Gerade in der Corona-Anfangszeit haben alle davon profitiert, sie konnten sich austauschen und gelangten im Verbund auch besser an Hilfsmittel. Jedoch sind nicht alle Pflegeeinrichtungen im Verein. (LKR 8)

Kleinere Kommunen stoßen schneller an personelle Grenzen bei überregionalen Vernetzungsaktivitäten. Aus dieser Situation heraus kann aber auch Interesse und Kooperationsbereitschaft entstehen, Ressourcen zwischen Landkreis und regionalen Institutionen und Initiativen zu bündeln und Ressourcen gegenseitig zu nutzen. Voraussetzung scheint allerdings ein solches Verständnis der Zusammenarbeit in der Landkreisverwaltung zu sein.

Die Stellung und der **Handlungsspielraum von Bürgermeister*innen in kleinen Gemeinden** im ländlichen Raum bringt es mit sich, dass sich auch in sehr traditionsorientierten

Landkreisen immer wieder innovative „Leuchttürme“ bis hin zu Innovationsclustern finden, wenn Bürgermeister*innen kleiner Gemeinden, die Daseinsvorsorge in Bezug auf die Altenhilfe vorantreiben und zur „Chefsache“ machen (z. B. Pilot 4). Einzelne Gemeinden weisen hier überzeugende eigenständige Entwicklungen auf, weil sie eine gute Pflegeinfrastruktur als Standortvorteil sehen.

Insgesamt ist es für **ländlich geprägte Landkreise** bedeutsam, *wie stark der Landkreis sich in Entwicklungsfragen engagiert und sich auch als Dienstleister für seine Kreiskommunen versteht* (vgl. Pilot 2). Eine Koordinatorin fasst zusammen: *„Kommunen müssen mit eigenem Gewinn angesprochen werden“ (LKR 19).*

Im Evaluationsprozess lassen sich unterschiedliche Formen eines Steuerungsverständnisses beobachten. So sieht sich zum Beispiel ein zum Teil dem ländlichen Raum zugehöriger Landkreis in einer moderierenden, beratenden Rolle seinen kleineren Kreiskommunen gegenüber (Pilot 2), ein anderer Landkreis, des mehrheitlich ländlich geprägten Raumes, versucht die Landkreiskommunen eher direkter zu steuern und trifft dabei auf Akteur*innen in starken Kommunen, die eigene Ideen in Bezug auf die Pflegekonferenz entwickeln und individuelle Wege der Vernetzung gehen möchten (Pilot 6).

Bezogen auf das **Zusammenspiel zwischen Landkreisen und Kommunen** äußert eine Koordinatorin:

Zwischen den Kommunen und dem Landkreis ist sowas wie eine trennende Membran. Die Landkreise sind für die Sozialplanung zuständig und können dadurch steuern, aber einzelne Mitarbeitende können nicht wirksam werden. (Pilot X)

Was die Stärke der Landkreise ist - die Zuständigkeit für die Sozialplanung - erweist sich aus Sicht einer anderen Koordinatorin als Schwäche für die Städte:

Die Stärke der Städte sind die Bürger – es gibt engen Bezug dazu - die Schwäche ist der geringe Einfluss auf die Sozialplanung. (Pilot 6).

Die **Pflegekonferenzen, die von Stadtkreisen durchgeführt werden**, starten generell aus einer anderen Position. Der Handlungsraum für die Pflegekonferenz ist räumlich begrenzt. Bestehende Kooperationspfade können häufiger genutzt werden und auch Themenstellungen lassen sich enger zuschneiden. Die Planungen für die Pflegekonferenz nehmen hier auch die Weiterentwicklungen von einzelnen Quartieren in den Blick, die bezogen auf die Altenhilfe besondere Erfordernisse zeigen. Stadtkreise verfügen im Vergleich zu Landkreisen über leichtere Zugänge und können Akteur*innen besser einbinden (Städte 15, 16, Pilot 1, LKR 7). Das dürfte mit der Zugehörigkeit zu einem gemeinsam geteilten bedeutsamen Lebensraum zu tun haben, auf den sich die Akteur*innen beziehen. Für Landkreise als Verwaltungseinheiten gilt dies nicht in der gleichen verbindenden und verbindlichen Weise.

5. Best-Practice: Der Methodenkoffer – Eine Handreichung

Das Arbeiten in Netzwerken ist anspruchsvoll. Für die Initiierung und Moderation eines Netzwerks wurden in den letzten Jahren zahlreiche Erfahrungen gesammelt und Empfehlungen entwickelt (Borkenhagen, 2004). Die Ziele von Netzwerkarbeit können unterschiedlich sein. Im Projekt „Pflegekonzferenzen – Netzwerke für Menschen“ sind sie durch die Projektförderung vorgegeben. Dennoch bietet die Ausgestaltung einen größeren Spielraum. Im Prozess von der Entwicklung über die Implementierung bis zur Evaluation von Pflegekonzferenzen, haben die Koordinator*innen spezifische Instrumente erarbeitet, eingesetzt und Erfahrungen damit gesammelt. Es wurde der Wunsch geäußert, Interessierten die Instrumente an die Hand zu geben, die sich bewährt haben. Diesem Anliegen wird der Zusammenstellung eines Methodenkoffers Rechnung getragen. Dazu wurden während des Evaluationsprozesses Instrumente gesammelt, die für die verschiedenen Prozessschritte für empfehlenswert gehalten werden. In einem zweiten Schritt wurde ausgearbeitet, unter welchen Gesichtspunkten diese ihre Wirkung entfalten können. Die Instrumente werden in Teil 2 dieses Evaluationsberichtes vorgestellt.

5.1. Digital - analog und digital – print - Qualitätsfrage im Medien- und Methodenmix

Besondere Beachtung erfordert der Umstand, dass der Projektzeitraum in den Ausbruch der Corona-Pandemie fiel. Die Durchführung von Präsenzveranstaltungen für Gruppen und Versammlungen galt bis zu diesem Zeitpunkt als Maßstab, der aber durch die Auflagen der Coronaverordnungen zu überdenken war. Dies erforderte von den Akteur*innen die Auseinandersetzung mit dem Einsatz geeigneter digitaler/virtueller Instrumente und Formate. Daher spielen sie eine größere Rolle im Instrumentenkoffer, als sie dies vor der Coronapandemie getan hätten. Die Frage, ob in der Kommunikation eher digitale oder Printmedien benutzt werden sollen bzw. in der Unternehmensorganisation eher digitale Collaborationstools oder analoge eingesetzt werden, ist der Frage nach einem optimalen Medien- und Toolmix gewichen. Im Sinne der Teilhabe aller Bürger*innen dürfte eine eher breite Anwendung beider Formen eine wichtige Rolle spielen, da der Digitalisierungsgrad in hohem Maße von Generationeneffekten, Berufstätigkeit, Bildungsgrad und Einkommensniveaus abhängig ist (Initiative D21 e. V., 2019, S. 40). Die breiten Anforderungen spiegeln sich auch in den Zielen wider, die von den Koordinator*innen für die Anwendung der Instrumente des Werkzeugkastens genannt wurden: Teilhabe unterschiedlichster Zielgruppen, Barrierefreiheit, Vernetzung, Transparenz und Vertrauen, Übersichtlichkeit und Verständlichkeit, Motivation und Attraktivität, Orientierung und Planungshilfe sowie Nachhaltigkeit.

5.2. Ziele der Instrumente: Organisations-, Orientierungs- und Planungshilfen

Geeignete Organisationsformen der Zusammenarbeit und organisatorische Rahmenbedingungen können Arbeitsprozesse unterstützen. Neben analogen Formen wie Sitzungen in Präsenz und strukturierte Ablage von Dokumenten in Papierform, können digitale Medien Organisationshilfen für Planung, Durchführung und Evaluation von Pflegekonferenzen sein. Das kann die Prozess- und Ergebnisqualität von Pflegekonferenzen verbessern. Für die Organisation des Workflows der Akteur*innen von Pflegekonferenzen ist es hilfreich, eine digitale Plattform einzurichten. Das unterstützt in folgenden Bereichen (Heusinger 2020):

- Man muss Arbeitsergebnisse nicht an unterschiedlichen Orten suchen, sondern hat direkt zentral Zugriff auf alle Dokumente
- Infos und Aktivitäten für Akteur*innen müssen nicht zwangsweise kopiert werden, sondern stehen digital zur Verfügung und können bei Bedarf ausgedruckt werden
- Bei kollaborativem Arbeiten muss nicht mehr eine lokal gespeicherte Version an andere versendet werden und wieder zurückgesendet werden, sondern alle können gleichzeitig an einem Dokument arbeiten
- Links etc. stehen direkt in der Plattform, können dort direkt abgerufen werden und müssen nicht erst kopiert und in die Browserzeile eingegeben werden
- Vertretungen können leichter auf Materialien zurückgreifen.

Damit alle in diesem Coworkingspace arbeiten können, muss mehr als eine Dateiablage möglich sein. Sinnvolle Funktionen:

- Ablage mit Unterstützung unterschiedlicher Dateiformate
- Kommunikation (z. B. Work Chat, Formulare für Ab- und Umfragen, Terminplaner)
- Kollaboration (kollaborativ bearbeitbare Dokumente wie Texte, Präsentationen, Mindmaps)
- Integration anderer Anwendungen
- Sharefunktionen mit anderen Systemen (Heusinger, 2020, S. 134 ff.).

Schaffen von Transparenz und Vertrauen

Transparenz nimmt in der modernen, digitalisierten Gesellschaft einen hohen Stellenwert ein. Sie bedeutet, dass relevante Informationen über Abläufe, Sachverhalte, Vorhaben und Entscheidungsprozesse frei zugänglich sind. Sie wirkt potenziell vertrauensbildend, weil sich Menschen die Informationen besorgen können, die sie benötigen und wünschen. Im politischen Kontext wird sie verbunden mit der vermehrten Partizipation der Bürger*innen. Organisationen und Gremien profitieren von Transparenz, indem verschiedene Akteur*innen

produktiv zusammenarbeiten können und die Wirksamkeit und der Erfolg von Projekten dargestellt werden kann. Transparenz muss auf verschiedenen Informations- und Wahrnehmungskanälen erfolgen, damit unterschiedliche Zielgruppen erreicht und zur Mitwirkung motiviert werden können.

Teilhabe verschiedener Zielgruppen

Teilhabe ist die gleichberechtigte Teilnahme am Leben in allen Bereichen der Gesellschaft wie z. B. soziales und kulturelles Leben, Bildung und Arbeit. Die WHO versteht unter Teilhabe das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (2001). Mit Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesteilhabegesetzes wird Teilhabe als sozialpolitisches Konzept für Selbstbestimmung und Eigenverantwortung verstanden, das alte Konzepte der Fürsorge und Versorgung in Bezug auf Menschen mit Behinderung ablöst. Mit Erweiterung des Begriffs findet das Konzept handlungsfeldübergreifend Eingang in die Altenhilfe, da es um Teilhabechancen von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und andere Gruppen geht, deren Teilhabe gesellschaftliche Barrieren entgegenstehen (Bartelheimer et al. 2020).

Barrierefreiheit

Teilhabe für Menschen mit Einschränkungen und Behinderungen steht für Barrierefreiheit in allen Bereichen des Lebens. Die Pflegekonferenzen sind in ihrer Ausrichtung insbesondere bedeutsam für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf, darunter fallen Menschen mit Sehbehinderung, gehörlose und schwerhörige Menschen, blinde Menschen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, kognitiv beeinträchtigte und geistig behinderte Menschen. Das Konzept der Barrierefreiheit konkretisiert sich z. B. auch in Kommunikationsmitteln wie barrierefreien Websites, barrierefreien Dokumenten und leichter Sprache. Diese Aspekte verdienen zunehmend Beachtung.

Übersichtlichkeit und Verständlichkeit

Das Arbeiten in Gremien und Gruppen ist komplex und erfordert den Umgang mit umfangreichen Inhalten. Damit möglichst viele Menschen davon angesprochen werden und sie verstehen, sollten sie entsprechend aufgearbeitet, präsentiert und nutzbar gemacht werden. Verständlichkeit spielt bei der Verständigung von Menschen, Gruppen und Organisationen eine wichtige Rolle. Dabei geht es neben der akustischen und inhaltlichen Verständlichkeit auch um kulturelle und soziale Verständlichkeit. Während textbezogene Verständlichkeit mit den Merkmalen „Einfachheit“, „Gliederung/Ordnung“, „Kürze/Prägnanz“ und „zusätzliche Anregungen“ theoretisch bereits seit vielen Jahren belegt ist (Langer et al., 2019), stellen sich Fragen der Umsetzung im Kontext digitaler Medien und Anwendungen.

Als hilfreiche Instrumente wurden ausgewählt:

- In der Initiierungsphase
 - Auswahlmatrix Teilnehmende
 - Muster Einladungsschreiben
 - Die digitale Pflegekonferenz
 - Leitlinien für Arbeitsgruppen
 - Muster Geschäftsordnung
- In der Implementierungsphase
 - Grundsätze für eine gelingende Pflegekonferenz
 - Newsletter
 - „Out of the box“ – digitale Kreativitätstechnik
 - Digitales Datei-Austausch- und Kollaborationstool z. B. Nextcloud
 - Dateiablagensystematik
 - Barrierefreiheit von Dokumenten z. B. auf der Homepage
 - Printmedien Plakate von Events
 - Printmedien Flyer von Angeboten
- In der Evaluationsphase
 - Mindmap
 - Postkarten.

Weiterführende Links

- https://www.mitarbeit.de/foerderung_projekte/werkstatt_vielfalt/praxistipps/
- <https://xn--kreativitaetsframeworks/design-thinking/>
- <https://www.bundesfachstelle-barrierefreiheit.de>

6. Quintessenzen – Was können Pflegekonferenzen leisten?

Pflegekonferenzen stehen in Baden-Württemberg in einer längeren Tradition von Vernetzungsbemühungen (vgl. Kapitel 1). Die Auswertung hat gezeigt, dass Vernetzung im Gesundheits- und Altenhilfebereich bei den meisten evaluierten Standorten ein Anliegen ist, das bereits vor der Implementierung der Pflegekonferenzen eine Rolle spielte. Die meisten Standorte strengen deshalb an, Arbeitsweisen und bestimmte Vernetzungsformen aus dem Prozess der Pflegekonferenzen fortzusetzen, auch angesichts unklarer oder ausbleibender Förderung. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend unter drei Gesichtspunkten diskutiert und eingeordnet:

- Was leisten die evaluierten Pflegekonferenzprozesse, wenn man die **Anforderungen durch den Förderaufruf** hinsichtlich Vernetzung, Kooperation mit den Gesundheitskonferenzen und Quartiersbezug in den Blick nimmt?

- Was ist an den evaluierten Pflegekonferenzprozessen charakteristisch und handlungsleitend für weitere Entwicklungen, wenn man die **Besonderheiten der lokalen Rahmenbedingungen** berücksichtigt, und zwar unter der internen Perspektive der Koordinator*innen und der externen Sicht der Prozessbegleitung von Piloten.
- Was leisten die evaluierten Pflegekonferenzen als **kooperatives Steuerungsinstrument** im Licht des theoretischen Frameworks von Governance by government und Governance with Government? Abschließend werden daraus Empfehlungen formuliert.

Die Überlegungen stützen sich auf Ergebnisse aus der Abschlussbefragung der Koordinator*innen, auf die Begleitprozesse aus den sechs Pilotstandorten und auf Erkenntnisse aus der Governanceforschung, vor allem zu Potenzialen und Grenzen regionaler Netzwerke.

6.1. Pflegekonferenzen und die Anforderungen des Förderprogramms: Vernetzung, Kooperation mit Gesundheitskonferenzen, Quartiersbezug

6.1.1 Vernetzung: Alle Akteur*innen an einem Tisch – Gelingen Koppelungen?

Mobilisierung: In den evaluierten Pflegekonferenzen wurden Bereiche anhand von Berufen entsprechend der Programmausschreibung mobilisiert. Die Verknüpfung gelingt in den Bereichen Altenhilfe, Gesundheit/medizinische Versorgungsinstitutionen und öffentliche (Landkreis) Verwaltung systematischer als in den Bereichen Behindertenhilfe oder psychiatrische Versorgung.

Es ist ein enger Austausch mit den verschiedenen Mitgliedern entstanden. Die Verwaltung ist nahbarer geworden. Es gibt nun eine bessere Plattform, Probleme und Bedarfe zu kommunizieren. (A)

Die Verknüpfung mit dem Sektor der Zivilgesellschaft, mit der Kommunalverwaltung und den politischen Entscheidungsebenen (Landkreis- und Kommunalparlamente) kommt dagegen eher punktuell oder personenbezogen zum Tragen. Stadtkreise, vor allem aber die beiden Standorte mit Sozialraumbezug schaffen systematischere Verknüpfungen mit dem zivilgesellschaftlichen Sektor. Pflegekonferenzen dienen bislang vor allem als Informations-, Kontakt- und Orientierungsplattformen.

Vertrauens- und Innovationspotenzial: Die mit den Pflegekonferenzen und weiteren Maßnahmen verknüpfte Arbeitsweise wird als vertrauensbildend und innovationsfördernd

bewertet. Durch den interprofessionellen Ansatz wird Sensibilisierung für dringliche Bedarfe erreicht. Es entsteht ein erweiterter Lösungsraum. Zutrauen zu Lösungen kann sich entwickeln.

Die Pflegekonferenz bietet aufgrund ihrer gestalterischen Freiheit die Möglichkeit, neue Wege zu gehen und losgelöst aus institutionellen Kontexten Themen zu bearbeiten. Wichtig ist, dass die Motivation und das Engagement in konkrete Handlungsschritte übergeleitet werden kann. (11 LKR7, D)

*Die KPK ist aus meiner heutigen Sicht wirkungsvoll, weil sich langsam und mühsam aber eben doch etwas bewegt. Die Akteur*innen finden Gefallen daran, sich auszutauschen und Probleme gemeinsam zu erörtern. Die KPK kann als Plattform dieses netzwerken bündeln und steuern. (20 LKR 9,D)*

Das Instrument der Kreispflegekonferenz ist ein gutes Bindeglied zwischen Pflege und Verwaltung. (A).

Besonders in Stadtkreisen und in den beiden beteiligten Städten werden neue Entwicklungen und innovative Projekte hervorgehoben.

Die kommunale Pflegekonferenz konnte als breit aufgestelltes Gremium die Entwicklung der sozialen Infrastruktur sowie Quartiersentwicklung im Stadtkreis (...) unterstützen. (A)

Die Modell-Pflegekonferenzen zeigen eindrücklich, wie viele individuelle, innovative und zielführende Projekte entstehen, wenn dafür Raum, Finanzen und Personal zu Verfügung stehen. (A).

Pflegekonferenzen erreichen bisher eine bestimmte Qualität von Vernetzung.

Die kommunikative und informative Funktion für diejenigen, die erreicht werden überwiegt. Es entstehen Kontakte und Vertrauen wird aufgebaut. Pflegekonferenzen fördern damit vorrangig Vernetzungsqualitäten des Bondings.

Arbeitsgruppen erweitern Kooperationsgelegenheiten und bauen Kooperationsachsen („Die Willigen“) auf. Sie sind Beratungs-, Konsultations- und Umsetzungsplattformen. In Lenkungsreisen kann sich ebenfalls verbindlichere Zusammenarbeit vollziehen. Darüber hinaus wird bisher ansatzweise die Netzwerkqualität des Bridging (sektorenübergreifende Verknüpfung zwischen Politik/Verwaltung, Fachinstitutionen und Zivilgesellschaft) in Gang gebracht.

Pflegekonferenzen fördern bisher erst punktuell die Qualität des Linking als Verknüpfung zwischen Landkreis- und kommunaler Verwaltung und der Ebene der Entscheider*innen. Die Verknüpfung von Landesförderprogrammen mit der lokalen Ebene wurde in einigen

Landkreise aufgegriffen, allerdings nur mit begrenzter Wirkung, da die landkreiseigenen Kommunen nicht systematisch beteiligt waren. Eine Ausnahme bilden auch hier Stadtkreise bzw. Landkreise, die Pflegekonferenzen ausdrücklich nach dem Leitbild „Bindeglied zwischen Land und Kommunen“ umsetzen.

Entwicklungsperspektiven für Vernetzung liegen in mehr systematischer intersektoraler Verknüpfung, nicht vorwiegend in der Projektmethodik.

Die Lösungsvorschläge der Koordinator*innen bewegen sich bisher eher im fachlich-sachlichen Bereich von Beteiligungs- und Projektmethodik und in der Ressourcenausstattung. Grundlegende Fragestellungen von Zweck und Ausrichtung klingen an in den Überlegungen nach Positionierung und Hintergründen für die Mitwirkung von Akteur*innen. Besonders bei systematischer Verankerung von Pflegekonferenzen mit und in Kommunen ist das Selbstverständnis der Stadt- und Landkreisarbeit im Blick auf Sozialraumorientierung bzw. Funktion gegenüber kreiseigenen Kommunen berührt. Es geht dann nicht mehr nur um methodische Verbesserung eines Instrumentariums, sondern um dessen **strategische Einbettung und Ausrichtung: Welchen Zweck soll eine Pflegekonferenz im Zusammenspiel von Land-/ Stadtkreis und deren Untergliederungen haben?**

Wirksame Pflegekonferenzen sind gesellschaftliche Gemeinschaftsleistungen auf der Basis kooperativer Staats- und Institutionenpraxis. Fachliche oder methodische Vervollkommnung allein kann den erwünschten gesellschaftlichen Impact nur begrenzt vergrößern. Bearbeitung in engen Zuständigkeiten scheint nur bedingt zielführend zu sein. Es hängt viel davon ab, dass Akteur*innen aus dem Feld verbindlich einsteigen und Zusammenarbeit nicht nur interprofessionell, sondern intersektoral anvisiert wird. Das bedeutet aber auch, dass der **„Steuerbarkeit“ und „Machbarkeit“ Grenzen gesetzt** sind. Pflegekonferenzen sind als Netzwerkkonstrukte kommunikative Formate mit den innewohnenden Potenzialen, aber auch mit Grenzen. Herrschaftszusammenhänge und damit die Dimensionen von Macht und Einfluss brauchen die systematische Verknüpfung mit politischen Lösungsansätzen.

6.1.2 Gesundheitskonferenzen – Ergänzung oder Konkurrenz zur Pflegekonferenz?

In allen Landkreisen bestehen Gesundheitskonferenzen; die Kooperation der Pflegekonferenzen mit den Gesundheitskonferenzen ist gewünscht und wird im Förderaufruf betont:

Von zentraler Bedeutung ist auch die Verzahnung mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Dies kann auf verschiedene Weise geschehen, etwa durch organisatorische Einbindung unter einem „Dach“, in Form strukturierter Zusammenarbeit bei allen Themen an den Schnittstellen Gesundheit und Pflege

oder in Form „vertikaler“ Zusammenarbeit von lokalen Pflegekonferenzen mit den auf Stadt- und Landkreisebene regional ausgerichteten Gesundheitskonferenzen. (Förderaufruf 2019, S. 2).

Das Themenfeld „Pflege“ ist eines von drei Handlungsfelder der Gesundheitskonferenzen. Der Schwerpunkt der Gesundheitskonferenzen liegt auf der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung und der medizinischen Prävention. Der Fokus liegt dabei häufig auf der ärztlichen Versorgung und in Bezug auf Prävention werden weitere Akteur*innen wie z. B. der organisierte Sport einbezogen.

Es ergibt sich eine thematische Schnittmenge zur Pflegekonferenz, wenn von der Gesundheitskonferenz Präventionsangebote zu Verzögerung von Hilfebedürftigkeit in den Blick genommen werden, z. B. alternative Wohnformen, Wohnberatung, Sicherstellung hausärztlicher Versorgung und Alltagsunterstützung.

Allerdings ist die Verzahnung von Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz keine Selbstverständlichkeit. In Nordrhein-Westfalen waren die Pflegekonferenzen zunächst in die Gesundheitskonferenzen integriert, wurden dann wieder ausgelagert, weil die Pflegekonferenzen in diesem Konstrukt mit ihrer Problematik dominant wurden.

Von 21 Standorten Baden-Württembergs, die in der Evaluation befragt wurden, besteht in 16 eine Zusammenarbeit der Pflegekonferenzen mit der jeweiligen Gesundheitskonferenz. Die Zusammenarbeit unterscheidet sich in Systematik und Art der operativen Einbindung. Am häufigsten besteht ein verwaltungsinterner Fachaustausch zwischen den Verantwortlichen der Gesundheitskonferenz und der Geschäftsführung der Pflegekonferenzen (7 Nennungen). Daneben gibt es drei Formen der operativen Einbindung in die Pflegekonferenzen:

- a. inhaltliche Mitwirkung an der Pflegekonferenz durch Teilnahme am Plenum oder an Arbeitsgruppen mit Übernahme von Moderationsaufgaben (3 Nennungen)
- b. Mitwirkung in der Steuerung sowohl über Lenkungsgruppen als auch über Geschäftsordnungen (3 Nennungen)
- c. Gemeinsame Projekte oder Aktivitäten oder eine gemeinsame Konferenz (3 Nennungen).

Nur an einem Standort ist die Pflegekonferenz integriert in die Gesundheitskonferenz. Insgesamt ergeben sich aus den Evaluationsergebnissen sehr unterschiedliche Aussagen zur Kooperation zwischen der Pflegekonferenz und der Gesundheitskonferenz während der Projektlaufzeit. Im Pilotlandkreis 2 stellt sich ein möglicher **Austausch eher schwierig** dar: „*Wir hätten an einem jour fixe der KGK 30 Minuten Zeit bekommen, um unsere Ergebnisse vorzustellen, das ist dann leider ausgefallen wegen Corona.*“ Aus einem anderen Landkreis (Pilot 6) wird von „*regelmäßiger Abstimmung und Austausch*“ berichtet.

Im Pilotlandkreis 3 wurde bewusst die **Trennung von Gesundheits- und Pflegekonferenz** herbeigeführt *„Wir haben die PK bewusst nicht zur KGK genommen, sie soll kein Anhängsel sein.“* Allerdings hat in diesem Landkreis eine enge Abstimmung zwischen den Konferenzen stattgefunden: *„Im Vorfeld gab es eine Abstimmung mit der KPK bezüglich der Strukturen und Inhalte, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Während der Projektdauer gab es einen regelmäßigen Austausch mit der Koordinierungsstelle der KGK und die Teilnahme an der KGK.“* In einem anderen Kreis (Pilot 7) fand ebenfalls eine Einbindung in die Sitzungen der KGK und in den Lenkungskreis der KGK statt.

In einem weiteren Pilotlandkreis (Pilot 4) wurde eine **gemeinsame Gesundheits- und Pflegekonferenz** zum Thema „Pfleger im Fokus“ durchgeführt. *„Des Weiteren finden regelmäßige Absprachen sowie Austauschgespräche statt. Es wurden gemeinsame Themen gefunden, die in den nächsten Jahren verstärkt in Zusammenarbeit bearbeitet werden sollen.“* (Pilot 4)

Zum Teil **ruhten** im beobachteten Förderzeitraum auch die **Kooperationen** zwischen Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz, da das Personal der Gesundheitskonferenzen mit in die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie einbezogen war und/oder die Kooperation nach einem Personalwechsel erst wieder gefestigt werden musste.

Die Kooperation gelingt offensichtlich dann besonders gut, wenn sowohl die **institutionellen Rahmenbedingungen** passen und auch die **handelnden Personen** an der Kooperation interessiert sind. Aus einem der Pilotlandkreise wird von der Koordinatorin berichtet, dass die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz sehr gut funktioniert, weil beide Konferenzen im gleichen Gebäude untergebracht sind und darüber hinaus gute persönliche Arbeitsbeziehungen bestehen. Tatsächlich haben auch einzelne Koordinator*innen vor der Bearbeitung der Pflegekonferenz bereits berufliche Erfahrungen in Gesundheitskonferenzen gesammelt und können so die Denklage der jeweils anderen Konferenz nachvollziehen und verbinden.

Die **Pflegekonferenzen** zeichnen sich bislang durch eine **besondere Charakteristik** aus, die bei einer zukünftigen Koppelung mit der Gesundheitskonferenz beachtet werden müsste:

- Durch 18monatige Förderung befinden sich die Pflegekonferenzen derzeit noch in der **Phase der Implementierung**. Es ist zu beobachten, dass die angestrebte Arbeitsweise der kooperativen Bearbeitung (Netzwerke für Menschen bis ins Quartier schaffen) im Feld von Pflege und Versorgung einen Paradigmenwechsel darstellt und dies gilt sowohl intern in den Verwaltungen als auch extern in der Vernetzung von Akteur*innen;

- Der **hauptsächliche Benefit** der Pflegekonferenzen besteht momentan darin, dass unterschiedliche Akteure mit ihren Eigeninteressen miteinander ins Gespräch kommen (Klinikvertretungen, ambulante und stationäre Pflege, Seniorenräte, Kreisräte, Bürgermeister*innen) und dass in großen Landkreisen auch Transparenz, über die bereits bestehenden „Leuchtturmprojekte“ erreicht werden kann;
- Es werden derzeit in den Pflegekonferenzen eher **kleinere, abgegrenzte Projekte** umgesetzt (z. B. Initiierung Wohnberatung, digitale Heimplatzvergabe im Landkreis, Sicherstellung von gerontopsychiatrischer Versorgung im Stadtkreis), **dominierend ist dabei der Erfahrungs- und Informationsaustausch**;
- Es gibt im Bereich Pflege und Versorgung **brennende Themen**, wie z. B. Digitalisierung und Fachkräftemangel, die weniger auf Landkreisebene bearbeitet werden können; hier wird eine **Mehrebenenperspektive** notwendig (Stadtteil – Gemeinde – Landkreis – Land – Bund);
- Alltagsunterstützung bei Pflegebedürftigkeit ist ein Thema, das im Kontext von „ambulante“ vor „stationär“ bearbeitet werden muss, dafür ist Vernetzung der Akteur*innen zwingend notwendig;
- Da die Themen der Pflegekonferenzen eine hohe Bedeutung für die Daseinsvorsorge auf der Gemeindeebene haben und es keine verpflichtende Zuständigkeit für die Pflege im kommunalen Setting gibt, sollten zukünftige Förderkonzepte eine verbindliche Zusammenarbeit von Landkreisen mit kreisangehörigen Kommunen vorsehen.

Die Einordnung der Pflegekonferenzen in die bestehenden Strukturen der Gesundheitskonferenzen können das **Potenzial**, das in Pflegekonferenzen entwickelt wird, **nicht selbstverständlich weiter gewährleisten**. Es werden zukünftig Herangehensweisen und Förderkonstrukte benötigt, die den spezifischen Anforderungen aus dem Pflegesektor gerecht werden. Wenn man Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz organisatorisch „zusammen denkt“, dann:

- Ist die **Ressourcenfrage** eine zentrale Frage für beide Konferenzen. In Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen gibt es eine Schnittmenge von Akteur*innen (Sozialbereich und Verwaltung) aber auch sehr unterschiedliche Akteur*innenkonstellationen. Beide Konferenzen benötigen eine verlässliche und kontinuierliche Begleitung und Geschäftsführung. Für die Gesundheitskonferenzen ist dies bereits gegeben. Die Geschäftsführungen, insbesondere für die Pflegekonferenzen, haben mit dem Netzwerkansatz und der Quartiersausrichtung

innovative Zielsetzungen, die aufgrund des demografischen Drucks zwingend bearbeitet werden müssen.

- Während Gesundheitskonferenzen stärker an **medizinischen Professionen** orientiert sind, sollten in den Pflegekonferenzen sehr verschiedene Professionen und Akteur*innen der Zivilgesellschaft kooperieren. Diese Vielseitigkeit sollte sich im Kooperationssetting abbilden. Das erfordert Anpassung der Strukturelemente der Gesundheitskonferenz, wenn man die Pflegekonferenz mit der Gesundheitskonferenz koppeln möchte. Gesundheitskonferenzen und Pflegekonferenzen sind **unter einem Dach denkbar**, dann sollte Folgendes gewährleistet werden:
 - **Versäulung intern und extern angehen**, das bedeutet intersektorale Zusammenarbeit zwischen den Akteur*innen des Wohlfahrtsmixes (Freie Träger, Zivilgesellschaft, Kliniken, Ärzte, Kommunen) und intern vernetzte Arbeit in den Abteilungen und Dezernaten der Landkreise;
 - **Verstetigung der Zusammenarbeit** nicht nur projektbezogen oder anlassbezogen gewährleisten;
 - **Intelligente Verknüpfung von Gesundheits- und Pflegekonferenzen** entwickeln, als Beitrag zu einer nachhaltigen Förderung analog der Nachhaltigkeitsziele der Agenda 2030 (z. B. Gesundheit und Wohlergehen, nachhaltige Städte und Gemeinden, weniger Ungleichheit, Partnerschaften zur Erreichung der Ziele).

Insgesamt sollten für eine Kopplung von Gesundheits- und Pflegekonferenz die **strategische Zielsetzung und Ausrichtung** angepasst werden: Will man die Versäulung, die Krankheitsorientierung und die Fragmentierung angehen, dann sollte man sektorenübergreifende Ansätze in allen Bereichen (Gesundheit, Pflege, Versorgung) auf die Agenda nehmen und förderlich unterstützen. Das kann in einer Region eher zum Thema Gesundheit gelingen, in einer anderen eher im Pflege- und Versorgungsbereich. Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz sind unterschiedliche Tools in diese Richtung. Hier kommt eine Herangehensweise zum Tragen, die in der integrierten Sozialplanung bereits als Leitkonzept fest verankert ist. Die **integrative Qualität ist zu fördern**, unabhängig davon ob als Gesundheitskonferenz oder Pflegekonferenz ausgeschrieben.

Des Weiteren ist die **Ebene der Durchführung zu beachten**. Auf kommunaler Ebene dürften sich Gesundheitskonferenz und Pflegekonferenz schnell Konkurrenz machen, da die Zeitressourcen der Akteur*innen begrenzt sind. Auf dieser Ebene braucht es auf jeden Fall immer eine Verknüpfung.

Als Governanceform ist die Implementierung in beiden Kontexten anspruchsvoll und benötigt Ressourcen, wenn man mehr erreichen will als nur Transparenz und Information. In Zeiten begrenzter Ressourcen wäre es hilfreich, wenn interessierte Standorte eine Priorisierung und Akzentuierung ihrer Schwerpunkte in Bezug auf die Zielsetzung „sektorenübergreifende Gesundheit, Pflege und Versorgung“ leisten könnten.

Die Frage, ob Pflegekonferenzen unter dem Dach der Gesundheitskonferenzen weitergeführt werden können, ist zu kurzgefasst. Beide Formate leisten eigenständige Beiträge zur Gesunderhaltung, Versorgung und Pflege sowie zum Paradigmenwechsel der Vernetzung und der lebensweltlichen Ausrichtung. Deshalb sollte es zukünftig eher um eine Verknüpfung gehen, die wesentliche Nachhaltigkeitskriterien berücksichtigt und die interne und externe Versäulung bei der Themenbearbeitung aufbricht. **Eine parallele Verstetigung macht strategisch wenig Sinn.** Sie könnte sogar zum Gegenteil führen, nämlich einer neuen Art von Versäulung in den Dezernaten der Landkreise. Eher sollte es um eine kreative Kombination der Ansätze gehen, die sich dann auch fördertechnisch manifestieren müsste.

6.1.3 Der Quartiersbezug: Wie reichen Pflegekonferenzen in Sozialräume hinein?

Quartiersentwicklung stellt seit 2018 ein starkes Anliegen der Landespolitik in Baden-Württemberg dar und ist mit einem breiten eigenen Förderprogramm unterlegt. Deshalb ist es nachvollziehbar, dass auch das Förderprogramm Pflegekonferenzen diesen Bezug aufgreift. Von Interesse ist die Frage, welche Rahmenbedingungen und welche Modalitäten der Durchführung vor allem dazu beigetragen haben, dass Pflegekonferenzprozess bis in den Sozialraum hineinzuwirken vermochten. In der Begleitung der Pilote zeigten sich die Merkmale, unter denen Quartiersbezug gelingt, besonders deutlich.

In einem der Pilotlandkreise wurden neben der Landkreisverwaltung zusätzlich die Städte 15 und 16 mit stadtteilorientierten Varianten von Pflegekonferenzen in die Evaluation einbezogen. Zusätzlich zu den beteiligten Stadtkreisen eröffnete sich damit die Möglichkeit, der Frage von Quartiersbezug detailliert nachzugehen.

Der erlebbare, gemeinsame Bezugsrahmen schafft Nähe: In Stadtkreisen ist dies im Vergleich zu Landkreisen – und hier besonders den ländlich geprägten von der Struktur her gegeben. Das erleichtert den Zugang zur Quartiersebene auch in großen Städten. Können sich Stadtkreise auch noch auf fortgeschrittene sozialraumorientierte Arbeit mit Verankerung von Quartierskoordinator*innen in Stadtteilen oder konzeptionelle Grundlagen wie bspw. das Rahmenkonzept „Sorgende Gemeinschaften“ oder ein seniorenpolitisches, dezentral

ausgerichtetes Gesamtkonzept stützen, sind die Vernetzungsprozesse von Beginn an inhaltlich auf Quartiersbezüge ausgerichtet. Landkreise können einen solchen Bezugsrahmen befördern, wenn sie über eine professionelle Sozialplanungsinfrastruktur verfügen, die nach dem Leitkonzept der integrierten sozialraumbezogenen Sozialplanung arbeitet. Ein Flächenlandkreis mit diesen Voraussetzungen setzt bspw. Vernetzung in einem agilen Format um.

Die verbindliche Kooperationspartnerschaft mit den örtlichen kommunalen Strukturen (hier den Ortsvorsteher*innen) wird systematisch praktiziert: Es wird großes Gewicht gelegt auf eine strukturelle Verankerung der Themen in Stadtteilen bspw. über die Etablierung ehrenamtlicher Ansprechpersonen (Stadt 15). Orte der Begegnung werden gesucht und durch Verknüpfung mit örtlichen Ressourcen und in Kooperation gefunden (DRK, Kirchengemeinden, Vereinsheime).

*Die KPK ist ein gutes Instrument um Vernetzung zwischen den Akteur*innen herzustellen und gemeinsam kommunale Projekt umzusetzen, da die Arbeitspakete auf mehrere Schultern verteilt werden. Dennoch muss ich auch sagen, dass die Hauptarbeit immer bei den zuständigen Personen (Beauftragte der Pflegekonferenz) im Landkreis bleibt. Aus diesem Grund kann eine KPK nur effektiv arbeiten, wenn auch personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Also eine Stelle für die Beauftragte der Pflegekonferenz ist zwingend notwendig. (5 Pilot 6/ D)*

Die Bürgerorientierung vermittelt sich in Haltung, Arbeitsweise und Methodik der Vernetzungstreffen. „Wir sind ins Gespräch gegangen“ (Stadt 15). Das drückt sich auch in der Sprachgebung aus. In den beiden Piloten heißen Pflegekonferenzen „Gut älter werden in ...“. Sie haben durchgängig Workshopcharakter mit einem kommunikationsfreundlichen Setting (bspw. Sitzordnung), richten sich verstärkt an Bürger*innen und erkunden deren Perspektiven. Von Dienstleisterseite beteiligt sich vor allem die operative Ebene. Es werden Bürgerbefragungen und Stadtteilbegehungen in anderem Kontext durchgeführt, an dem sich auch Wohnbaugesellschaften und Vertreter*innen anderer Ämter beteiligen. Man geht in die Lebensräume der Menschen. Dadurch beteiligen sich andere und mehr Personen. Authentizität und Resonanz sind besser gewährleistet. Den Raumbezug haben auch andere Piloten praktiziert. Es zeigte sich, dass der Raumbezug zwar den Bezugsrahmen verbessert, aber ohne verbindliche kommunale Bezugspartner*innen die Umsetzung schwach bleibt.

Quartiersbezug - so umgesetzt – mobilisiert Handlungsbereitschaft bei den Akteur*innen und bei den Initiator*innen. Die brennenden Themen werden sichtbar: „Es ist schwierig, in der jetzigen Situation zu handeln.“ Mangel an Pflegekräften treibt um und besorgt. Die Beteiligten werden gehört und fühlen sich wahrgenommen. Sie erfahren eine Aufwertung. Bürger*innen fordern Umsetzung ein. Bedarfe werden umfassender erkannt: „Wow, es sind

mir viele Dinge klar geworden.“ Umsetzungsverantwortung bei den kommunalen Partner*innen wird durch klare Bürger*innenerwartungen aktiviert: *„Wir wollen nicht wieder Karten schreiben.“* Es entsteht Verständnis für die Art von Infrastrukturelementen, die erreicht werden können: Es handelt sich um kleine Elemente, nicht um Lösungen für „große Infrastrukturfragen“ wie stationäre Einrichtungen. Vertrauen und Glaubwürdigkeit wachsen. Die Stadtverwaltung wird nahbar. Ortsvorsteher*innen rücken näher. Die Stadtverwaltung wird aktiv genutzt. Es entsteht gegenseitige Resonanz. Neues Engagement mit gewisser Selbstorganisation entsteht: kleine Infrastrukturelemente wie Mittagstisch oder eine Bürgergruppe für Nachbarschaftsgespräche. Die Methodik wird „geschliffen“: Bürgerorientierung und Fachlichkeit passt nicht immer zusammen. Es gilt, eine Atmosphäre zu schaffen *„Heimelig...“* und Treffen mit überschaubaren Größen durchzuführen.

Der Quartiersbezug – so umgesetzt - verortet die beteiligten Partner*innen aus Verwaltung, schafft Bereitschaft für integriertes Arbeiten und baut Kompetenzen auf: *„Wenn wir nicht so zusammenarbeiten, funktioniert es nicht.“*(Stadt 16)

Bedarfe werden erschlossen. Passung von Planung und Umsetzung wird verbessert. Die Glaubwürdigkeit als bürgerorientierte Kommune nimmt zu. Ämterperspektiven und versäultes Denken werden aufgebrochen. Es entsteht Verständnis für Zusammenhänge, wenn sie in die Treffen involviert werden. *„Der ältere Mensch wird stärker mitgedacht.“* (Stadt 16) Arbeitsweisen werden angepasst. Man bemüht sich um eine konzeptionelle Schärfung, so dass integrierte Planungs- und Handlungsansätze für die Zukunft angestoßen werden wie bspw. ein inklusives Stadtentwicklungskonzept oder ein Quartiersentwicklungskonzept in einem anderen Referat. Sozialräume können präzisiert werden: Wie groß mache ich Quartiere? Was sind historische Grenzen? Lücken in der Zusammenarbeit innerhalb der Verwaltung und Schwachstellen werden deutlich. *„Man müsste den Ansatz der übergreifenden Arbeit in der Verwaltung betreiben.“*(Stadt 15)

Kurz zusammengefasst: *„Der Dialog vor Ort ist das allerwichtigste“* (Stadt 15): das Setting ermöglicht Aufwertung, Lebensweltprägung (informelle Kleidung), Authentizität, Selbstvertrauen: *„Ich darf reden...“*. *„Viele wären nicht ins Rathaus gekommen.“*(Stadt 15). Professionelle Anbieter*innen stehen durch den thematischen und Rollenschwerpunkt nicht im Mittelpunkt, sondern die Stadt als Dienstleisterin für Bürger*innen. Diese Vorgehensweise entflieht professionelle Bereiche, ist fokussiert auf Themen und Zielgruppen. Der Mehrwert besteht in der Bündelung von Ressourcen (z. B. Raumnutzung in Kooperation mit Vereinen und Kirchen) und in der Mobilisierung der Bürgerschaft und nachhaltige Beteiligung stadtteilbezogen im Kleinen.

Es ergeben sich strategische Impulse für integrierte Arbeitsweise in der Stadtverwaltung: Ämterübergreifende Planungen werden anvisiert. Schnittstellenfragen mit der Quartiersarbeit werden deutlich: wie verknüpft man Zielgruppenansatz mit übergreifender Zuständigkeit von Quartiersarbeit? Konzeptionelle Unklarheiten werden sichtbar. Es wird erkannt, wie wichtig es ist, auf mehreren Ebenen tätig zu sein. Es kommt zu einer Annäherung und engeren Kooperation mit der Altenhilfefachberatung des Landkreises. „Strukturelle Lücken“ werden deutlich: Überdenken der Strukturen für Regelkommunikation: Es bräuchte eine Plattform, die die Seniorenarbeit in der Stadt mit der Seniorenarbeit im Landkreis verknüpft; einen bisherigen Beirat umbauen. Gestaltungs- und Experimentierräume für Vernetzungsaktivitäten sind unverzichtbar, um auf die lokalen Besonderheiten angemessen antworten zu können.

6.2. Pflegekonferenzen und Besonderheiten der lokalen Rahmenbedingungen

6.2.1 Besondere Merkmale aus der Perspektive der Koordinatorinnen: Interne Perspektive

Pflegekonferenzen stellen Stadt- und Landkreisverwaltungen und hier die Koordinator*innen vor Gestaltungsaufgaben. Welche Faktoren heben die Koordinator*innen in der Gesamteinschätzung der Projektphase hervor?

Der Faktor Potenzial: Pflegekonferenzprozesse sind ausgelegt auf Vernetzung. Diesem Anliegen wird strategisches Potenzial zugeschrieben, sei es im Blick auf integrierte Sozialplanung, der Schaffung neuer Strukturen oder verbesserter fachlicher Lösungen - allerdings nur unter der Voraussetzung ausreichender finanzieller und fachlicher Ressourcen, die eine Verstetigung von Netzwerkarbeit zulassen.

Die KPK bietet viel Potenzial, da hier ein großes Netzwerk entstehen kann. Allerdings steht und fällt einiges mit der jeweiligen Beteiligung der Teilnehmenden. Nur wenn diese auch ein Netzwerk sein wollen und gemeinsam an Problemfällen arbeiten, können größere und praktischere Lösungswege entstehen. Man muss sich davon lösen nur in den eigenen Strukturen zu denken. Ob dies gelingt, wird sich im nächsten Jahr zeigen. (LKR 17/ D)

Der Faktor Ressourcen: Koordinator*innen stellen sich die Ressourcenfrage personell, fachlich-konzeptionell und finanziell.

Wenn mit der Kreispflegekonferenz und den daraus entstehenden Arbeitsgruppen mehr erreicht werden soll, muss eine Personalressource geschaffen werden. Die Leitung der Kreispflegekonferenz sollte gute Einblicke in die Strukturen des Landkreises haben, gut vernetzt sein und sozialplanerisch vorgebildet sein. (A)

Der Faktor Können: Pflegekonferenzen und begleitende Maßnahmen erfordern einen erheblichen Organisations- und Kommunikationsaufwand, wenn die angestrebten Ziele wirksam verfolgt werden sollen. Das gilt sowohl für die Interventionen mit Akteur*innen im Feld als auch in der eigenen Organisation. Personelle Ressourcen allein reichen nicht aus. Es benötigt „Wollen, Sollen und Können“. Beteiligungsqualität zu fördern und zu erreichen, ist voraussetzungsreich.

Wichtig ist ein partizipativer Charakter der Konferenzen und eine Themenauswahl mit Fingerspitzengefühl, damit man nicht an der Praxis vorbeiredet. (A)

Was bis jetzt erreicht wurde, wird als Anfang gewertet, der besondere Ressourcen für eine Verstetigung braucht und in der Umsetzung weiterentwickelt werden kann.

Der Faktor Zufriedenheit durch Selbstwirksamkeit: Bei den Koordinator*innen gibt es eine hohe Zufriedenheit mit den Ergebnissen. „*Absolut richtig, wichtig und sinnvoll.*“ (Stadt 15/ A) Die Gesamteinschätzungen der Koordinator*innen sind stabil. Die Bewertungen verändern sich nicht wesentlich zwischen dem Einstieg und der Abschlussbefragung. Der Prozess wird mehrheitlich als positiv und zufriedenstellend bewertet.

*Aus meiner Sicht sind Pflegekonferenzen sinnvoll und man benötigt Pflegekonferenzen, um die Herausforderung im Vor- und Umfeld der Pflege gemeinsam mit den Akteur*innen, Kommunen und Bürgern zu bewältigen. (A)*

Dazu tragen die wahrgenommenen Ergebnisse und positive Rückmeldungen von Teilnehmenden bei.

Eine überwältigende Anzahl an Zustimmung zu unserer Tagung (Inhalte und Ablauf) und der Wunsch nach Fortsetzung der Begegnungsmöglichkeiten untereinander. (10 LKR 20/ D)

In der Umsetzung der Maßnahmen erfahren die Koordinator*innen Selbstwirksamkeit.

Die KPK war ein Gewinn, weil es gelungen ist, wichtige Themen zu platzieren und gezielt weiterzuentwickeln. (A).

Der Faktor Anstrengung: Bereichsübergreifend oder gar intersektoral tätig zu sein in versäulerten Verhältnissen verlangt den handelnden Personen viel ab.

...Allerdings ist es ein sehr langer und mühsamer Prozess. Vor allem durch die Pandemiesituation war der Start und auch der gesamte Durchführungszeitraum nicht einfach und eher mit einem steinigen, langen Weg zu beschreiben. (A)

Der Faktor Zuversicht: Eine Weiterführung von Maßnahmen und Anliegen aus den Pflegekonferenzen bzw. die Durchführung weiterer Vernetzungstreffen halten im Durchschnitt drei Viertel der Koordinator*innen für durchaus wahrscheinlich.

6.2.2 Besondere Merkmale aus der Perspektive der Prozessbegleitung der Pilote: Externe Perspektive

Die geförderten Landkreise unterscheiden sich nach Siedlungsstruktur und Einwohnerzahlen der kreisangehörigen Kommunen. Vor diesem gesetzten Ausgangsszenario agieren die Akteur*innen der Kreisverwaltung in Bezug auf das Arbeitsfeld „Pflege“ sehr unterschiedlich. Zum Teil dominieren starre hierarchische Vorgehensweisen innerhalb der Verwaltung, zum Teil ist aber auch vernetztes Arbeiten über Dezernate und Abteilungen eingeübte Praxis, die oft in der integrierten Sozialplanung ihren Ursprung hat.

Vor diesem Hintergrund sollen, sozusagen aus der Landkreisverwaltung heraus, Vernetzungen mit Akteur*innen aus Kreiskommunen, Wohlfahrtsverbänden und Gesundheitsdienstleistenden initiiert werden. Die Koordinatorinnen nehmen diese Aufgabe mit großer Motivation wahr.

Die potenziellen Teilnehmenden handeln jedoch aus unterschiedlichen Sektorenlogiken heraus und verfolgen eigene Interessen, wenn sie sich an Pflegekonferenzen beteiligen. Für den Lenkungskreis eines Landkreises bedeutet dies, dass Themen gesetzt und unterschiedliche Arbeitsgruppen angestoßen werden sollten, die für einen bestimmten Teilnehmer*innenkreis interessant sind und in denen Schnittstellenproblematiken bearbeitet werden können. Dabei entwickeln die Koordinator*innen unterschiedliche Strategien und Formate der Beteiligung.

Tatsächlich gelingt es in allen untersuchten Land- und Stadtkreisen Informations- und Kommunikationsprozesse in Gang zu setzen, die prozesshaft angelegt sind. Es erfordert jedoch ein hohes Maß an Sensibilisierung und Kommunikation, um das Format der Pflegekonferenz bekannt zu machen und Interesse bei verschiedenen Teilnehmer*innengruppen zu wecken. Gegenüber ihren Kommunen nehmen die Kreise unterschiedliche Haltungen ein. Z. B. sehen sich die Akteur*innen in einem Flächenlandkreis selbst als Dienstleister*innen, die alle überwiegend kleineren Gemeinden im Kreis beraten möchten; in einem anderen Kreis wird versucht, einzelne kreisangehörige Kommunen zur gemeinsamen Problembearbeitung zu gewinnen. Insbesondere im ländlichen Raum, mit kleinen Gemeinden, die nur über limitierte Personalressourcen verfügen, ist diese Kooperation von den Bürgermeister*innen zum Teil sehr erwünscht, zum Teil wird aber auch mit Zurückhaltung reagiert.

Es kann festgehalten werden, dass es in allen Pilotlandkreisen gelingt, Informations- und Kommunikationsprozesse in Gang zu setzen. Diese sind interprofessionell angelegt, eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit gelingt innerhalb des zeitlich limitierten Formates und vor dem Hintergrund von unterschiedlichen Systemlogiken nur punktuell. Die Kooperation mit Kreiskommunen im ländlichen Raum könnte durch ein angepasstes Förderszenario unterstützt werden, in dem sowohl die teilnehmenden Kommunen als auch

der Landkreis als Partner agieren, damit eine Förderung erzielt werden kann. Dieses Vorgehen ist im Förderprogramm „Quartier 2030“ bereits etabliert.

6.3. Pflegekonferenzen als kooperatives Steuerungsinstrument

Das Förderprogramm „Pflegekonferenzen-Netzwerke für Menschen“ beinhaltet einerseits eine strukturierte Anleitung zur Umsetzung des Instruments kommunaler Pflegekonferenzen. Andererseits enthält es eine grundlegende Perspektive für kooperatives staatliches Handeln im Verständnis zeitgemäßer Governancekonzepte. Im Mittelpunkt stehen dabei ein verändertes Steuerungsparadigma und –praktiken, die das Verhältnis zwischen dem staatlichen und den anderen Sektoren stärker kooperativ ausrichten. Dies kommt plakativ zum Ausdruck in der Beschreibung „Governance with Government“ versus „Governance by Government.“ Dieses Verständnis klingt im Förderprogramm allerdings nur an und ist nicht weiter bestimmt. Aus der Governanceperspektive sind Instrumente und Plattformen, wie sie in den Pflegekonferenzen erprobt wurden, darauf angelegt Handlungskoordination zwischen den Akteur*innen zu verbessern. Der Prozessaspekt steht gegenüber dem Strukturaspekt im Vordergrund. In der Analyse des Förderprogrammes ergeben sich zwei weitere Merkmale.

Es geht nicht nur um die allgemeine Handlungskoordination der beteiligten Akteur*innen, sondern um ein zielgesteuertes Zusammenwirken, so dass sich a) Unterstützungsstrukturen entwickeln können, die bis in Sozialräume hineinreichen und b) Zusammenarbeit mit Netzwerkqualität entsteht. Der Mehrwert von Pflegekonferenzen erweist sich dann in drei Aspekten:

- in einer verbesserten Handlungskoordination der Akteur*innen;
- in einer wirksamen und systematischen, sektorenübergreifenden Umsetzungspraxis bis in den Sozialraum hinein;
- in einer verstärkten kooperativen Steuerungsqualität.

Aus fachlicher Sicht finden sich ähnliche Ansätze in den Konzepten integrierter, sozialraumorientierter Sozialplanung. Aus verwaltungsbezogener Sicht sind ausdrückliche Leitbilder und Selbstverständnis von Stadt- und Landkreisen als Scharnier gefragt sowie Strukturen für die Zusammenarbeit mit der Stadtteilebene bzw. mit kreiseigenen Kommunen. Wie sind die Prozesse im Umfeld von Pflegekonferenzen unter diesen Aspekten einzustufen?

6.3.1 Verbesserte Handlungskoordination

An allen Standorten wurden Pflegekonferenzen initiiert und durchgeführt. Die professionellen Player aus den dominanten Versorgungsbereichen konnten aktiviert, Information und Kommunikation zum Thema „Pflege“ umgesetzt werden. Inhaltlich und fachspezifisch wurden die Programmanforderungen sehr gut „abgearbeitet“. Aus der quantitativen Abschlussbefragung wird auch ersichtlich, dass die Koordinatorinnen in keinem Landkreis als „Einzelkämpfer*innen“ agieren müssen. Die Einbindung in die Landkreisverwaltung findet teilweise systematisch, teilweise ohne konkrete konzeptionelle Verknüpfung statt.

Aus Sicht der Koordinator*innen tragen die bisherigen Pflegekonferenzprozesse mehrheitlich zur Verbesserung der allgemeinen Handlungskoordination bei. Es wird Sensibilisierung erreicht für aktuelle Themen wie „Sorgende Gemeinschaften“ oder Fachkräftegewinnung. Es kommt zu neuen Informationsplattformen. Der Benefit durch neue Projekte wird seltener genannt (vgl. S. 63).

Es gelingen Impulse zur Weiterentwicklung der Arbeit von Akteur*innen von Versorgung und Unterstützung, indem Ressourcen für Netzwerkarbeit und professionelle Durchführung zu Verfügung steht. Pflegekonferenzen können damit Beiträge zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung leisten. Die Benefits (Abschlussbefragung n = 21) berühren Aspekte der Inhaltsqualität (Steuerung von Themen und Inhalten), der Prozessqualität (auf die Bearbeitungs- und Kooperationsqualität) bis hin zur Ergebnisqualität (Art und Umfang der praktischen Umsetzung).

Für die organisierenden Stadt- und Landkreise erleichtern Pflegekonferenzen beteiligte Planung und Steuerung für das regionale Agendasetting. Akteur*innen werden sensibilisiert für regionale Agenden und können sich neue Ressourcen erschließen. Orientierungs- und Lernprozesse entstehen für diejenigen, die mitwirken, besonders für die Initiator*innen, in Steuerkreisen und Arbeitsgruppen.

Überwiegend werden die Anbietenden von Unterstützungs- und Pflege(dienst)leistungen erreicht. Eine tatsächliche sektorenübergreifende Kooperation, in die Verwaltungen, Zivilgesellschaft, und die politische Ebene integriert sind, gelingt an wenigen Stellen (z. B. in einzelnen Lenkungskreisen) oder in begleitenden Plattformen (z. B. Woche der Pflege) oder punktuell durch einzelne Vertreter*innen aus diesen Sektoren in den Pflegekonferenzen. Aus der Governance Perspektive werden Capacity-Building und eine verbesserte strategische Ausrichtung als Potenziale für Beteiligte regionaler Netzwerke herausgestellt.

6.3.2 Systematische, sektorenübergreifenden Umsetzungspraxis (bis in den Sozialraum)

Pflegekonferenzen konnten, vor allem über Arbeitsgruppen und enge Verknüpfung mit Sozialräumen, Stadtteilen und örtlichen Vertretungsstrukturen, praktische Entwicklungen in Form von Produkten oder themenbezogenen Maßnahmen in Gang bringen (vgl. Praktische Ergebnisse und Produkte S. 72). Koordinator*innen sind zudem handlungsorientiert. Allerdings schätzen auch die Koordinator*innen die Umsetzung praktischer Vorhaben am schwächsten ein. Gemessen an den anfänglichen Erfolgserwartungen ist diese Bewertung gut nachvollziehbar. Die erzielten Ergebnisse erleichtern zum Teil die Arbeit der Beteiligten (z. B. durch Informationsplattformen, neue Netzwerke, neue Förderressourcen). Es entstehen zwar neue Projektideen, aber deren Umsetzung ist oft an weitere Kooperationen oder Personalressourcen gebunden. Lebensweltbezogene Umsetzung als Ziel der Land- oder Stadtkreisebene erfordert eine Orchestrierung von Ressourcen und Handlungsverantwortung („Hutträger*innen“) und deren Verortung im Handlungsfeld von Stadt- bzw. Landkreis bzw. Kommunen.

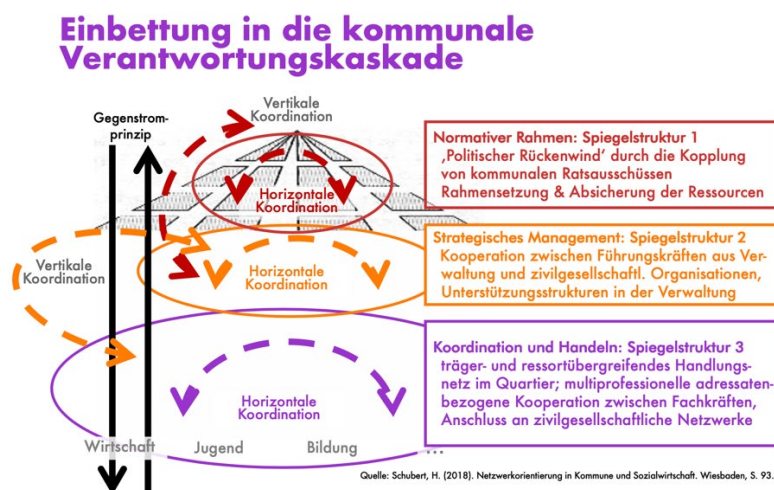


Abbildung 18: Verknüpfung der Ebenen nach Schubert (2018)

Wie bereits im Quartiersbezug diskutiert, erfordert eine wirksame Umsetzung bis in den Sozialraum hinein die Verknüpfung verschiedener Handlungsebenen. Was jedoch über alle Standorte weniger sichtbar wurde, war die Beteiligung politischer Entscheider*innen, z. B. Bürgermeister*innen, Gemeinderäte, Kreisräte, so dass die Ergebnisse der Pflegekonferenz und sich daraus ergebende politische Umsetzungen nicht systematisch stattfanden. Die verschiedenen Umsetzungsebenen werden in der Regel nicht systematisch einbezogen, so dass die Ergebnisse auf der Informations- und Kommunikationsebene bleiben und nicht

weitertransportiert werden (vgl. hierzu Schubert 2018). Landkreise oder Stadtkreise, die bereits integrierende Sozialplanung betreiben, gelingt es eher die rein fachliche Binnenperspektive zu verlassen und die politische und fachliche Perspektive zusammenzudenken. Insbesondere Stadtkreise sind hier im Vorteil. Es ist deshalb nicht überraschend, dass sie dort einfacher zu leisten ist, wo Nähe oder eine Verknüpfung zur Lebenswelt von Bürger*innen oder mit Strukturen besteht, die weit dort hineinreichen.

Man kann die begrenzte Umsetzungspraxis mit einschränkenden Bedingungen wie der Pandemie, dem kurzen Projektzeitraum oder mit den begrenzten Ressourcen in Verbindung bringen. Grundlegender erscheint aber die bisherige Organisation von Umsetzungsverantwortung. Folgt man der Evidenz aus großen Stadtentwicklungs- und Quartiersprogrammen, dann bleibt die kommunale Ebene der „Tatort“ für Umsetzungsprojekte, gerade wenn bürgerschaftliches Engagement berührt wird. Allerdings sehen sich gerade kleine Kommunen und Kommunen im ländlichen Raum nur sehr begrenzt in der Lage, komplexere Neuerungen, die durch Landkreise aufgrund ihrer inhaltlichen Zuständigkeit angeregt werden, umzusetzen. Umsetzungspraxis kann an Momentum gewinnen, wenn es gelingt, Ressourcen in die Kommunen zu bringen oder zu bündeln und Kommunen bei den sogenannten Transaktionskosten zu entlasten. Vernetzungsarbeit zählt dazu.

Im Blick auf Pflegekonferenzen bedeutet es, dass die Umsetzungspraxis vertieft werden kann, wenn in der Vernetzung und Verknüpfung diese besondere Verantwortungsorganisation in mehreren Ebenen berücksichtigt wird. Hier zeigt sich ein Potenzial von Vernetzung im Versorgungs- und Unterstützungsbereich, das in der bisherigen Gestaltung der Pflegekonferenzprozesse nicht systematisch zum Tragen gekommen ist. Die kommunale Ebene der Verwaltung wie auch der Entscheider*innen sowie die Ebene der Zivilgesellschaft werden bisher eher punktuell als systematisch beteiligt. Im Förderprogramm gab es keine Anreize für die Zusammenarbeit der Ebenen. Das Verständnis von Landkreisen für die Ausgestaltung der Bindegliedfunktion zwischen Landes- und kommunaler Ebene prägt die Herangehensweise, stellte aber konzeptionell keine Voraussetzung für die Förderung dar.

Wenn Pflegekonferenzen nicht nur allgemeine Handlungskoordination verbessern sollen, sondern einen spezifischen Beitrag zu sektorenübergreifenden Ansätzen der Zusammenarbeit bis in die Lebenswelt hinein leisten sollen, dann braucht es auch eine systematische Berücksichtigung und Bearbeitung der staatlichen und zivilgesellschaftlichen Sektoren. Mehrebenen-Bezug und Intersektoralität sollten praktisch und konzeptionell stärker in die Gestaltung von Vernetzungsarbeit, bzw. in einer zukünftigen Förderpraxis einfließen. Bisher gelingt eine **interprofessionelle Vernetzung gut**.

Das kann auch bedeuten, dass man sich von flächendeckenden Prozessen und ausschließlich großen Formaten wie Konferenzen zugunsten exemplarischer, vor Ort gut verankerter und mitgetragener Prozesse verabschiedet. Konferenzen stellen ein Setting dar, das Verhalten und Erwartungen im Vorfeld stark steuern und an herkömmlichen, auch hierarchisch geprägten Kooperationsmustern und – rollen anknüpfen. Jedenfalls zeigt die Evaluation, deutlich, dass die für die Umsetzung notwendige Orchestrierung in kleineren, familiären, überschaubaren Settings wirkungsvoller gelingt (Stadt 16, Stadt 15, LKR 18, Pilot 1). Eine Verknüpfung mit der Stadt- bzw. Landkreisebene ist dabei aber notwendig, weil sie diese lokalen Initiativen in ihrer Nachhaltigkeit stärken kann.

6.3.3 Pflegekonferenzen und kooperative Steuerungsqualität

Unter einer Governanceperspektive erweist sich die Aufgabe und das Potenzial der Kommunalen Pflegekonferenzen darin, die Systemgrenzen, die sich durch die funktionale Differenzierung in der Altenhilfe ergeben, durch Kommunikation und Koordination zu bearbeiten und dadurch mittels wirksamer Formen des Interdependenzmanagements die Daseinsfürsorge für Bürgerinnen und Bürger zu verbessern.

Systemgrenzen sind in vielerlei Hinsicht vorhanden. Die Zuständigkeiten für die Altenhilfe, die in den einzelnen Gemeinden geleistet wird, sind zersplittert und decken unterschiedliche Bedarfe in der Pflege ab (z. B. ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Nachbarschaftshilfe). Die Städte und Gemeinden setzen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte, was die Daseinsvorsorge der Altenhilfe in der eigenen Kommune betrifft und die Akteur*innen sind in sehr unterschiedlicher Weise interessiert am Thema der Daseinsvorsorge für das Alter. Die Landkreisverwaltungen sind an verschiedenen Stellen mit der Weiterentwicklung der Infrastruktur beauftragt (z. B. Erhebung sozialplanerischer Daten, Errichtung von Pflegestützpunkten, Koordination der generalistischen Pflegeausbildung, Anerkennung von Qualifikationen nach § 45b). Neben den organisatorischen Systemgrenzen ergeben sich auch vielfältige Themenkonstellationen, die im Kontext von Pflegekonferenzen bearbeitet werden können. Pflegekonferenzen können demzufolge als Ermöglichungsräume verstanden werden, in denen Informations- und Vernetzungsprozesse in der Altenhilfe eines Landkreises neue Impulse bekommen. Mit der Organisation und Durchführung von Pflegekonferenzen findet hierzu ein Auftakt statt. Die weitere Vernetzung, die von der Pflegekonferenz ihren Ausgang nehmen soll, ist jedoch voraussetzungsvoll und hängt davon ab, inwiefern in der Landkreisverwaltung heterarchische Organisation bereits eingeübt ist, welche Vernetzungserfahrungen die Koordinator*innen mitbringen und welche Vernetzungsoptionen des Landkreises in die Kommunen hinein bestehen.

Landkreise können als „Scharnier“ zwischen Kreiskommunen und Land gedacht werden. Ihre Funktion wird vom Landkreistag als Bindeglied zwischen der Landes- und der kommunalen Ebene gesehen. Welche Rolle der Landkreis einnehmen kann, ist überdies auch von der Siedlungsstruktur des Kreises abhängig. Spielen die verschiedenen Ausgangsbedingungen gut zusammen, dann kann die Pflegekonferenz ein Impuls für weitere Vernetzungen und daraus folgende Angebote für Pflegebedürftige sein. Sind die Gelingensbedingungen ungünstig, dann stagnieren die Vernetzungsaktivitäten nach der Pflegekonferenz bzw. kommen immer nur dann in Bewegung, wenn weitere Ressourcen in die Koordination investiert werden (können).

An den evaluierten Standorten konnten drei Varianten beobachtet werden, wie Land- bzw. Stadtkreise diese Funktion im Blick auf die Implementierung von Pflegekonferenzen gestalten. Sie unterscheiden sich im Ausmaß und in der Art, wie kooperative Steuerung gestaltet wird.

In der **vorgebenden und initiierenden Variante** versteht sich die jeweilige Land- bzw. Stadtkreiskreisverwaltung steuernd und setzt den thematischen Rahmen und die Ausrichtung mit eigenen Akzenten fest. Die Arbeit orientiert sich an Produkten, die aus der Pflegekonferenz heraus entstehen sollen. Hier kommt am ehesten die Steuerungsqualität „Governance by Government“ zum Tragen.

Mit klaren Ausrichtungen arbeitet auch die Variante **„Dienstleister und Vernetzer für Kommunen bzw. Stadtteile“**. Die Pflegekonferenz wird stark um einen bestimmten Zweck herum organisiert, der vorher in einem engen Lenkungsreis bereits abgestimmt wurde (z. B. gerontopsychiatrische Versorgung im Landkreis neu organisieren). Netzwerke nach außen, über die Landkreisverwaltung hinaus werden initiiert. Im Dienstleistungsverständnis gegenüber Kommunen kommt ein stärker kooperativ grundiertes Steuerungsverständnis zum Tragen.

Ein dritte Variante zeichnet sich aus durch **kooperative Ansätze auf möglichst vielen Ebenen**. Es werden kleinere Formate mit Betonung des Workshopcharakters bevorzugt, oft dezentral. Die Durchführung wird mit den beteiligten Akteur*innen entwickelt oder stark abgestimmt wie bspw. in den Stadtteilkonferenzen der Pilotstädte. Hier wird die Steuerungsqualität „Governance with Government“ sichtbar.

6.4 Ausblick und Empfehlungen

Das Ziel der Förderung von Pflegekonferenzen ist es, „Netzwerke für Menschen“ zu initiieren und lokale Akteur*innen im Vor- und Umfeld der Pflege sowie der Pflege selbst zu vernetzen. Erreicht werden soll dadurch, dass sich für Menschen mit Pflegebedarf und deren Angehörige Transparenz über die Angebote vor Ort ergibt, dass Versorgungslücken identifiziert und in der Folge möglichst geschlossen werden und dass Präventionsangebote gemacht werden können.

In allen evaluierten Pflegekonferenzen gelingt es, Teilnehmende aus verschiedenen Professionen und verschiedenen Sektoren im Konferenzformat zusammenzubringen und Information und Kommunikation zu ermöglichen. Die Pflegekonferenz ist als kommunikatives Konzept angelegt und **an allen Standorten wird der Auftrag, der sich aus den Förderkriterien ergibt, erfüllt.**

Legt man darüberhinausgehend das Leitbild von Governance an, kann konstatiert werden, dass die Vernetzung überwiegend in der Kommunikationsleistung besteht und kommunikativer Logik folgt und nur in Einzelfällen der Governanceansatz im Sinne einer politischen Steuerungsperspektive ausgeschöpft wird. So werden z. B. **nicht an allen Standorten die Ergebnisse** aus der Pflegekonferenz selbstverständlich **in die „politische Arena“** zur Weiterbearbeitung und Entscheidungsfindung **eingespeist.**

Um eine erweiterte Steuerungsperspektive zukünftig umsetzen zu können, müssten die beteiligten Akteur*innen in der Verwaltung zur **Logik von Governance** und den damit einhergehenden Systemgrenzen **geschult** werden. Des Weiteren sollte dem folgend in der Verwaltung ein **Konsens** herbeigeführt werden, **in welcher Art und Weise die Steuerung**, bezogen auf die Altenhilfe im Landkreis gestaltet werden soll. Dies kann z. B. auch bedeuten, dass die Kooperation nur in einzelnen Sektoren verstärkt ausgebaut werden muss.

Ein weiterer möglicher Schritt, der bei der Fortführung von Pflegekonferenzen gegangen werden sollte, ist eine **dezidierte Zielsetzung und ein konsequentes Monitoring.** Es sollte eine Verständigung darüber erfolgen, welcher Zweck mit der Pflegekonferenz im Landkreis erreicht werden soll und wie der Landkreis seine Rolle als Bindeglied zwischen Landes- und Gemeindeebene wahrnehmen möchte und die Verknüpfungen gestaltet werden sollen.

Da Themen, die in den evaluierten Pflegekonferenzen bearbeitet werden, eine hohe Bedeutung für die kommunale Daseinsvorsorge auf der Gemeindeebene haben, sollten künftige **Förderszenarien gezielte Kooperationen von Landkreisen mit einzelnen Kreiskommunen** anregen.

Literaturverzeichnis

Baitsch, Christof (Hrsg.) (2001). Moderation in regionalen Netzwerken. München und Mering: Hampp.

Bartelheimer, Peter (2020). Teilhabe - eine Begriffsbestimmung. Unter Mitarbeit von Birgit Behrisch, Henning Daßler, Gudrun Dobslaw, Jutta Henke & Markus Schäfers. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Beiträge zur Teilhabeforschung). Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6355961>.

Blinkert, Baldo & Klie, Thomas (2004). Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz Network.

Bergold, Jarg & Thomas, Stefan (2012). Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. In Forum: Qualitative Sozialforschung, 13 (1).

Bertelsmann Stiftung (o. D.). Wegweiser Kommune. Typisierung. Online verfügbar unter <https://www.wegweiser-kommune.de/demografietypen>, zuletzt geprüft am 22.07.2022.

Borkenhagen, Peter; Jäkel, Lutz; Kummer, Andreas & Vollmer, Lutz-Michael (2004). Netzwerkmanagement. Online verfügbar unter https://www.abwf.de/content/main/publik/handreichungen/lipa/008_92hand-8.pdf, zuletzt geprüft am 12.06.2022.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia & Beikirch, Elisabeth (2018). Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2014). Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf, zuletzt geprüft am 26.03.2022.

Dieckmann, Friedrich & Metzler, Heidrun (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter (KVJS Forschung). Online verfügbar unter https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Muenster/Downloads/Forschung_und_Entwicklung/Alter_erleben/FV_Alter_erleben_-_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf, zuletzt geprüft am 10.10.2020.

Edwards Michael (2009). Civil Society. Cambridge: Polity Press.

Förderaufruf zur Pflegekonferenz (2019) unter: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/msm/intern/downloads/Foerderung/Kommunale-Pflegekonferenzen-BW_Foerderung_2019.pdf

Fürst, Dietrich (2010). Regional Governance. In Arthur Benz & Nicolai Dose (Hrsg.). Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. 2. aktualisierte und veränderte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 49 - 65.

Gründer, René (2022). Quartiersentwicklung in ländlichen Kommunen. Möglichkeiten und Grenzen organisierter Dorfgemeinschaft. 1st ed. 2022. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS (Springer eBook Collection).

Gründer, René; Reiff, Georg; Rath, Lisa & Werner, Marie (2021). Quartiersentwicklungsatlas Baden-Württemberg. Abschlussbericht der Begleitforschung zur Landesstrategie "Quartier 2020 - Gemeinsam. Gestalten."(2018 - 2020). Stuttgart.

Heusinger, Monika (2020). Lernprozesse digital unterstützen. Ein Methodenbuch für den Unterricht. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik).

Hoberg, Rolf; Klie, Thomas & Künzel, Gerd (2013). Strukturreform Pflege und Teilhabe. Freiburg: AGP Sozialforschung an der Ev. Hochschule Freiburg. Online verfügbar unter https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 26.03.2022.

Höbel, Geraldine; Plankensteiner, Anette; Meyer, Thomas & Bell, Martina (2018). Inklusionskonferenzen. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in vier Landkreisen Baden-Württembergs. Online verfügbar unter <https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales/projekte/UN-Behindertenrechtskonvention.pdf>, zuletzt geprüft am 06.06.2022.

Idler, Nadja; Leykamm, Barbara; Reyer, Maren; Merkt-Kube, Regine & Böhme, Michael (2018). Kommunale Gesundheitskonferenzen in Baden-Württemberg – Themen und Aktivitäten. In Public Health Forum 26 (2), S. 164 – 168. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0023.

Initiative D21 e. V. (2019). D21-Digital-Index 2018/ 2019. Jährliches Lagebild zur Digitalen Gesellschaft. Berlin: Initiative D21 (D21-Digital-Index).

Jann, Werner & Wegrich, Kai (2010). Governance und Verwaltungspolitik: Leitbilder und Reformkonzepte. In Arthur Benz & Nicolai Dose (Hrsg.). Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung. 2. aktualisierte und veränderte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 175 – 200.

Klie, Thomas; Ranft, Michael & Szepan, Nadine-Michèle (2021). Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Berlin.

Kretschmann, Winfried (2011). Regierungserklärung. Unter: https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/Altdateien/202/110525_Regierungserklaerung_MP_Kretschmann_Protokollfassung.pdf

Kühl, Stefan (2000). Das Regenmacher-Phänomen. Widersprüche und Aberglaube im Konzept der lernenden Organisation. Frankfurt am Main: Campus.

Landtag von Baden-Württemberg (12.12.2018). Gesetz zur sozialräumlichen Gestaltung von Pflege- und Unterstützungsstrukturen und zur Änderung des Landespflegegesetzes. Fundstelle: Landtag Drucksache 16 / 5372.

Langer, Inghard; Schulz von Thun, Friedemann & Tausch, Reinhard (2019). Sich verständlich ausdrücken. 11. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag. Online verfügbar unter <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.2378/9783497611331>.

Lehmann, Kathrin & Weyhe, Signe von (2020). Tätigkeitsbericht der Kommission Pflegestützpunkte Baden-Württemberg 2019. Hrsg. v. A. Baden-Württemberg O.K. Landkreistag Baden-Württemberg. Online verfügbar unter https://aok-bw-presse.de/fileadmin/mediathek/dokumente/T%C3%A4tigkeitsbericht-PSP-2019_Kommission.pdf, zuletzt geprüft am 31.05.2022.

LGG, vom 17.12.2015: Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz – LGG). Fundstelle: Landesrecht BW Bürgerservice. Online verfügbar unter <https://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=GesG+BW+%C2%A7+5&psml=bsbawueprod.psml&max=true>, zuletzt geprüft am 05.05.2022.

Maloney, William; Smith, Graham & Stoker, Gerry (2000). Social Capital and Urban Governance: Adding a More Contextual” Top-down” Perspective. In *Political Studies* 48,802-820.

Mayntz, Renate & Scharpf Fritz, W. (1995) (Hrsg.). *Gesellschaftliche Selbstregelung und Steuerung*. Frankfurt am Main: Campus.

Mayntz, Renate (2010). Governance im modernen Staat. In Artur Benz & Nicolai Dose (Hrsg.). *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen. Eine Einführung*. 2. aktualisierte und veränderte Auflage. Wiesbaden: Springer VS. S. 37 - 48.

Mehnert, Thorsten & Tebest, Ralf (2013). *Evaluation der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg*.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (MAGS) (1992). *Neuordnung der ambulanten Hilfen. Ausbau Weiterentwicklung Finanzierung*. Stuttgart (Politik für die ältere Generation, 9).

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (2021). *Pressemitteilung vom 15.7.21. 1,1 Millionen Euro zur Stärkung der Pflegeausbildung*. <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/11-millionen-euro-zur-staerkung-der-pflegeausbildung/>, zuletzt geprüft am 05.06.2022.

Otto, Ulrich & Bauer, Petra (Hrsg.) (2005). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen: dgvt-Verlag.

Rosendahl, Bernhard (1999). Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung. Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen. Zugl.: Dortmund, Univ. Diss., 1999. Münster: Lit (Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik, 22).

Ross, Paul-Stefan (2012). Demokratie weiter denken. Reflexionen zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements in der Bürgerkommune. Baden-Baden: Nomos.

Ross, Paul-Stefan (2013). Wohlfahrtsmix. In: Klaus Grunwald, Georg Horcher & Bernd Maelicke (Hrsg.). Lexikon der Sozialwirtschaft. 2., aktualisierte und vollständig überarbeitete Auflage. Baden-Baden: Nomos. S. 1117 - 1121.

Ross, Paul Stefan (2015). Governance als Steuerungskonzept für Versorgungsgestaltung im Alter. In Susanne Schäfer-Walkmann & Franziska Traub (Hrsg.). Evolution durch Vernetzung. Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung. Wiesbaden.

Schubert, Herbert (2004). Netzwerkmanagement – Planung und Steuerung von Vernetzung zur Erzeugung raumgebundenen Sozialkapitals. In Bernhard Müller, Stephan Löb & Karsten Zimmermann (Hrsg.). Steuerung und Planung im Wandel. Festschrift für Dietrich Fürst, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 175 - 200.

Schwarck, Cornelia (2012). Der typisch ländliche Kreis? In Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg. Landesamt für Statistik BW. Nr. 2/12. S. 43 – 47.

Tarrow, Sidney (1983). Struggling to Reform: Social Movements and Policy Change During Cycles of Protest. Eastern Societies Program Occasional Paper No. 15. Cornell University.

Thiele, Gisela (2006). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten (Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung In Ulrich Otto/Petra Bauer (Hrsg.). Bd. 11 und 12). Tübingen: dgvt (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie) (1120 S.) DOI: 10.25656/01:19776.

WHO – World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.

Unger, Hella von (2012). Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, Vol 13, No 1, Art 7.

Vandamme, Ralf (2010). Netzwerke(n). Netzwerke. Chancen. Risiken. Anforderungen. In Landesseniorenrat (Hrsg). bela Materialien. Grundlagentexte aus der Aufbauphase. Freiburg: Schwarz auf Weiß S. 68 - 69.

Zürn, Michael (1998). Regieren jenseits des Nationalstaates. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AG	Arbeitsgemeinschaft Ambulante Hilfen und Informations- und Vermittlungsstellen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Gesetz zur Stärkung der teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
IAV-Stellen	Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen
KGK	Kommunale Gesundheitskonferenzen
KPK	Kommunale Pflegekonferenzen
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LGG	Gesetz zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg (Landesgesundheitsgesetz)
LK	Landkreis
LPfIG	Gesetz zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Baden-Württemberg (Landespflegegesetz Baden-Württemberg)
LPSG	Landespflegestrukturgesetz Baden-Württemberg
LRA	Landratsamt
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg
MDL	Mitglied des Landtags
N	Nennungen
PfIBG	Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz)
PSG	Pflegestärkungsgesetze
PSP	Pflegestützpunkt
SGBIX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XI	Pflegeversicherungsgesetz
UN	Vereinte Nationen
UstA-VO	Unterstützungsangebotverordnung
VDK	Verband der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesellschaftliche Sektoren aus gemischter Wohlfahrtsproduktion (Roß 2012, S. 316) ..	20
Abbildung 2: Größe der evaluierten Pflegekonferenzen, eigene Auswertung	26
Abbildung 3: Aussicht auf Weiterführung, A (n = 21)	28
Abbildung 4: Konzeptionelle Ausrichtung.....	30
Abbildung 5: Thematische Schwerpunkte beim Einstieg	32
Abbildung 6: Maßnahmen im Vorfeld der Pflegekonferenzen (n = 21).....	38
Abbildung 7: Beteiligte Sektoren/D (n = 19).....	44
Abbildung 8: Beteiligte Sektoren nach Anzahl der Beteiligten, D (n = 19)	47
Abbildung 9: Wie wurde die Agenda erstellt, D (n = 19)	48
Abbildung 10: Maßnahmen während der Pflegekonferenz, A (n = 21)	52
Abbildung 11: Weitere Austauschformen, A (n = 21)	54
Abbildung 12: Einsatz von Elementen der Zielerreichung, A (n = 21).....	55
Abbildung 13: In welchem Umfang wurden Ziele erreicht, A (n = 21).....	70
Abbildung 14: Welche Gunst- und Hemmfaktoren waren an den Standorten für Zusammenarbeit vorhanden, A (n = 21)	76
Abbildung 15: Welche Gunst- und Hemmfaktoren waren an den Standorten in der Region vorhanden, A (n = 21)	77
Abbildung 16: Liste der Standorte, die in die Evaluation einbezogen wurden, eigene Darstellung	83
Abbildung 17: Untersuchungsebenen bezogen auf die Pilotland- bzw. Stadtkreise – qualitative Analyse; eigene Darstellung	85
Abbildung 18: Verknüpfung der Ebenen nach Schubert (2018)	115

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Herausforderungen für weiteres Vorgehen, S (n = 20)	29
Tabelle 2: Organisatorische Zuordnung der Koordinationsstellen.....	31
Tabelle 3: Zusätzliche Funktionen der Koordinationsstellen	31
Tabelle 4: Zusammenarbeit intern und extern	33
Tabelle 5: Förderliche Faktoren für den Einstieg	35
Tabelle 6: Erschwerende Faktoren für den Einstieg.....	36
Tabelle 7: Worauf legen Koordinator*innen bei einem erneuten Einstieg besonderen Wert; A (n = 21)	40
Tabelle 8: Herausforderungen beim Einstieg, S (n = 20).....	43
Tabelle 9: Beteiligte Interessenvertretungen, D (n=16).....	44
Tabelle 10: Beteiligte aus dem Bereich Gesundheit und medizinische Versorgung, D (n = 19)	45
Tabelle 11: Sonstige Beteiligte, D (n=16)	46
Tabelle 12: Gesetzte Themen, S (n = 20).....	49
Tabelle 13: Ziele für die Pflegekonferenzen, D (n = 19)	50
Tabelle 14: Herausforderungen in der Steuerung des Prozesses, S (n = 20)	57
Tabelle 15: Lösungen, S (n = 20).....	59
Tabelle 16: Technische Ausstattung, S (n = 20).....	59
Tabelle 17: Benutzte Informations- und Kommunikationsmittel.....	60
Tabelle 18: Was die Akteur*innen verbindet, D (n = 19)	62
Tabelle 19: Commitment der Zielgruppen, D (n = 19).....	63
Tabelle 20: Zusammenarbeit mit Kommunen und Stadtbereichen, S (n = 20).....	65
Tabelle 21: Praktische Ergebnisse für die Sozialplanung, A (n = 21)	72
Tabelle 22: Infrastrukturelemente der Vernetzung, A (n = 21).....	73
Tabelle 23: Maßnahmen zur Verbesserung von Transparenz und Wissenstransfer, A (n = 21)	73
Tabelle 24: Neue Infrastrukturelemente, A (n = 21)	74
Tabelle 25: Berufliche Profile der Koordinator*innen, S (n = 21)	90
Tabelle 26: Kompetenzprofil von Koordinator*innen, S (n = 21).....	91
Tabelle 27: Unterstützungs- und Qualifizierungsbedarfe von Koordinator*innen, S (n = 21).....	92

Anhang 1: Fragebogen – Abschlussbefragung

Druckversion

21.04.22, 23:38

Fragebogen

1 Einleitung

Liebe Kolleginnen,

Sie sind an zentraler Stelle tätig, für die Umsetzung und Implementierung einer Pflegekonferenz in Ihrem Stadt- bzw. Landkreis. Bisher haben Sie uns schon in der | **Jetzt möchten wir Sie bitten, sich an der Abschlussbefragung zu beteiligen.**

Es wird dabei um folgende Themenbereiche gehen:

* Organisationsstatus am Ende der Projektlaufzeit
Wie ist der Stand der Planungen zum weiteren Vorgehen?

* Arbeits- und Funktionsweise der Pflegekonferenzen
Was hat sich bewährt?

* Bewertungen der praktischen Relevanz und der Programmkriterien
Was sind praktische Ergebnisse aus den Pflegekonferenzen und den begleitenden Maßnahmen (z. B. Arbeitsgruppen)?

* Förderliche und hinderliche Einflüsse
Gunst- und Hemmfaktoren

Der Fragebogen ist so aufgebaut, dass Sie nur wenige Fragen mit freiem Text beantworten müssen. **Dennoch werden Sie Ruhe und etwas Zeit benötigen, um**

Wir sind Ihnen sehr verbunden, wenn Sie die freien Antwortfelder nutzen, um jeweils Ihre persönliche Sicht einzubringen. Wir haben immer wieder festgestellt, wie möchten wir gerne im Abschlussbericht abbilden.

Wir hoffen, dass wir erste Ergebnisse zu unserem letzten Workshop mitbringen können.

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung.

Das Evaluationsteam

2 Standort

Zunächst interessieren uns ein paar allgemeine sowie auch zukunftsgerichtete Fragen bezogen auf das Projekt.

Zu welchem Stadt- oder Landkreis gehören Sie?

Bitte klicken Sie die zutreffende Antwort an.

- Baden-Baden
- Rhein-Neckar-Kreis
- Landkreis Göppingen
- Landkreis Konstanz
- Ostalbkreis
- Zollernalbkreis
- Stadt Freiburg
- Stadt Heidelberg
- Stadtkreis Heilbronn
- Landkreis Karlsruhe
- Landeshauptstadt Stuttgart
- Landkreis Emmendingen
- Landkreis Freudenstadt
- Landkreis Waldshut
- Landkreis Rastatt
- Stadt Mannheim
- Landkreis Heidenheim

- Neckar-Odenwald-Kreis
- Landkreis Tuttlingen

3.1 Standort Ostalbkreis

Im Ostalbkreis führen neben dem Landkreis auch die Städte Aalen und Schwäbisch Gmünd Pflegekonferenzen durch. Zu welchem Standort im Ostalbkreis führen Sie die Pflegekonferenzen durch?

Bitte klicken Sie die zutreffende Antwort an.

- Landratsamt Ostalbkreis
- Stadt Aalen
- Stadt Schwäbisch Gmünd

4 Art der Pflegekonferenzen

Welche der folgenden Arten, eine Pflegekonferenz durchzuführen, haben Sie genutzt?

Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Pflegekonferenz ohne Arbeitsgruppen
- Pflegekonferenz mit Arbeitsgruppen

5.1 Informationen zu Arbeitsgruppen

Wie viele Arbeitsgruppen wurden durchgeführt bis zum Ende des Projektzeitraums?

Für welche inhaltlichen Schwerpunkte wurden Arbeitsgruppen eingerichtet?

6 Einrichtung Lenkungsausschuss

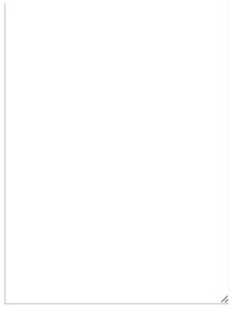
Wurde ein Lenkungsausschuss eingerichtet?

- Ja
- Nein

7.1 Informationen zum Lenkungsausschuss

Wie viele Personen sind bzw. waren in diesem Lenkungsausschuss beteiligt?

Aus welchen Bereichen kamen die Teilnehmenden im Lenkungsausschuss?



8 Geschäftsordnung**Wurde eine Geschäftsordnung verabschiedet?**

- Ja
- Nein

9 Planwerke für Ausgestaltung**Konnten Sie sich im Rahmen der Ausgestaltung der Pflegekonferenz auf bereits vorliegende Planwerke oder Beschlüsse von Gremien stützen?**

- Ja
- Nein

10.1 Arten der Planwerke**Auf welche Planwerke oder Beschlüsse von Gremien konnten Sie sich stützen?**Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Kreissenorenplan/Örtlicher Altenhilfeplan
- Teilhabeplan
- Quartiersförderung
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

11 Veröffentlichung der Informationen zur PK**Sind die Informationen zur Pflegekonferenz für Bürger*innen und professionelle Akteur*innen öffentlich zugänglich?**

- Ja
- Nein

12.1 Medien für Veröffentlichung**Worüber bzw. womit haben Sie die Informationen zur Pflegekonferenz veröffentlicht?**Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Broschüre
- Homepage des Land-/Stadtkreises
- Sonstiges, und zwar:

- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

13 Weiterführung Pflegekonferenz

Ist eine Weiterführung der Pflegekonferenz(en) vorgesehen?

Bitte nutzen Sie die Punkte zwischen den Polen "sehr unwahrscheinlich" und "sehr wahrscheinlich" für die individuelle Abstufung Ihrer Einschätzung.

Eine Weiterführung der Pflegekonferenz(en) ist...

- ...sehr unwahrscheinlich.
-
-
-
- ...sehr wahrscheinlich.

14 Weiterführung weiterer Maßnahmen

Unabhängig davon, wie wahrscheinlich eine Weiterführung der Pflegekonferenz ist: Gibt es bereits konkrete Überlegungen, bestimmte Maßnahmen umzusetzen/neu einzuführen?

- Ja
- Nein

15.1 Art weitere Maßnahmen

Sind die folgenden Formen der Weiterarbeit geplant oder in Diskussion?

Eine Weiter-/Neueinführung ist geplant oder in Diskussion über...

	Ja	Nein	Kann ich nicht beurteilen
...eine regelmäßige Information Interessierter (bspw. mittels fester Verteiler).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einen organisierten themenbezogenen Austausch (bspw. in Arbeitsgruppen, Netzwerktreffen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine Weiterführung von Arbeitsgruppen aus der Pflegekonferenz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ein Zusammenwirken in Projekten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine weitere Pflegekonferenz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Sonstiges, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<input type="text"/>	-	-	-
...Sonstiges, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text"/>			

15.2 Personalressourcen

Sind bereits konkrete Personalressourcen dafür eingeplant?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen

15.3 Finanzbudget

Ist bereits ein konkretes Budget eingeplant?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen

16 Zeit als Koordinator*in

Wie lange arbeiten Sie bereits in dieser Position als Koordinator*in?

Monate

17 Personalwechsel

Gab es Personalwechsel auf Ihrer Position im Laufe der Projektzeit?

- Ja
- Nein

18.1 Anzahl Personalwechsel

Wie viele Personalwechsel gab es im Laufe des Projektes auf Ihrer Position - der Wechsel zu Ihrer Anstellung eingeschlossen?

19 Überleitung Funktionsweise Pflegekonferenzen

Im Folgenden soll es im Speziellen um die **Pflegekonferenz(en)** gehen:

Pflegekonferenzen wurden innerhalb des Projektes unterschiedlich umgesetzt. Sie bieten Gestaltungs- und Koordinationsspielräume innerhalb der
Uns interessiert hierbei vor allem, wie Sie gearbeitet haben und was in Bezug auf die Pflegekonferenz(en) besonders gut funktioniert bzw. sich be

20 Maßnahmen im Vorfeld der Pflegekonferenz

Welche Elemente oder Maßnahmen haben Sie im Vorfeld der eigentlichen Pflegekonferenz(en) eingesetzt?

Diese können sich sowohl an Partner*innen in der Stadt-/Landkreisverwaltung als auch an Teilnehmende der Pflegekonferenz selbst richten.

Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Konferenzbezogene Konzeptentwicklung durch die Koordinationsstelle
- Konferenzbezogene Konzeptentwicklung mit einem internen Lenkungskreis
- Konferenzbezogene Konzeptentwicklung mit einem Lenkungskreis mit internen und externen Mitgliedern
- Verwaltungsinterne Abstimmung innerhalb der Stadt-/Landkreisverwaltung bzgl. der Konferenz
- Verteiler- und Adressinformationen über potentielle Teilnehmende zusammentragen
- Informationen zur Pflegekonferenz verwaltungsintern verbreiten
- Informationen zur Pflegekonferenz stadt-/landkreisweit verbreiten
- Abfragen im Vorfeld bei den Akteur*innen aus den Bereichen der Pflegekonferenz zur vorhandenen Versorgungs- und Unterstützung
- Befragung der (potentiellen) Teilnehmenden über interessierende Themenstellungen für die Pflegekonferenz
- Aufsuchende Kontaktarbeit im Vorfeld durch Besuche von Sitzungen oder Versammlungen in einzelnen Kommunen
- Erstellung geeigneter Kommunikationsmittel, wie z.B. Flyer oder Präsentationen
- Anregung und Unterstützung von konferenzbezogenen Informationsveranstaltungen in bestimmten Regionen bzw. Kommunen
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

21 Wichtigkeit der Maßnahmen im Vorfeld der Pflegekonferenz

Wie wichtig waren diese Elemente oder Maßnahmen für ein Gelingen des Projektes?

	Überhaupt nicht wichtig	Eher nicht wichtig	Teilweise wichtig	Eher wichtig	Voll und ganz wichtig	Weiß nicht
Konferenzbezogene Konzeptentwicklung durch die Koordinationsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konferenzbezogene Konzeptentwicklung mit einem internen Lenkungskreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konferenzbezogene Konzeptentwicklung mit einem Lenkungskreis mit internen und externen Mitgliedern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwaltungsinterne Abstimmung innerhalb der Landkreis-/Stadtverwaltung bzgl. der Konferenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verteiler- und Adressinformationen über potentielle Teilnehmende	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

zusammentragen

Informationen zur Pflegekonferenz
verwaltungsintern verbreiten

Informationen zur Pflegekonferenz
landkreisweit verbreiten

Abfragen im Vorfeld bei den
Akteur*innen aus den Bereichen
der Pflegekonferenz zur
vorhandenen Versorgungs- und
Unterstützungsinfrastruktur sowie
zu den Bedarfen für die
Pflegekonferenz

Befragung der (potentiellen)
Teilnehmenden über
interessierende Themenstellungen
für die Pflegekonferenz

Aufsuchende Kontaktarbeit im
Vorfeld durch Besuche von
Sitzungen oder Versammlungen in
einzelnen Kommunen

Erstellung geeigneter
Kommunikationsmittel, wie z.B.
Flyer oder Präsentationen

Anregung und Unterstützung von
konferenzbezogenen
Informationsveranstaltungen in
bestimmten Regionen bzw.
Kommunen

#v_73#

#v_75#

#v_77#

22 Weitere sinnvolle Maßnahmen

Unabhängig von den Elementen bzw. Maßnahmen, die Sie eingesetzt haben, welche wären rückblickend Ihrer Meinung nach noch sinnvoll für eine

23 Geplante Pflegekonferenz(en)**Wie viele Pflegekonferenzen wurden im Projektzeitraum geplant?****Wie viele Pflegekonferenzen wurden im Projektzeitraum tatsächlich durchgeführt?**

24 Pflegekonferenzen an verschiedenen Standorten**Wurde(n) die Pflegekonferenz(en) in verschiedenen Regionen bzw. Stadtteilen durchgeführt?**

- Ja
 Nein

25.1 Wichtigkeit Durchführung an verschiedenen Standorten**Wie wichtig war es für das Gelingen des Projektes, dass die Pflegekonferenz(en) in verschiedenen Regionen bzw. Stadtteilen durchgeführt wurde(n)?**

- Überhaupt nicht wichtig
 Eher nicht wichtig
 Teilweise wichtig
 Eher wichtig
 Voll und ganz wichtig
 Weiß nicht

26 Art der Durchführung**Wie wurde(n) die Pflegekonferenz(en) durchgeführt?**Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Präsenzveranstaltung
 Digitalveranstaltung
 Hybridveranstaltung

27 Wichtigkeit Art der Durchführung**Wie wichtig war die Art der Durchführung für ein Gelingen des Projektes?**

- Überhaupt nicht wichtig
 Eher nicht wichtig
 Teilweise wichtig
 Eher wichtig

- Voll und ganz wichtig
- Weiß nicht

28 Maßnahmen während der eigentlichen Pflegekonferenz

Welche Elemente haben Sie innerhalb der eigentlichen Pflegekonferenz(en) eingesetzt?

Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Moderation durch leitende Vertreter*innen aus der Verwaltung
- Moderation durch die Koordination
- Professionelle externe Moderation
- Inhaltliche Impulse durch Fachexpert*innen
- Inhaltliche Impulse durch Akteur*innen aus der Teilnehmerschaft (z.B. Praxisbeispiele)
- Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen aus Politik und/oder Verwaltung
- Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen aus Selbsthilfegruppen und/oder anderen ehrenamtlichen Initiativen
- Arbeits- und Diskussionsphasen innerhalb der Pflegekonferenz(en)
- Gezieltes Kennenlernen (z.B. Vorstellungsrunden)
- Thematische Handouts
- Vernetzung der Teilnehmenden durch Zurverfügungstellung von Kontaktinformationen (z.B. Verteiler)
- Protokolle/Ergebnissicherung
- Ausführliche Konferenzdokumentation
- Kontakt- und Pausenzeiten innerhalb der Pflegekonferenz(en)
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

29 Wichtigkeit der Maßnahmen während der eigentlichen Pflegekonferenz

Wie wichtig waren diese Elemente für ein Gelingen des Projektes?

	Überhaupt nicht wichtig	Eher nicht wichtig	Teilweise wichtig	Eher wichtig	Voll und ganz wichtig	Weiß nicht
Moderation durch leitende Vertreter*innen aus der Verwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moderation durch die Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelle externe Moderation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Fachexpert*innen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Akteur*innen aus der Teilnehmerschaft (z.B. Praxisbeispiele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen aus Politik und/oder Verwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen aus Selbsthilfegruppen und/oder anderen ehrenamtlichen Initiativen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeits- und Diskussionsphasen innerhalb der Pflegekonferenz(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezieltes Kennenlernen (z.B. Vorstellungsrunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thematische Handouts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernetzung der Teilnehmenden durch Zurverfügungstellung von Kontaktinformationen (z.B. Verteiler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protokolle/Ergebnissicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausführliche Konferenzdokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt- und Pausenzeiten innerhalb der Pflegekonferenz(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inhaltliche Impulse durch Akteur*innen aus der Teilnehmerschaft (z.B. Praxisbeispiele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen von Politik und/oder Verwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inhaltliche Impulse durch Vertreter*innen aus Selbsthilfegruppen und/oder anderen ehrenamtlichen Initiativen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeits- und Diskussionsphasen innerhalb der Pflegekonferenz(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezieltes Kennenlernen (z.B. Vorstellungsrunden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thematische Handouts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernetzung der Teilnehmenden durch Zurverfügungstellung von Kontaktinformationen (z.B. Verteiler)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Protokolle/Ergebnissicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausführliche Konferenzdokumentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt- und Pausenzeiten innerhalb der Pflegekonferenz(en)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
#v_124#	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
#v_126#	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
#v_128#	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30 Weiterführende Elemente für das Gelingen

Unabhängig von den Elementen, die Sie in der Ausgestaltung eingesetzt haben, welche wären rückblickend Ihrer Meinung nach noch sinnvoll für e

31 Weitere Austauschformen

Pflegekonferenzen werden in der Ausschreibung auch als Netzwerke für Menschen bezeichnet. Netzwerke leben von Kontakt- und Informationsflu

Haben Sie über die Pflegekonferenz(en) und mögliche Arbeitsgruppen hinaus weiterführende Austauschformen eingesetzt?

	Ja	Nein
Wiederkehrende digitale, thematisch offene Treffen für alle, die sich interessieren (z.B. Out of the Box-Format)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemeinsame Konferenzform mit der Gesundheitskonferenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernetzung von Akteur*innen mit dem Ziel, selbstorganisiert zusammenzuarbeiten (um bspw. Projektideen weiterzuerfolgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeitssitzungen/Treffen mit speziellen Akteursgruppen (z. B. Seniorenräte, ambulante Dienste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32 Weitergabe an andere Gremien/Fachkreise

Konnten Sie Informationen aus der/n Pflegekonferenz(en) im Laufe des Prozesses an andere Gremien oder Fachkreise weitergeben?

- Ja
 Nein

33.1 Ebenen der Weitergabe

Auf welchen Ebenen konnten Sie im Laufe des Prozesses Ergebnisse weitergeben?

Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- In internen Verwaltungsgremien
 Im Kreistag
 In Fachkreisen von Trägern/Kliniken
 In Kommunen

- Sonstige, und zwar:
- Sonstige, und zwar:
- Sonstige, und zwar:

34 Elemente systematischer Berichterstattung

Haben Sie Elemente systematischer Berichterstattung außerhalb der Pflegekonferenz(en) und möglicher Arbeitsgruppen genutzt?

- Ja
- Nein

35.1 Art Elemente systematischer Berichterstattung

Welche Elemente systematischer Berichterstattung haben Sie außerhalb der Pflegekonferenz(en) und möglicher Arbeitsgruppen genutzt?

Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Regionale Medien
- Homepage
- Eigener Newsletter
- Rundmails
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

36.1 Wichtigkeit Arbeitsgruppen

Wie wichtig waren folgende weitere Elemente oder Maßnahmen außerhalb der Pflegekonferenz(en) für ein Gelingen des Projektes?

Wie wichtig waren Arbeitsgruppen für ein Gelingen des Projektes?

- Überhaupt nicht wichtig
- Eher nicht wichtig
- Teilweise wichtig
- Eher wichtig
- Voll und ganz wichtig
- Weiß nicht

37.1 Wichtigkeit weiterer Austauschformen

Wie wichtig waren folgende weitere Elemente oder Maßnahmen außerhalb der Pflegekonferenz(en) für ein Gelingen des Projektes?

Wie wichtig waren weitere Austauschformen für ein Gelingen des Projektes?

- Überhaupt nicht wichtig
- Eher nicht wichtig
- Teilweise wichtig

- Eher wichtig
- Voll und ganz wichtig
- Weiß nicht

38.1 Wichtigkeit Weitergabe von Ergebnissen

Wie wichtig waren folgende weitere Elemente oder Maßnahmen außerhalb der Pflegekonferenz(en) für ein Gelingen des Projektes?

Wie wichtig war die Weitergabe von Informationen an Gremien oder Fachkreise für ein Gelingen des Projektes?

- Überhaupt nicht wichtig
- Eher nicht wichtig
- Teilweise wichtig
- Eher wichtig
- Voll und ganz wichtig
- Weiß nicht

39.1 Wichtigkeit systematischer Berichterstattung

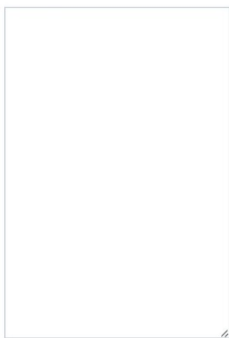
Wie wichtig waren folgende weitere Elemente oder Maßnahmen außerhalb der Pflegekonferenz(en) für ein Gelingen des Projektes?

Wie wichtig war der Einsatz systematischer Berichterstattung für ein Gelingen des Projektes?

- Überhaupt nicht wichtig
- Eher nicht wichtig
- Teilweise wichtig
- Eher wichtig
- Voll und ganz wichtig
- Weiß nicht

40 Weitere wichtige Elemente außerhalb der Pflegekonferenzen für das Gelingen

Unabhängig von den weiteren Elementen bzw. Maßnahmen, die Sie außerhalb der Pflegekonferenz(en) eingesetzt haben, welche wären rückblickend



41 Bewusster Einbau zur Ergebniserzielung

Im Folgenden soll es um die Ergebnisse gehen, die aus dem Projekt hervorgegangen sind.

Zunächst interessiert uns hierbei:

Haben Sie in der Konzeption der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen (z. B. Arbeitsgruppen) Elemente eingebaut, um folgende I

Ich habe in der Umsetzung der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen Elemente eingebaut, die...

	Ja	Nein
...den Teilnehmenden nützliche und weiterführende Informationen ermöglichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Teilnehmenden kurze Wege zu Kolleg*innen aus anderen Bereichen ermöglichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mehr Orientierung in der Versorgungslandschaft schaffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine wachsende Zusammenarbeit der Teilnehmenden untereinander anregen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine wachsende Zusammenarbeit der Teilnehmenden mit dem Stadt-/Landkreis anregen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Teilnehmenden neue Ansätze und Ideen für ihre Arbeit zugänglich machen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Teilnehmenden eine Einflussnahme auf politische Entscheider*innen ermöglichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...im Rahmen der Konferenz eine Arbeitsweise ermöglichen, die Routinen durchbrechen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...das Problembewusstsein für dringliche Versorgungsbedarfe in der Region steigern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...das Interesse und die Bereitschaft unter den Beteiligten für ein gemeinsames Vorgehen in der Region vergrößern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Sensibilität für bestimmte Lebenslagen, wie z. B. Hochaltrigkeit, verbessern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...neue Angebote anregen und die Planung neuer Angebote für die Versorgung und Pflege in Gang bringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...die Ideenfindung im Rahmen der Quartiersentwicklung voranbringen.

42 Zielerreichung

Inwiefern konnten folgende Ziele im Zuge der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen umgesetzt werden?

Im Zuge der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen ist gelungen, ...

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme teilweise zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Kann ich nicht sinnvoll beurteilen
...dass die wesentlichen Akteure im Vor- und Umfeld von Pflege eingebunden wurden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass auch Anliegen und Themen von Personen aufgegriffen wurden, die über wenig Lobby verfügen (sog. „Schwache Stimmen“).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kommunale Entscheider*innen und Vertreter*innen zur Mitwirkung zu gewinnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Kreis der aktiv Mitwirkenden spürbar zu vergrößern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Verbindungen über Sektoren und Bereiche hinweg zu schaffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Einbindung und Mitwirkung von Pflegekassen zu verstärken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...die Zusammenarbeit zwischen der Koordination der Pflegekonferenz(en) und dem/den Pflegestützpunkt(en) auszuweiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...praktische Abmachungen für eine weitere Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen aus der Region mit dem Stadt-/Landkreis zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine stärkere Zusammenarbeit zwischen der Koordination der Pflegekonferenz(en) und anderen Verwaltungsabteilungen zu entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Empfehlungen und neue Angebote in der Versorgung und Pflege zu planen/entwickeln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...Ergebnisse mit Bedeutung für politische Entscheider*innen (Land-/Kreistag/Kommune) zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Beiträge zur Sozialplanung zu leisten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Versorgungslücken zu erkennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Verbesserungen der Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen zu erreichen, mit dem Ziel, dass Personen durch Angebote und Ressourcen in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Beiträge zur Quartiersentwicklung zu entwickeln (z. B. durch aktive Nachbarschaften, bürgerschaftliches Engagement, gegenseitige Unterstützung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43 Kooperation mit Gesundheitskonferenz

Bei der Einführung von Pflegekonferenzen hat sich die Zusammenarbeit mit weiteren Vernetzungsstrukturen als nützlich und zielführend erwiesen

Gab es bei Ihnen eine Kooperation zwischen der Pflegekonferenz und der Gesundheitskonferenz?

- Ja
- Nein

44.1 Art der Kooperation mit der Gesundheitskonferenz

Wie genau wurde diese Zusammenarbeit umgesetzt?

45 Kooperation mit Koordinationsstelle generalistische Ausbildung

Gab es eine Zusammenarbeit zwischen der Pflegekonferenz und der Koordinationsstelle für generalistische Ausbildung?

- Ja
- Nein

46.1 Kooperation mit Koordinationsstelle generalistische Ausbildung

Wie genau wurde diese Zusammenarbeit umgesetzt?

47 Kooperation mit Usta-Vo

Gab es eine Zusammenarbeit zwischen der Pflegekonferenz und der Anerkennungsbehörde zur Unterstützungsverordnung (Usta-Vo)?

- Ja
- Nein

48.1 Kooperation mit Usta-Vo

Wie genau wurde diese Zusammenarbeit umgesetzt?

49 Kooperation mit anderen Plattformen

Gab es eine Zusammenarbeit zwischen der Pflegekonferenz und anderen Zusammenschlüssen oder Plattformen (z. B. Demenznetzwerk, Einglieder

- Ja
- Nein



50.1 Kooperation mit anderen Plattformen**Wie genau wurde diese Zusammenarbeit umgesetzt?**

51 Profitierung**Worin hat Ihr Standort durch die Teilnahme am Programm Pflegekonferenz(en) am meisten profitieren können?**

52 Wichtigste Ideen/Produkte/Vorhaben**Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten praktischen Ideen oder Produkte bzw. Vorhaben, die aus der/n Pflegekonferenz(en) und den begleitende**

1.
2.
3.

53 Gunst- und Hemmfaktoren**Abschließend soll es nun noch um jene Faktoren gehen, die Sie bei Ihrer Arbeit unterstützt oder auch behindert haben.****Daher interessiert uns: Welche dieser Faktoren waren bei der Planung und Umsetzung der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen**Bitte klicken Sie alle zutreffenden Optionen an.

- Rückendeckung durch die Leitungsebene der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Politischer Wille des Stadt-/Landrats bzw. des Kreistrats
- Abteilungs- und dienstbereichsübergreifende Zusammenarbeit mit Kolleginnen der Stadt-/Landkreisverwaltung

- Abteilungs- und dezernatsinterne Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Dezernatsübergreifende Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Technische Ausstattung der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Vorhandensein notwendiger Ressourcen bei der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Themen, die maßgebliche Akteur*innen in der Region für wichtig und dringend halten
- Bereits vorhandene tragfähige Vorläuferprozesse in der Region (z. B. Netzwerke, Quartiersprozesse)
- Politische und Vertretungsstrukturen, auf denen man aufbauen kann (z. B. Ortsvorsteher*innen, Ansprechpartner*innen bei Trägern o
- Offenheit bei den Akteur*innen in der Region und Interesse an dem, was in der Region passiert
- Vorhandensein notwendiger Zeitressourcen bei den Akteur*innen in der Region
- Personalwechsel in der Koordination
- Personalwechsel auf der Leitungsebene in der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Handlungs- und Gestaltungsspielraum in der Koordination
- Unterschiedliche Vorstellungen zur Umsetzung innerhalb der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Entscheidungswege über mehrere Instanzen innerhalb der Stadt-/Landkreisverwaltung
- Auswirkungen des demographischen Wandels in Ihrem Stadt- oder Landkreis
- Siedlungsgeographische Konstellation (z. B. vorwiegend städtische oder ländliche Prägung) in ihrem Stadt- oder Landkreis
- Bereits vorhandene andere Zusammenschlüsse und Austauschmöglichkeiten in der Region
- Best Practice-Beispiele bzgl. der Punkte Versorgung und Unterstützung in den Kommunen in ihrem Stadt- oder Landkreis
- Kommunen, die den Stadt-/Landkreis als Dienstleister/Ideengeber im Bereich der Versorgung und Unterstützung nutzen
- Unterschiedliche Interessenlagen bei den Akteur*innen in der Region
- Konkurrenz zwischen Akteur*innen in der Region
- Einflussreiche Institutionen im Hintergrund (z. B. große Träger, Krankenhäuser), die in die Arbeit der Pflegekonferenz(en) eingebunde
- Ausgeprägte berufliche und konzeptionelle Leitkonzepte zu Versorgungsthemen aus verschiedenen Bereichen (z. B. Quartiersarbeit,
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:
- Sonstiges, und zwar:

54 Wirkung der Gunst- und Hemmfaktoren

Inwieweit haben diese Faktoren die Planung und Umsetzung der Pflegekonferenz(en) und der begleitenden Maßnahmen begünstigt oder gehemmt?

Die Punkte zwischen den Polen "begünstigend" und "hemmend" dienen der individuellen Abstufung Ihrer persönlichen Einschätzung.

	begünstigend		sowohl/als auch		hemmend	Keine Auswirkung	Kann ich nicht beurteilen
Rückendeckung durch die Leitungsebene der Stadt- /Landkreisverwaltung	○	○	○	○	○	○	○

Politischer Wille des Stadt-/Landrats bzw. des Kreisrats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abteilungs- und dezernatsinterne Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dezernatsübergreifende Zusammenarbeit mit Kolleg*innen der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technische Ausstattung der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorhandensein notwendiger Ressourcen bei der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Themen, die maßgebliche Akteur*innen in der Region für wichtig und dringend halten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereits vorhandene tragfähige Vorläuferprozesse in der Region (z. B. Netzwerke, Quartiersprozesse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politische und Vertretungsstrukturen, auf denen man aufbauen kann (z. B. Ortsvorsteher*innen, Ansprechpartner*innen bei Trägern oder bei Kommunen, engagierte Bürgermeister*innen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Offenheit bei den Akteur*innen in der Region und Interesse an dem, was in der Region passiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorhandensein notwendiger Zeitressourcen bei den Akteur*innen in der Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalwechsel in der Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalwechsel auf der Leitungsebene in der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Handlungs- und Gestaltungsspielraum in der Koordination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterschiedliche Vorstellungen zur Umsetzung innerhalb der Stadt-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

/Landkreisverwaltung									
Entscheidungswege über mehrere Instanzen innerhalb der Stadt-/Landkreisverwaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswirkungen des demographischen Wandels in Ihrem Stadt- oder Landkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siedlungsgeographische Konstellation (z. B. vorwiegend städtische oder ländliche Prägung) in ihrem Stadt- oder Landkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereits vorhandene andere Zusammenschlüsse und Austauschmöglichkeiten in der Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Best Practice-Beispiele bzgl. der Punkte Versorgung und Unterstützung in den Kommunen in ihrem Stadt- oder Landkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen, die den Stadt-/Landkreis als Dienstleister/Ideengeber im Bereich der Versorgung und Unterstützung nutzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterschiedliche Interessenlagen bei den Akteur*innen in der Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkurrenz zwischen Akteur*innen in der Region	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einflussreiche Institutionen im Hintergrund (z. B. große Träger, Krankenhäuser), die in die Arbeit der Pflegekonferenz(en) eingebunden wurden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausgeprägte berufliche und konzeptionelle Leitkonzepte zu Versorgungsthemen aus verschiedenen Bereichen (z. B. Quartiersarbeit, Case Management, Hospizarbeit, genossenschaftliche Unterstützungsansätze etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
#v_258#	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
#v_260#	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#V_262#



55 Begünstigende Themen

Welche Themen haben in Ihrem Stadt- oder Landkreis die Einführung von Pflegekonferenzen begünstigt (z. B. hohe Kosten bei der „Hilfe zur Pfleg

56 Erneute Implementierung

Wenn Sie Pflegekonferenzen erneut implementieren müssten, auf was würden Sie bei der Durchführung besonderen Wert legen?

1.
2.
3.

57 Fachliche Gesamteinschätzung

Wie lautet Ihre fachliche Gesamteinschätzung zur Einführung der Pflegekonferenz?

58 Endseite

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unseren Fragebogen auszufüllen und damit einen wichtigen Beitr

Anhang 2: Statusbogen 1 und 2

Rahmenbedingungen zum Einstieg in Pflegekonferenzen

Fragebogen zur Vorbereitung von Workshop 2

Als Vorbereitung für den 2.Workshop der Evaluation möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen online zu bearbeiten und bis **spätestens 18.Juni 2021** an iren.steiner@sozialwissenschaften-stuttgart.de senden. Vielen Dank!



I STRUKTUREN/RAHMENBEDINGUNGEN

- 1 Auf welche Strukturen (Organisationen, Funktionen, Arbeitsgruppen, Gremien, Ausschüsse, Verbände ...) und Prozesse (Planungswerke, Vereinbarungen, Leitbilder ...) haben Sie sich beim Einstieg in die KPK gestützt oder werden Sie sich stützen? Mit welcher Wirkung?
- 2 Auf welche Schlüsselpersonen im Stadt-/Landkreis können Sie sich stützen? Mit welcher Wirkung?
- 3 Wie haben Sie den Einstieg gestaltet oder planen Sie den Einstieg zu gestalten? Welche Erfahrungen haben Sie bis jetzt gemacht? Was fiel leicht, was fiel schwer? Warum?
- 4 Wie werden in Ihrer KPK die Themen gefunden bzw. festgelegt? Wenn sie bereits gesetzt sind, wie lauten sie?
- 5 Welche Ansatzpunkte sehen Sie für eine Umsetzung? Gibt es bereits praktische Vorhaben? (z.B. Produkte etc.) Wie bewerten Sie die Erfolgsaussichten?
- 6 Wie gehen Sie die Zusammenarbeit mit den Kommunen bzw. mit den Stadtbereichen an? Welche Erfahrungen machen Sie in der Einstiegsphase?
- 7 Wie gestalten Sie die Zusammenarbeit mit Personen aus der Zivilgesellschaft? Welche Erfahrungen machen Sie in der Einstiegsphase?
- 8 Wo liegen für Sie beim Einstieg die größten Herausforderungen? Warum?
→ siehe Frage 3
- 9 Welche Faktoren Ihres Land-/Stadtkreises können dazu beitragen, dass die KPK ihre Ziele erreicht? Warum?

- 10 Wodurch könnte in Ihrem Land-/Stadtkreis die KPK in ihrer Arbeit eingeschränkt werden? Warum?
- 11 Wenn Sie zaubern könnten, was würden Sie am liebsten herzaubern, aber auch wegzaubern?
- 12 Bitte nennen Sie drei Themen, zu denen Sie in Erfahrungstausch mit Kolleg*innen gehen möchten.

II PROZESS

- 1 Wie sieht Ihre technische Ausstattung aus:
- 2 Auf welche besonderen Ressourcen können Sie sich stützen (z.B. externer Support, zusätzliche Qualifikation ...)
- 3 Über welche Sachmittel können Sie eigenständig verfügen:
- 4 Welche Informations- und Kommunikationsmittel benutzen Sie a) innerhalb der Verwaltung, b) mit den Akteur*innen der KPK?
- 5 Was waren und sind für Sie die Herausforderungen beim Einstieg in die KPK? Warum? Welche Lösungen haben Sie bereits entwickelt?
- 6 Was sind für Sie die Herausforderungen in der Steuerung des Prozesses? Warum? Welche Lösungen haben Sie bereits entwickelt?

III ORGANISATIONSFAKTOREN

- 1 Mit wem, mit welcher Abteilung innerhalb arbeiten Sie für die KPK regelmäßig zusammen? Mit wem stimmen Sie sich ab?
- 2 Mit wem planen Sie eine weitere Zusammenarbeit?
- 3 Was ist bisher gut/ weniger gut gelaufen? Warum?
- 4 Was halten Sie für die entscheidende Herausforderung innerhalb Ihrer Verwaltung für das weitere Vorgehen?
- 5 Was fördert in Ihrer Landkreisverwaltung den Einstieg in die KPK?

Gibt es gesellschaftliche oder politische Grundsätze/ Vorstellungen Ihrer Landkreisverwaltung, die die Einführung der KPK beflügeln? Welche?

6 Was erschwert in Ihrer Landkreisverwaltung den Einstieg in die KPK?
Gibt es gesellschaftliche oder politische Grundsätze/ Vorstellungen Ihrer Landkreisverwaltung, die die Einführung der KPK beflügeln? Welche?

V PERSÖNLICHE FAKTOREN (alle Fragen werden anonymisiert)

1 Ihre Funktion derzeit

2 Ihre organisatorische Zuordnung

3 Ihr Alter

4 Ihre Ausbildung

5 Anzahl Ihrer Berufsjahre

6 Ihre Vorkenntnisse für die Aufgaben der Umsetzung der KPK

7 Welche Ihrer beruflichen Vorerfahrungen nützen Ihnen für die Bearbeitung der KPK am meisten?

8 Wofür sehen Sie sich am wenigsten gerüstet? Warum?

9 Was würden Sie einer Vertrauensperson erzählen: welche persönlichen Fähigkeiten, Haltungen und Ressourcen braucht es für die Umsetzung der KPK in Ihrem Landkreis?