



# Kooperative Versorgungskonzepte im Hilfemix

Ergebnisse des Forschungsprojekts EIKI

verfasst von:  
Madeleine Renyi  
Petra Gaugisch  
Alexandra Hunck

## Zitiervorschlag

Renyi, Madeleine; Gaugisch, Petra; Hunck, Alexandra (2021): Kooperative Versorgungskonzepte im Hilfemix. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg

## Impressum

Herausgeber:

Ministerium für soziales und Integration  
Baden-Württemberg

## Bildnachweise

Sofern nicht gesondert aufgeführt, liegen die Rechte an den Bildern beim Projektteam. Aus Gründen der Lesbarkeit wurden eigene Abbildungen nicht gesondert als solche gekennzeichnet.

## Projektsteckbrief

Titel:	EIKI – Einflussfaktoren zur erfolgreichen Implementierung einer mobilen Applikation zur Kooperationsunterstützung in informellen Versorgungsstrukturen
Projektlaufzeit:	07/2018 – 04/2021
Förderung durch:	Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg
Webseite:	<a href="http://www.projekt-eiki.de">www.projekt-eiki.de</a>
Wissenschaftliche Partner	Hochschule Furtwangen (HFU): Madeleine Renyi Ramazan Gündogdu Christian Plotzky Christophe Kunze Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO): Petra Gaugisch Alexandra Hunck Stefan Strunck
Praxispartner	Bürgergemeinschaft Fischerbach: Petra Krämer Christa Klausmann Christine Aberle Caritas Verband Kinzigtal: Katharina Moser Sonja Himmelsbach Frank Schönwetter Gemeinde Mönchweiler: Rudolf Fluck Sabine Müller Generationenbrücke Mönchweiler: Armin Frank Heinrike Wirsig Stadt St. Georgen: Markus Esterle Gerd Kalkbrenner (freiberuflich) Evangelische Altenhilfe: Benedikt Stauber Christopher Aghaizu Florije Sula Pflegedienst Schneiderhahn: Beate Rodgers



# Kooperative Versorgungskonzepte im Hilfemix.

Ergebnisse des Forschungsprojekts EIKI

Madeleine Renyi, Petra Gaugisch, Alexandra Hunck

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	III
Zusammenfassung.....	IV
1 Einleitung .....	1
2 Helfemix – Kooperative Versorgungsstrukturen.....	3
2.1 Helfemix im Quartier.....	3
2.2 Helfemix im individuellen Bedarfsfall.....	4
3 Hintergrund Technik – Mediator auf allen Ebenen .....	6
3.1 Technik zur Vernetzung und dem Aufbau sorgender Gemeinschaften .....	6
3.1.1 Technik für die Vernetzung im Quartier .....	6
3.1.2 Technik für die Unterstützung auf individueller Ebene .....	9
3.2 Herausforderungen bei der Einführung von Vernetzungstechnologien.....	10
4 Aufbau von Helfemixstrukturen im Quartier .....	12
4.1 Ziele und Vorgehen.....	12
4.2 Fischerbach.....	13
4.2.1 Ausgangslage .....	13
4.2.2 Strukturanalyse .....	13
4.2.3 Aufbau der Strukturen .....	14
4.3 Mönchweiler .....	15
4.3.1 Ausgangslage .....	15
4.3.2 Strukturanalyse .....	15
4.3.3 Aufbau der Strukturen .....	16
4.4 St. Georgen.....	17
4.4.1 Ausgangslage .....	17
4.4.2 Strukturanalyse .....	17
4.4.3 Aufbau der Strukturen.....	18
4.5 Fazit Aufbau von Helfemixstrukturen im Quartier .....	18
5 Vernetzung im individuellen Fall .....	19
5.1 Theoriebildung .....	19
5.1.1 Netzwerkanalyse.....	19
5.1.2 Taxonomie der Komplexität der Zusammenarbeit – Das KomZip Tool.....	23
5.1.3 Netzwerktypen und Mehrwert der Techniknutzung .....	25
5.2 Praxiserfahrungen / Feldtest.....	31
5.2.1 Feldtest 1.....	32
5.2.2 Feldtest 2.....	32
5.2.3 Feldtest 3.....	32
5.2.4 Feldtest 4.....	33
5.2.5 Feldtest 5.....	34

---

5.3 Fazit Vernetzung im individuellen Fall .....	35
6. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen für die Umsetzung .....	36
6.1 Handlungsempfehlungen zur Vernetzung im Quartier.....	36
6.2 Handlungsempfehlungen zur Vernetzung im individuellen Fall .....	38
7 Fazit.....	39
Literatur .....	41
Anhang .....	44
Workshopmaterialien Strukturanalyse .....	44
Erhebungsmaterialien Netzwerkanalyse.....	45
Erfassungskarten für Netzwerkakteure .....	45
Erfassungskarten für eingesetzte Technologien zur Erleichterung der Zusammenarbeit im Netzwerk .....	47
Erfassungskarte Kommunikation und Zusammenarbeit im Netzwerk .....	47

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen

Abbildung 1: Zusammenarbeit verschiedener Akteure im lokalen und individuellen Hilfemix .....	4
Abbildung 2: Startbildschirm der Quartiersplattform crossiety .....	8
Abbildung 3: Screenshot des digitalen Dorfplatzes der Stadt St. Georgen. ....	8
Abbildung 4: Screenshots der Zirkel App: Detailansicht des Startbildschirms (Netzwerkübersicht), Kalenders und der Nachrichten .....	10
Abbildung 5: deutsche Version des NASSS-Frameworks (übersetzt und adaptiert von Kunze [34] nach Greenhalgh et al. [35–37]) .....	11
Abbildung 6: Impressionen der Netzwerkanalyse in Fischerbach .....	13
Abbildung 7: Strukturlandkarte Praxisregion Fischerbach .....	14
Abbildung 8: Strukturlandkarte der Praxisregion Mönchweiler .....	15
Abbildung 9: Strukturlandkarte Praxisregion St. Georgen; .....	17
Abbildung 10: Utensilien für die Erfassung von Netzwerken .....	20
Abbildung 11: vereinfachte Visualisierung der Kommunikation in einem Hilfemixnetzwerk; Farbskala der Pfeile: rot: Spannungen, schwarz: normal, grün: besonders gut.....	21
Abbildung 12: fiktives Netzwerkbeispiel in EgoNet; grau: unterstützungsbedürftige Person; blau: informell; grün: semiprofessionell; gelb: professionell .....	22
Abbildung 13: Visualisierung des KomZiP-Tools zur Erfassung der Komplexität der Zusammenarbeit in Pflegenetzwerken .....	24
Abbildung 14: Organisiertes Netzwerk mit bedarfsgesteuerter Kommunikation .....	25
Abbildung 15: Netzwerk mit klarer Aufgabenteilung und unklaren Kommunikationskanälen.....	26
Abbildung 16: Netzwerk mit geteilter Koordination und Organisation .....	27
Abbildung 17: Organisiertes Netzwerk mit klarer Aufgabentrennung und Kommunikation .....	28
Abbildung 18: Großes Netzwerk mit hohem Abstimmungsbedarf .....	29
Abbildung 14: Impressionen der Probandenakquise an verschiedenen Veranstaltungen in den Praxisregionen; von links nach rechts: Frühjahrsmesse St. Georgen, Lichterfest Mönchweiler, Eröffnung des Café Zeitlos Mönchweiler) .....	31

### Tabellen

Tabelle 1: Zusammengefasste Anforderungen an eine Quartiersplattform von Renyi et al. [15] .....	7
Tabelle 2: Zusammengefasste Anforderungen für Kollaborationswerkzeuge für den individuellen Hilfemix nach [24].....	9
Tabelle 3: Übersicht über die durchgeführten Feldtests, die Dauer und die eingesetzte Technologie	31



---

## Zusammenfassung

### Einleitung/Hintergrund:

Innovative Ansätze der kooperativen Versorgungskonzepte im Rahmen des Quartiersansatzes integrieren und vernetzen familiäre Unterstützung, professionelle Pflege sowie bürgerschaftliches Engagement. Sie können so eine Stabilisierung und gleichzeitige Flexibilisierung der Versorgungsangebote vorantreiben (Hilfemix). Die komplexe Organisation und Steuerung kann durch eine technische Vernetzung dieser professionellen, semiprofessionellen und informellen Strukturen im Sozialraum vereinfacht werden.

### Methodische Herangehensweise:

Das Projekt EIKI baut auf Erfahrungen und technische Entwicklungen aus den Vorgängerprojekten SONIA und SONIAnetz auf. In den Feldtestregionen Fischerbach, St. Georgen und Mönchweiler soll die Vernetzung im Quartier und der Technikeinsatz zur Koordination individueller Hilfemixarrangements gefördert und wissenschaftlich begleitet werden.

### Ergebnisse und Empfehlungen:

Im Rahmen des Projektes wurden eine Vielzahl an strukturbildenden Workshops in den Quartieren durchgeführt. Die Strukturanalyse hat sich in allen drei Quartieren als Schlüsselement für die weitere Planung der Quartiersvernetzung herausgestellt. Die Akteure erhielten einen Überblick über die Akteure der pflegerischen Versorgung und Unterstützung in den Kommunen, konnten ihre eigene Vernetzungsstruktur und den Vernetzungsgrad erkennen, Lücken im Beziehungsgeflecht eruieren, sowie neue Partner identifizieren. Deutlich wurde auch, dass ein Technikeinsatz für die Zusammenarbeit nicht zwingend erforderlich ist. Bevor Technik eingesetzt werden kann, müssen „reale“ (physische) Strukturen gefestigt und etabliert werden. Entscheidend sind viel mehr das gegenseitige Vertrauen, Abbau des Konkurrenzdenkens, gemeinsame Zielsetzung und vor allem die Motivation zur Zusammenarbeit.

Vom Technikeinsatz für die Pflegekollaboration können sowohl die einzelnen Netzwerkakteure des individuellen Hilfemix, als auch die Organisierenden von Unterstützungsdienstleistungen im Quartier, wie z.B. Case Manager oder Beratende von Sozialstationen / Akteure des lokalen Hilfemix, profitieren, um Unterstützung besser anbieten zu können. Um Datenschutzproblemen vorzubeugen, sollten „Alltagskommunikationsmittel“ wie WhatsApp aber kritisch begutachtet werden, bevor sich für deren Einsatz entschieden wird. Der Markt pflegespezifischer Anwendungen wächst langsam, und so bleibt zu hoffen, dass sich zukünftig datenschutzkonforme Lösungen für die Vernetzung im Hilfemix etablieren werden.

## 1 Einleitung

Der demographische Wandel bringt Veränderungsprozesse in vielen Lebens- und Arbeitsbereichen mit sich. Eine Zunahme räumlicher Distanz zwischen Familienmitgliedern, die steigende Anzahl weiblicher Erwerbstätigkeit [1], die Zunahme von komplexen Versorgungssituationen und das Fehlen ausreichender Fachkräfte im Pflegesektor [2] sind nur ein paar der zu nennenden Veränderungen.

Zukunftsweisende Versorgungskonzepte sind sozialraumorientiert und vernetzen professionelle Akteure, wie z. B. Pflegedienste, Arztpraxen, Apotheken, mit semiprofessionellen Akteuren, wie z. B. organisierte hauswirtschaftliche Dienste, sowie informelle Akteure, wie z. B. Angehörige und Nachbarn. Durch die Zusammenarbeit wird ein Unterstützungsnetzwerk im Sinne eines **Hilfemix** bereitgestellt, um die selbstbestimmte Lebensführung und die Teilhabe von unterstützungsbedürftigen Personen zu fördern. Hierbei stimmen die Akteure optimalerweise Zuständigkeiten und Leistungen aufeinander ab und teilen die Verantwortung für eine gelingende Versorgung auf. Die Grenzen zwischen Versorgten und Umsorgenden verschwimmen in einem solidarischen Miteinander. [3, 4]

Die Digitalisierung spielt bei der Bewältigung der zukünftigen Versorgung eine wichtige Rolle und birgt in komplexen Versorgungsstrukturen eine große Chance für die reibungslose Kommunikation und Organisation. Sowohl die Etablierung von Hilfemixstrukturen als auch die Einführung von Technik ist geprägt von Hürden. Diese gilt es zu überwinden. In diesem Sinne förderte das Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg im Rahmen des „Innovationsprogramms Pflege 2018“ das Projekt EIKI – Einflussfaktoren zur erfolgreichen Implementierung einer mobilen Applikation zur Kooperationsunterstützung in informellen Versorgungsstrukturen. In dem Projekt wurden innovative Ansätze der kooperativen Versorgung im Rahmen des Quartiersansatzes untersucht. Durch die Vernetzung familiärer Unterstützung, professioneller Pflege sowie bürgerschaftlichen Engagements sollte eine Stabilisierung und gleichzeitige Flexibilisierung von Versorgungsangeboten vorangetrieben werden.

### Forschungsfrage und Zielsetzung:

#### *Kooperationsunterstützung mit und ohne Technik*

Ziel des Projektes EIKI war es Handlungsempfehlungen für den Auf- und Ausbau quartiersbezogener und individueller Versorgungsstrukturen zu entwickeln und hierbei einen besonderen Fokus auf die Rolle der Technik zu legen. Damit leitet sich die folgende Fragestellung ab: Welche Hürden und Treiber sind bei der Vernetzung der Akteure sowohl im Quartier als auch im individuellen Pflegearrangement sowie bei der Einführung digitaler Werkzeuge zur Kooperationsunterstützung im oben beschriebenen Hilfemix zu beachten?

Das Forschungsprojekt EIKI untersuchte die Förderung der Vernetzung auf zwei Ebenen:

- (1) die strukturbildende Vernetzung von Akteuren zum Aufbau von Versorgungsstrukturen im Quartier
- (2) die strukturnutzende Vernetzung von Akteuren zur Unterstützung im individuellen Versorgungsfall.

Technik wird in diesem Kontext als Hilfsmittel verstanden, um Kommunikation, Koordination und Kooperation in Gruppen zu unterstützen und deren Vernetzung zu festigen und auszubauen.

### Besonderheiten der Forschungsarbeit:

Das Forschungsprojekt wurde in enger Verzahnung von Forschung und Praxis in den drei baden-württembergischen Kommunen Fischerbach, St. Georgen und Mönchweiler durchgeführt. Wegleitend war hierbei stehts eine hohe Bedarfsorientierung in jeder individuellen Praxisregion.

Zielgruppe des Projektes sind alle an der Pflege einer Person beteiligten Akteure. Dies beinhaltet sowohl das tatsächliche Hilfenetzwerk rund um eine pflegebedürftige Person und somit eine Reihe professioneller, semiprofessioneller und informeller Akteure, als auch die Kommunen mit ihren spezifischen Versorgungsstrukturen. Die Einbindung der Akteure in den drei Praxisorten erfolgte von

---

Beginn an und in allen Phasen des Projektes, z. B. durch Formate wie Strukturanalysen, Vernetzungworkshops oder Interviews.

Der vorliegende Bericht gliedert sich wie folgt.

Kapitel 2 und 3 können als einleitende Hintergrundkapitel verstanden werden, in denen das Konzept der kooperativen Versorgungsstrukturen und die Rolle von Technik zur Kollaborationsunterstützung tiefer vorgestellt werden.

Kapitel 4 geht speziell auf die Aspekte der Vernetzung im lokalen Nahraum und den konkreten Auf- und Ausbau „von Hilfemixstrukturen“ in den drei Praxisorten [5] ein. Als Besonderheit ist hierbei der Bezug zum ländlichen Sozialraum zu nennen. Alle drei Praxisregionen sind hierdurch maßgeblich geprägt.

Anschließend fokussiert Kapitel 5 die Vernetzung von Akteuren im individuellen Pflegearrangement. Eine Methodik zur Analyse von Pflegearrangements wird vorgestellt und Unterschiede in Pflegenetzwerken und deren Eignung für den Einsatz von Kollaborationswerkzeugen beschrieben.

Schlussendlich werden zusammenfassende Handlungsempfehlungen für die Umsetzung vorgestellt (Kapitel 6). Hierbei wird auf die enge Verzahnung der beiden Ebenen des gemeinschaftlichen und individuellen Hilfemix vertieft eingegangen, sich überschneidende Aspekte der Technik und ihrer Nutzung beleuchtet, und die Einsetzbarkeit von Technik für jedermann diskutiert.

## 2 Hilfemix – Kooperative Versorgungsstrukturen

Um ein einheitliches Verständnis des Themenfeldes für die weiteren Ausführungen voraussetzen zu können, gibt dieses Kapitel einen Einblick in das Thema Hilfemix und nimmt in diesem Zuge nötige Begriffsbestimmungen vor. Der Begriff „Hilfemix“ ist bislang nicht abschließend definiert. In dieser Ausführung soll der Hilfemix zum einem auf der Ebene des Quartiers verstanden werden, bei dem durch die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Institutionen ein Mix an Versorgungssettings entsteht. Zum anderen wird der Hilfemix auf der Ebene der an der direkten pflegerischen Versorgung beteiligten Person mit ihren unterschiedlichen Qualifikationen, Kompetenzen und Aufgaben betrachtet. Das Zusammenspiel erfolgt, indem auf der Ebene des Quartiers aufgebaute Strukturen auf individueller Ebene genutzt werden können, um eine Versorgung sicher zu stellen.

### 2.1 Hilfemix im Quartier

In der Politik, in der Wissenschaft und in der Öffentlichkeit ist die Ebene kleinteiliger sozialräumlicher Strukturen in den letzten Jahren ins Bewusstsein gerückt. Die Definition und Abgrenzung des Begriffs Quartier ist nicht trivial [6]. Häufig wird dieser mit Begrifflichkeiten wie „sozialer Nahraum“ oder „Nachbarschaft“ gleichgesetzt. Abgrenzungen erfolgen z. B. als Gebiet innerhalb kommunaler Grenzen. Oft grenzen/trennen größere geographische Gegebenheiten (Brücken, Flüsse, Täler, Straßen, usw.) Nachbarschaften voneinander ab und erzeugen physikalische Barrieren. Auch verwaltungstechnische Aspekte können Gebiete in Nachbarschaften unterteilen. Quartiere unterscheiden sich aber auch durch die soziodemografischen und sozioökonomischen Strukturen und die vorhandene Versorgungs- und Infrastruktur. Das Quartier aus Sicht des Individuums hingegen ist nicht nur ein räumlich abgrenzbares Gebiet, sondern ist verbunden mit einem Gefühl der Zugehörigkeit. Es erfüllt wichtige soziale Funktionen und ist lebensweltlich geprägt.

Die meisten Menschen möchten so lange wie möglich selbstständig in der eigenen Wohnung oder doch zumindest in ihrem Quartier leben und so weit wie möglich den Alltag in ihrer gewohnten Umgebung fortsetzen sowie ihre Teilhabe erhalten. Hierfür sind die Unterstützungsstrukturen im Quartier von hoher Bedeutung. Für hilfsbedürftige Personen ist neben der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung eine umfassende Unterstützung in unterschiedlichen Lebensbereichen, wie z.B. hauswirtschaftliche Versorgung und Teilhabe, notwendig. Auf Quartiersebene ist daher eine angemessene Zusammensetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure notwendig. Begriffe wie „Hilfemix“, „Versorgungsmix“, „sorgende Kommune“ und „caring community“ prägen in diesem Zusammenhang die Debatte und rücken die solidarische Gemeinschaft immer mehr in den Mittelpunkt der Betrachtung [2]. Sie werden als tragfähige Strategie für die vielfältigen Herausforderungen gesehen, die der demografische Wandel mit sich bringt [7]. Im Wesentlichen beruhen die Konzepte auf der vertrauensvollen Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure innerhalb von Quartieren. Professionelle Akteure, kommunale Verantwortliche, semiprofessionelle und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sowie familiäre Hilfe sollen auf Augenhöhe gemeinsam notwendige Unterstützungsleistung sicherstellen [5]. In Bezug auf ehrenamtliche Helferinnen und Helfer betont Kricheldorf, dass bürgerschaftliches Engagement und nachbarschaftliche Unterstützung auch von allein entstehen können, diese aber in der Regel von professioneller Unterstützung z. B. im Rahmen semiprofessioneller organisierter Nachbarschaftshilfe profitieren [8].

Die lokalen Akteure bilden einen Hilfemix, in dem sie Zuständigkeiten und Leistungen aufeinander abstimmen und die Verantwortung aufteilen. Ziel ist ein vernetztes Handeln von professionellen, semiprofessionellen und informellen Akteuren, wie beispielsweise dem ambulanten Pflegedienst, der Nachbarschaftshilfe und der Fahrdienste, um Versorgung zu optimieren, pflegende Angehörige zu entlasten und dem Fachkräftemangel in der Pflege entgegenzuwirken. Vorrangig ist hier die vielfältigen Grenzen innerhalb der Versorgung zu überwinden und ein kooperatives Handeln zu ermöglichen. Dieser vernetzte Hilfemix soll es dann ermöglichen einen personenzentrierten Hilfemix bzw. ein individuelles Pflegearrangement für einzelne Pflegebedürftige aufzubauen [8, 9] (vgl. Abbildung 1).

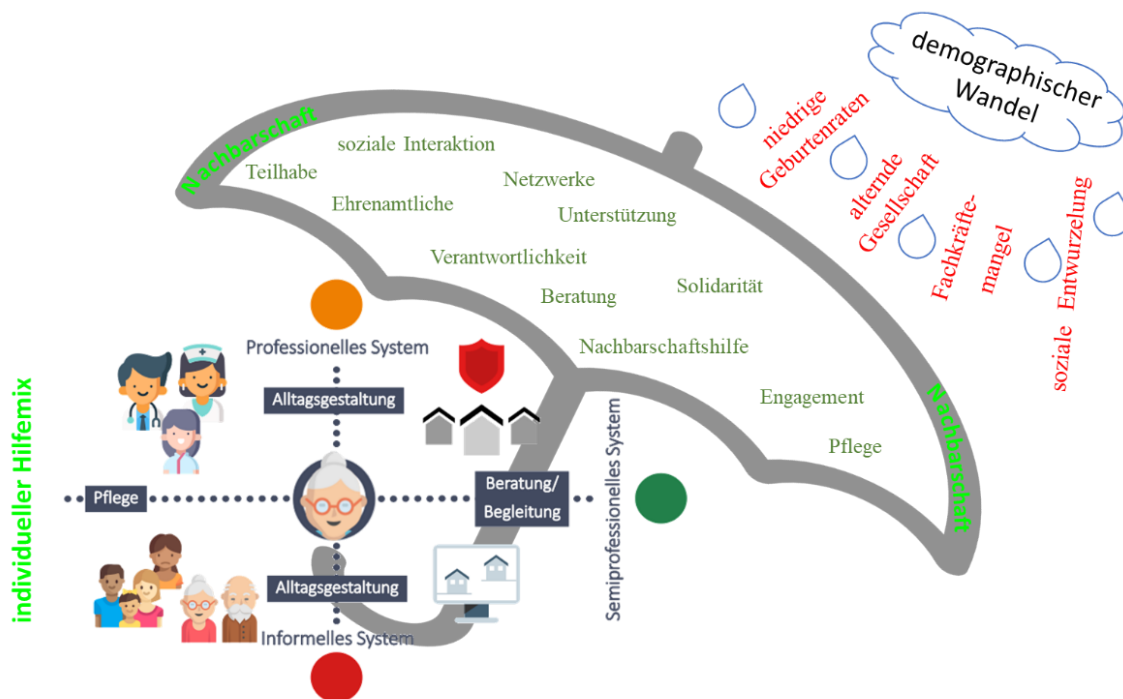


Abbildung 1: Zusammenarbeit verschiedener Akteure im lokalen und individuellen Hilfemix

Entscheidend für den Auf- und Ausbau der lokalen Versorgungsstrukturen sind somit die Bürgerinnen und Bürger der Quartiere, Vereine und Interessengemeinschaften, wie z. B. Nachbarschaftshilfe, und professionelle Anbieter wie Pflegedienste, ärztliches Fachpersonal, Sanitätshäuser oder Apotheken. Aber auch der Kommune selbst kommt hierbei eine entscheidende Rolle im Rahmen der „Daseinsvorsorge“ zu [8].

Die komplexe Organisation und Steuerung kann durch eine technische Vernetzung dieser professionellen, semiprofessionellen und informellen Strukturen im Sozialraum begünstigt werden. Görres et al. [2] sehen „das Potenzial einer über Technikeinsatz organisierten Arbeitsteilung (...) noch längst nicht ausgeschöpft“ und sehen hierbei u. a. die Abstimmung der einzelnen Angebote sowie die Steuerung und Optimierung der Versorgungsabläufe als Ziele des Technikeinsatzes. Während professionell Pflegende zur Planung und Dokumentation ihrer Arbeit heute überwiegend Softwarewerkzeuge einsetzen, gibt es in der Regel keine formellen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen mit weiteren Akteuren im Quartier. Technikeinsatz könnte hier einen Beitrag u.a. zur Abstimmung der einzelnen Angebote, sowie zur Steuerung des Informationsflusses im lokalen Sozialraum leisten.

## 2.2 Hilfemix im individuellen Bedarfsfall

Während es auf Quartiersebene um den Auf- und Ausbau der Versorgungsinfrastruktur geht, liegt der Fokus beim individuellen Hilfemix auf der optimalen Versorgung einer unterstützungsbedürftigen Person durch ihr individuelles Versorgungsnetzwerk, welches hierfür auf die lokale Versorgungsinfrastruktur zugreift.

Bei eintretendem Unterstützungsbedarf stellt sich für die betroffene Person und deren Angehörige die Frage, wie die Unterstützung organisiert und erbracht werden kann, wer welche Leistungen erbringt und wer diese organisiert bzw. koordiniert. Pflegearrangements sind vielfältig und sehr individuell. Es gibt kleine Unterstützungsnetzwerke, in denen wenige Personen vielfältige Aufgaben übernehmen. Meist sind dies informelle Netzwerke, in denen die Unterstützung rein durch Angehörige oder ehrenamtliche Helfer geleistet wird. Wenn eine Person ausfällt, gerät das Gesamtarrangement ins Wanken. In anderen Pflegearrangements arbeiten Angehörige, ehrenamtliche und professionelle Akteure zusammen. In der Regel übernehmen dabei professionell Pflegende vor allem medizinisch-pflegerische Aufgaben, wie z. B. das Medikamentenmanagement, während Angehörige und

nachbarschaftlich Engagierte die soziale Betreuung oder hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen. Auch die Frage, wer in den Netzwerken für die Koordination der Helferinnen und Helfer und die Organisation der Leistungen verantwortlich ist, ist sehr unterschiedlich. In manchen Pflegearrangements koordiniert dies die pflegebedürftige Person selbst. In anderen liegt die Hauptpflege und die Organisation in einer Hand, und wiederum in anderen ist die Organisation und die Durchführung auf unterschiedliche Personen verteilt. Laut einer Studie von Franke et al. [10] agieren in 10 – 23 % der Fälle entfernt lebende pflegende Angehörige als Hauptorganisator der Pflege und erbringen Pflegetätigkeiten in einem Umfang von mehreren Stunden pro Woche. Neumann [11] zeigt in ihrer Analyse Einflussfaktoren für die Gestaltung von Pflegearrangements in Privathaushalten auf. Demnach nutzten 54,5 % der alleinlebenden Unterstützungsbedürftigen professionelle Hilfe, entweder ausschließlich oder in Kombination mit informeller Hilfe. Auch konnte gezeigt werden, dass je umfangreicher Unterstützungsbedarf bei der alltäglichen Haushaltsführung, der Alltagsgestaltung und der Selbstpflege ist, desto eher wird informelle und formelle Pflege kombiniert [11].

Optimalerweise sind in so einem Pflegearrangement die Angehörigen, die Nachbarschaft und Freunde und die Akteure des lokalen Hilfemix miteinander vernetzt und handeln kooperativ. Das heißt, sie stimmen Zuständigkeiten und Leistungen aufeinander ab. Die Passgenauigkeit des individuellen Hilfemix trägt zu einer stabilen Versorgung und gleichzeitigen Flexibilisierung der Versorgungsangebote bei und entlastet die pflegenden Angehörigen [2].

Ein erfolgreicher Hilfemix hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab. Hierzu zählen u. a. die soziale Eingebundenheit und Offenheit der Pflegebedürftigen und Angehörigen für einen Versorgungsmix, sowie vor allem eine geeignete (professionelle) Hilfeplanung mit einem Hilfemix auf Quartiersebene, die am ehesten als Aufgabe der Gemeinwesenarbeit gesehen wird [12].

In der Praxis gestaltet sich die Zusammenarbeit in solchen multiprofessionellen Pflegearrangements häufig schwierig. Im Rahmen des, vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg geförderten Projektes SONIANetz wurden Problemlagen und Bedarfe der Zusammenarbeit in individuellen Hilfemixarrangements untersucht. Die Akteure stellen die Bedeutung eines guten Informationsaustausches auf Fallebene und klarer Verantwortlichkeiten heraus. Vor allem die semiprofessionellen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer beschreiben, dass sie häufig keinen Überblick haben, wer, mit welcher Rolle an der Versorgung beteiligt ist. Es besteht eine geringe Transparenz der Aufgaben anderer Akteure. So kommt es immer wieder zu Aufgabenüberschneidungen und Konflikten. Ebenso wird eine mangelnde Kommunikation vor allem zwischen Ehrenamtlichen und professionellen Akteuren über aktuelle Veränderungen beim Unterstützungsbedürftigen festgestellt. Probleme bei der Koordination von Aktivitäten, wie z. B. eine zeitaufwändige telefonische Terminkoordination, werden genannt. Insbesondere zur kurzfristigen Terminkoordination (z. B. bei Absagen von Terminen) werden Unterstützungsmöglichkeiten gewünscht. [4]

Digitale Kommunikation wird in den individuellen Netzwerken häufig schon genutzt, meist beschränkt auf das Versenden von WhatsApp-Nachrichten. Tools, die die komplexe Organisation und Steuerung von Leistungen in den Pflegearrangements unterstützen, sind bei den untersuchten Pflegearrangements nicht im Einsatz. Hier wird ein großes Potenzial gesehen die Akteure zu unterstützen, Informationslücken zu schließen und Termine und Aufgaben leichter zu koordinieren.

### 3 Hintergrund Technik – Mediator auf allen Ebenen

Es steht eine Vielzahl an Werkzeugen für die Unterstützung im Alter bereit. Neben der Schwierigkeit der passgenauen Technikauswahl, stellen sich Fragen der Akzeptanz und der Einführung in die Routinen und Prozesse der Anwendenden.

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die in der (ambulanten) Versorgung einsetzbaren Technologien zu vermitteln, den Themenschwerpunkt dieses Projektes herauszuarbeiten und auf bekannte Schwierigkeiten bei der Implementierung solcher Technologien hinzuweisen.

#### 3.1 Technik zur Vernetzung und dem Aufbau sorgender Gemeinschaften

Im Projekt EIKI lag der Fokus auf Technologien die zur Kommunikation, Koordination und Kooperation im Gemeinwesen und individuellen Unterstützungsfall eingesetzt werden können. Diese Kollaborationswerkzeuge werden häufig auch als „Groupware“ bezeichnet und können entsprechend der oben benannten Anwendungsgebiete gruppiert werden [13].

Anwendungsbeispiele für

- **Kommunikation:** z.B. Audio-/Video Konferenz Systeme, Datenübertragung, E-Mail, Instant Messenger / Gruppen Chat, Internet Foren
- **Kooperation:** z.B. Weblog, Wiki
- **Koordination:** Social Tagging, Abstimmungstools, geteilte Anwendungen, Schwarze Bretter, Zeitkonten

##### 3.1.1 Technik für die Vernetzung im Quartier

Für den Einsatz im Gemeinwesen werden Kollaborationswerkzeuge sowohl einzeln als auch in Kombination eingesetzt. Wichtig ist, dass die gewählten Anwendungen zu den Bedürfnissen des Quartiers passen. Der Mehrwert der Anwendung steigt mit der Fähigkeit der Anpassbarkeit an Quartiersgegebenheiten [14]. Soziale Netzwerke, wie Quartiersplattformen, stellen ein Beispiel für kombinierte Anwendungen dar. Die Plattformen unterstützen den Auf- und Ausbau von privaten und professionellen Beziehungen und beruhen auf dem Prinzip der Initiierung, der Vernetzung, und dem Erhalt und der Pflege von Kontakten [13]. So können über die Plattform z. B. Interessensgruppen in den Austausch treten, auf Veranstaltungen hingewiesen oder eine Tauschbörse initiiert werden. Ebenso können Bürgerinnen und Bürger ihre Unterstützung, z. B. beim Einkaufen oder bei der Gartenarbeit, über die Plattform anbieten. Einen zusammenfassenden Überblick über funktionale und nicht-funktionale Anforderungen an Quartiersplattformen bietet Renyi et al. [15] (siehe Tabelle 1Tabelle 2).



Tabelle 1: Zusammengefasste Anforderungen an eine Quartiersplattform von Renyi et al. [15]

<b>Funktionale Anforderungen a</b>	<b>lr</b>	<b>i</b>	<b>ft</b>	<b>ws</b>
Quartiersinhalte nur zugänglich via persönlichem Zugang			•	•
Quartiersnachrichten P2P und Gruppenchat	[16, 17]		•	•
Quartiersaddressbuch	[16, 17]		•	•
Leicht erkennbare Kontaktmöglichkeit zum Quartiersmanagement / Service Point / Support	[16, 17]		•	•
Quartierseventkalender	[16, 17]		•	•
Buchungskalender für Quartiersressourcen	[16, 17]		•	•
Verlinkung auf die Quartierswebseite	[16, 17]		•	•
(Zugangsbeschränkte) Schwarze Bretter	[16, 17]		•	•
Übersichtsseite für alle Neuigkeiten, Nachrichten, Posts, ...			•	•
Einbindbarkeit von Drittanbieter Applikationen regionaler Anbieter, z.B. öffentliche Nahverkehr	[18]		•	•
<b>Nicht-funktionale Anforderungen a</b>	<b>lr</b>	<b>i</b>	<b>ft</b>	<b>ws</b>
cross-platform Applikation	[19]		•	•
geringer Datenverkehr / Datensparsamkeit			•	
direkte Feedbackmechanismen (z.B. Ladeindikator)	[18]		•	
akustisches Feedback zur Vervollständigung des visuellen Feedback (z.B. Klickgeräusche, wenn Knopf gedrückt wurde)	[18]		•	•
Flat Design für leichte Navigation	[18, 20–22]		•	•
Verwendung eindrücklicher Symbole für intuitive Bedienung	[18, 23]		•	
Menubutton um schnell zur Startseite zurück zu gelangen	[18]		•	•
wenn möglich: regionale Dialekte, Farben, Logos	[18]		•	
vermeiden von Scroll-bars	[18, 21]			•
hohe Kontraste, Schriftgröße >= 12 Punkte, doppelter Zeilenabstand	[18]		•	

<sup>a</sup>Legende: Literatur Review (lr), Interviews (i), Feldtest (ft), Workshop (ws)

Beispiele für verfügbare Quartiersplattformen in Deutschland sind nextdoor<sup>1</sup> und nebenan.de<sup>2</sup>. Gemeinsam haben die Plattformen, dass die Gründung einer digitalen Nachbarschaft von jedem Nutzenden erfolgen kann und für Privatpersonen kostenfrei ist. Gemeinden und deren Quartiersmanagement können Teil der Netzwerke sein, haben hier aber keine herausgehobene Rolle, die z.B. eine Gestaltung der Plattform ermöglichen würde. Die Datenhoheit liegt beim Plattformbetreiber.

Einen anderen Weg begehen die beiden Schweizer Quartiersplattformen crossiety<sup>3</sup> (Abbildung 2 und 3) und fuerenand<sup>4</sup>. Auch hier ist die Nutzung der Plattformen für die Endnutzenden kostenfrei, aber die Initiierung einer digitalen Nachbarschaft erfolgt in der Regel durch die Kommune. Sowohl für die Initiierung als auch den laufenden Betrieb werden von beiden Plattformbetreibern Kosten erhoben. Im Gegenzug für diese Kosten erhalten die Kommunen z.B. zusätzliche administrative Rechte oder Support in Form einer Community-Managerin oder eines Community-Managers, der/die jederzeit für

<sup>1</sup> <https://nextdoor.de/>

<sup>2</sup> <https://nebenan.de/>

<sup>3</sup> <https://www.crossiety.ch/>

<sup>4</sup> <https://fuerenand.ch/>



(technische) Fragen ansprechbar ist. Die Geschäftsmodelle sind transparenter und die Daten werden nach Schweizer Datenschutzgesetz verarbeitet.

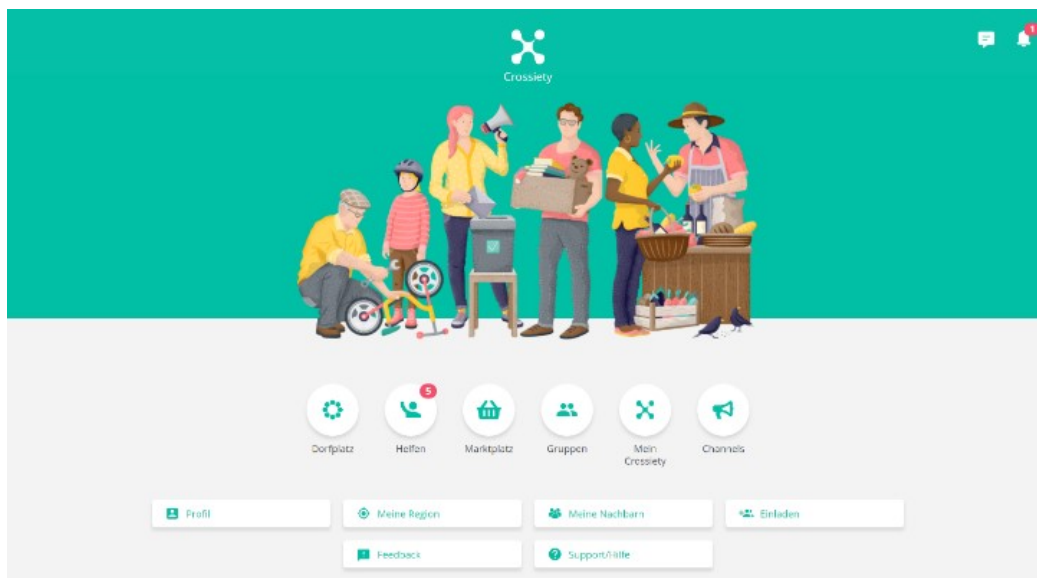


Abbildung 2: Startbildschirm der Quartiersplattform crossiety

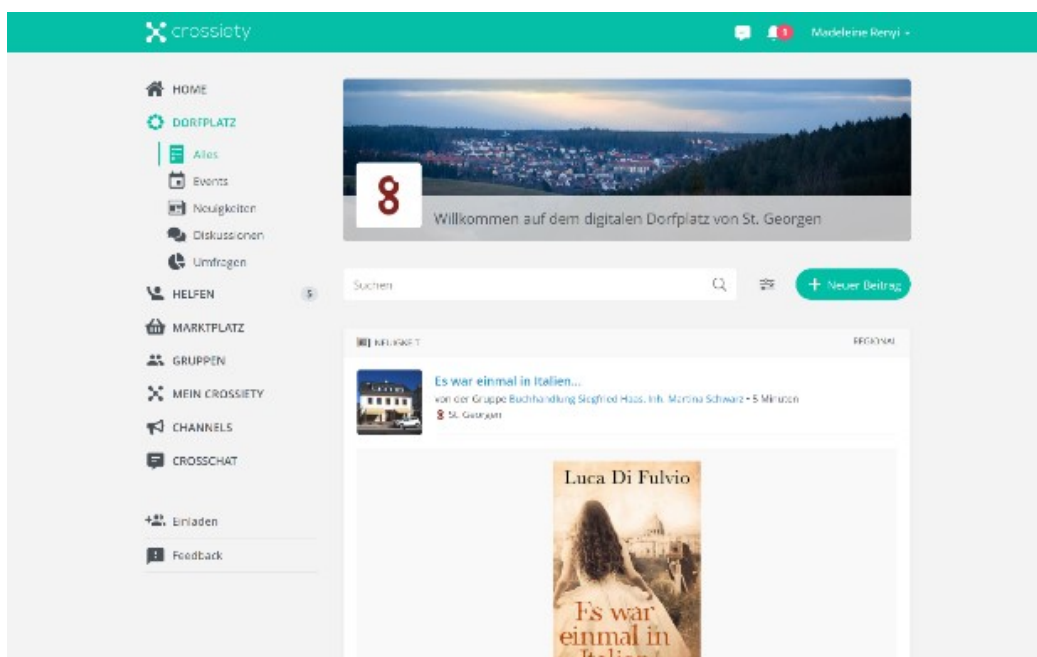


Abbildung 3: Screenshot des digitalen Dorfplatzes der Stadt St. Georgen.

Datensouveränität, aber auch soziale Teilhabe und Gerechtigkeit, waren besonders bei der Entwicklung des Forschungsprototypen WirlmQuartier<sup>5</sup> der Hochschule Furtwangen. Die Quartiersplattform wurde in mehreren Forschungsprojekten von 2013 bis 2018 entwickelt und im Jahr 2019 zur freien Verfügung für Quartiere „open source“ gestellt. Sie ist modular aufgebaut und kann somit in ihrer Funktionalität und Farbwahl individuell an jedes Quartier angepasst werden. Ein weiteres Beispiel für einen Forschungsprototyp ist die Quartiersplattform „Digitale Dörfer“<sup>6</sup>. Die in partizipativen Entwicklungsschritten gemeinsam mit Bürgerinnen und Bürgern und Kommunen entwickelten Module stehen nun allen interessierten Kommunen als Kaufangebot zur Verfügung.

<sup>5</sup> <https://imtt.hs-furtwangen.de/imtt/wir-im-quartier/>

<sup>6</sup> <https://www.digitale-doefer.de/>

Das Besondere an Quartiersplattformen ist, dass sie die Grenzen zwischen Helfendem und Geholfenem verschwimmen lassen. Fast jeder kann etwas anbieten, und gleichzeitig Hilfe in irgendeiner Form gebrauchen. So können z. B. Seniorinnen und Senioren, die Hilfe im Haushalt benötigen, gleichzeitig ihre Unterstützung bei der Hausaufgabenbetreuung von Schulkindern anbieten. Quartiersplattformen unterstützen somit die Entwicklung hin zu sorgenden Gemeinschaften („Caring Communities“).

### 3.1.2 Technik für die Unterstützung auf individueller Ebene

Wie in Kapitel 2 beschrieben, möchten Akteure in individuellen Pflegearrangements Informationen austauschen sowie Aufgaben und Termine leichter abstimmen können. Kommunikations-, Koordinations- und Kooperationswerkzeuge können einzeln oder in kombinierten Anwendungen diese Bedarfe bedienen.

Marktrecherchen zeigen, dass es weltweit ein Bewusstsein und einen Bedarf für Kollaborationsunterstützungssoftware für den Pflegefall gibt. In einer Marktübersicht deutsch- und englischsprachiger Anwendungen von Renyi et al. [4] aus dem Jahr 2017 werden 18 pflegespezifische Anwendungen untersucht. Ein Blick auf die aktuelle Marktlage zeigt, dass einige Anwendungen mittlerweile vom Markt verschwunden, andere dafür neu hinzugekommen sind.

Die Wahl der „richtigen“ Technik fällt da nicht leicht. Softwareangebote von Start-Ups überzeugen evtl. in einzelnen Aspekten, wie Usability, Design oder Funktionsumfang, gegenüber langjährigen Anbietern, können dafür aber z. B. weniger Sicherheit in Punkto Nachhaltigkeit bieten.

In einer Studie von Renyi et al. [24] aus dem Jahr 2018 werden die Anforderungen an pflegespezifische Kollaborationswerkzeuge zusammenfassend vorgestellt (siehe Tabelle 2).

*Tabelle 2: Zusammengefasste Anforderungen für Kollaborationswerkzeuge für den individuellen Hilfemix nach [24]*

<b>Funktionale Anforderungen<sup>a</sup></b>	lr	i	cs	ws
Eigener Zugang für versorgungsbedürftige Person	[25]			•
Erstellen, Editieren und Löschen von eigenem Profil	[25]			•
Überblick über alle Versorgungsnetzwerke	[26]			•
Erstellen, Editieren, Verlassen und Löschen von Netzwerken (rollenabhängig)	[27]	•	2	•
Fallbezogenes Wissen (inklusive Medikation, etc.)	[28], [26]	•		•
Fallbezogenes Adressbuch (inklusive Tätigkeitsfeldern, bevorzugten Kommunikationskanälen, Erreichbarkeit, etc.)	[28],[25], [27]	•		•
Erstellen, Editieren und Löschen von Terminen und Aufgaben	[28],[29], [25],[30], [31],[26]	•		•
Erstellen, Editieren und Löschen von Forumsbeiträgen (inkl. Kommentieren, Liken, Taggen, Filtern)	[27],[26]		2	•
Senden von (fallbezogenen) (Gruppen-) Nachrichten	[28],[29], [25],[27], [26],[32]			•
Push Benachrichtigungen für alle Neuigkeiten / Aktionen			1, 2	•
Fallbezogene und persönliche Notizen			2	•
online and offline Funktionalität			•	•
<b>Nicht-funktionale Anforderungen<sup>a</sup></b>	lr	i	cs	ws
mobile Anwendung	[28],[29], [32]		2	•
Vernetzung von Stakeholdern	[26]	•		•
Performance			2	•
Usability		•	1, 2	•
Vertraulichkeit, Integrität and Datenschutz	[25, 31, 32]			•

<sup>a</sup>Legende: Literaturrecherche (lr), Interviews (i), Feldtest (ft), Workshops (ws)

Vergleicht man diese Anforderungen mit dem Funktionsumfang gängiger, pflegeunspezifischer Anwendungen könnte auf den ersten Blick geschlossen werden, dass sich diese größtenteils überschneiden. Eine tiefere Analyse und Gewichtung der Funktionsanforderungen sind daher unerlässlich. Zudem ist eine Differenzierung nach Nutzergruppen notwendig. Manche Anforderungen, wie z. B. der Datenschutz, sind essenziell für professionelle Akteure. Semiprofessionelle und informelle Akteure hingegen verwenden bereits aus Datenschutzsicht kritische Anwendungen, wie WhatsApp, im Alltag auch für die Kommunikation pflegespezifischer Angelegenheiten [33].

Basierend auf den Anforderungen aus Tabelle 2 entwickelte die Hochschule Furtwangen den Prototypen „Zirkel“<sup>7</sup> (siehe Abbildung 4), welcher unter anderen Technologien in den Praxistests in diesem Projekt eingesetzt wurde.

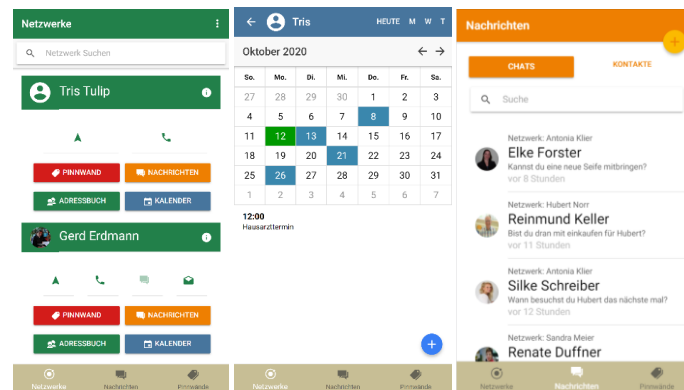


Abbildung 4: Screenshots der Zirkel App: Detailansicht des Startbildschirms (Netzwerkübersicht), Kalenders und der Nachrichten

Während Renyi et al. [24] somit prinzipiell den Funktionsumfang einer idealtypischen Pflegekollaborationssoftware vorgestellt haben, bleibt u. a. die Frage offen, ob für die Pflegekollaboration eine Anwendung mit hohem Funktionsumfang oder mehreren einzelnen Anwendungen kombiniert sich in der Praxis durchsetzen werden. In *Kapitel 5 Vernetzung im individuellen Fall* wird auf diese Thematik unter anderem noch einmal Bezug genommen und Erfahrungen aus dem Feld zur kombinierten Nutzung von WhatsApp und GoogleKalender bis hin zur Nutzung der Quartiersplattform crossiety<sup>8</sup> für die Pflegekollaboration eingegangen.

### 3.2 Herausforderungen bei der Einführung von Vernetzungstechnologien

Dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) wird im Allgemeinen ein sehr hohes Potential zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zugesprochen. Ein Blick in die Praxis zeigt allerdings, dass diese häufig hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die Gründe dafür sind sehr vielfältig, wie zum Beispiel mangelnde Akzeptanz seitens einer der betroffenen Anwendergruppen, Schwierigkeiten bei der Integration neuer Gesundheitstechnologien in bestehende Versorgungsprozesse oder regulatorische Rahmenbedingungen. Lange Zeit fand die systematische Untersuchung der Ursachen für die geringe Nutzung von vielversprechenden digitalen Gesundheitstechnologien in der Forschung wenig Beachtung. [34]

Im Jahr 2017 stellten Greenhalgh et al. [35] das sogenannte NASSS-Framework vor – Framework for **N**onadoption, **A**bandonment, and Challenges to the **S**cale-Up, **S**pread, and **S**ustainability of Health and Care Technologies. Das Modell hilft dabei, die Nichtnutzung von Gesundheitstechnologien durch individuelle Nutzende (non-adoption and abandonment) sowie Herausforderungen für die Verbreitung und die Nachhaltigkeit von technikbasierten Veränderungsprozessen in Institutionen des Gesundheitswesens (scale-up, spread and sustainability) zu erklären [34]. Abbildung 55 zeigt eine graphische Zusammenfassung der offiziellen deutschen Übersetzung des Modells durch Kunze [34].

<sup>7</sup> <https://imtt.hs-furtwangen.de/imtt/sonianetz-zirkel/>

<sup>8</sup> <https://www.crossiety.de/>

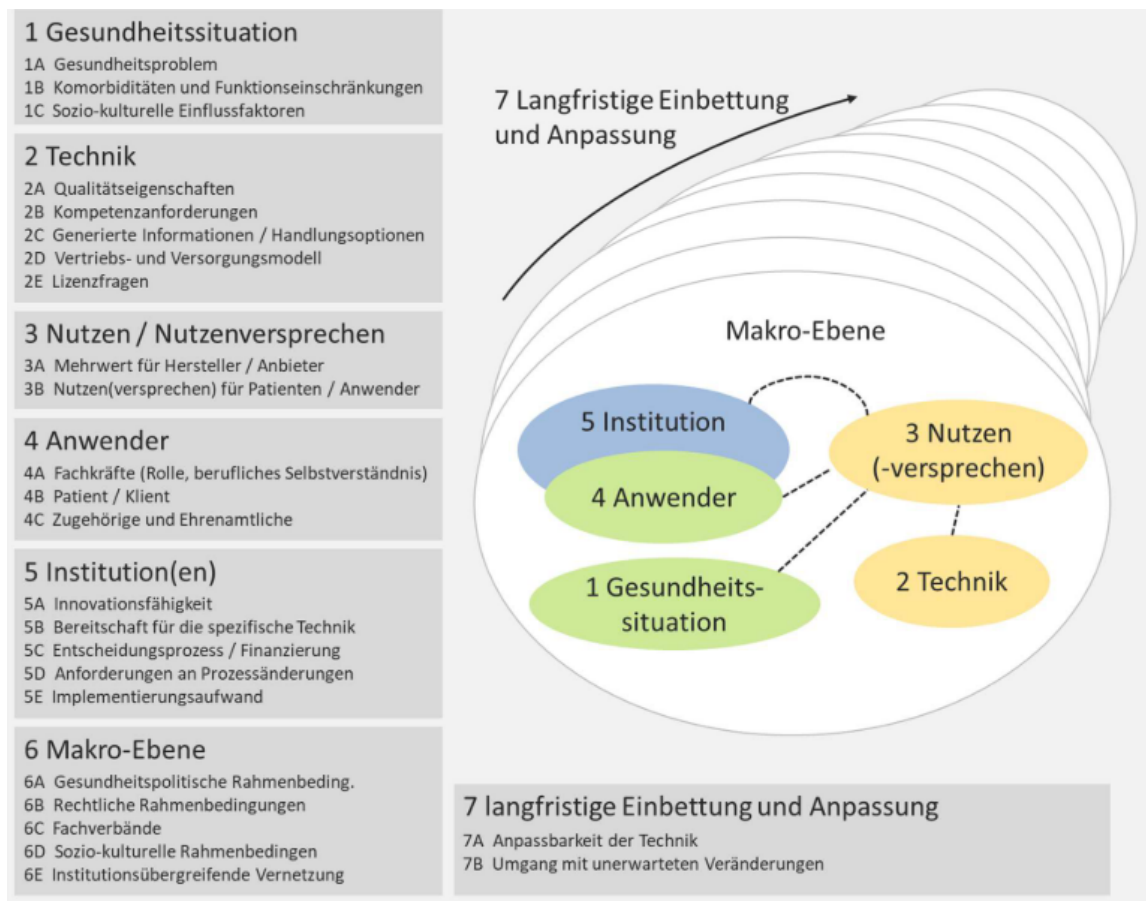


Abbildung 5: deutsche Version des NASSS-Frameworks (übersetzt und adaptiert von Kunze [34] nach Greenhalgh et al. [35–37])

Im Rahmen des EIKI Projektes wurden Technologien für den Anwendungsbereich des Hilfemix auf individueller Ebene mit Hilfe des Modells näher untersucht. Ein Review von Renyi et al. [38] zeigt auch für diesen Anwendungsbereich eine erhöhte Komplexität. Dies könnte u.a. an der schon zuvor beschriebenen mangelnden Passgenauigkeit zu Personengruppen, zu den Handlungsfeldern und zum Ziel des Technikeinsatzes liegen. Die Wertversprechen der Betreiber über ihre Produkte sind zumeist zu allgemein gehalten und können die Zielgruppe nicht von den Vorteilen gegenüber unspezifischen Standardanwendungen überzeugen. Aber auch die Reife des bestehenden Gesellschaftssystems und der regulatorischen Strukturen wird in Frage gestellt [38].

Um der Komplexität bei der Einführung von Technik im Quartier zu begegnen wurde von Renyi et al [39] ein Reifegradmodell für IKT-gestützte Quartierentwicklung erarbeitet. In 12 Dimensionen können Quartiere ihre aktuelle Reife bestimmen und mit Hilfe des Tools den Fahrplan für eine erfolgreiche Technikimplementierung aufstellen.

## 4 Aufbau von Hilfemixstrukturen im Quartier

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, sollen im Projekt EIKI Netzwerke entstehen bzw. gefördert werden, in denen professionelle, semiprofessionelle und informelle Akteure ihre Angebote und Leistungen aufeinander abstimmen und die Verantwortung teilen (Hilfemix).

Netzwerke insgesamt bieten die Chance, Probleme gemeinsam zu lösen sowie Ziele gemeinsam zu erreichen. Im Netzwerk erfolgt im Allgemeinen die Abstimmung von Aktivitäten und die Verknüpfung einzelner Handlungen. Durch die Zusammenarbeit, die Koordination von (Dienst-) Leistungen bis hin zur Kollaboration können Herausforderungen überwunden werden. Kennzeichnend für ein Netzwerk ist der gemeinsame Nutzen und das gegenseitige Vertrauen der Akteure, die dem Netzwerk Stabilität geben sollen [40]. Der Austausch mit Menschen, die die gleichen Interessen und auch Ziele haben, steht dabei im Vordergrund und unterstützt das Erreichen einer Win-Win-Situation. Die Akteure in einem Netzwerk profitieren durch den Austausch ihrer Kompetenzen, Ideen und Kontakte, welcher den Mehrwert und damit unter anderem auch den Erfolg eines Netzwerks widerspiegelt [41].

### 4.1 Ziele und Vorgehen

Ein Ziel von EIKI war es, die regionalen Hilfemixstrukturen in den beteiligten Gemeinden Fischerbach, Mönchweiler und St. Georgen durch eine bessere Vernetzung auszubauen und die Zusammenarbeit zu stärken.

Grundlage hierfür ist die detaillierte Erfassung aller Gesundheitsakteure im Quartier sowie die Analyse der bisherigen Zusammenarbeit. Daher wurden zu Beginn des Projektes Workshops mit den Projektpartnern zur Identifikation der Vernetzungsstrukturen und der Vernetzungsgrade in den jeweiligen Praxisorten durchgeführt.

Ziel dieser Workshops zum Thema Vernetzung der Akteure aus Pflege und Unterstützung war es:

- einen Überblick über die Akteure der pflegerischen Versorgung und Unterstützung in den Kommunen zu erhalten
- Vernetzungsstrukturen und den Vernetzungsgrad der beteiligten Kommunen und Projektpartner aufzuzeigen
- die Kooperationsbeziehungen und Kooperationsformen zwischen den Akteuren aufzuzeigen
- Kommunikationsströme und zentrale Akteure eines zukünftigen Hilfemix zu erkennen, sowie
- neue Akteure und die Möglichkeiten einer Kooperation zu identifizieren.

Bei den Workshops wurden mögliche Akteure und deren Rollen und Aufgaben von den Projektpartnern gesammelt und anhand der Kategorien „Professionelle Akteure“, „Semiprofessionelle Akteure“ und „Informelle Akteure“ sortiert (siehe Abbildung 6). Jeder Partner kennzeichnete die bereits vorhandenen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen (einseitige Kommunikation oder beidseitige Kommunikation) sowie die Häufigkeiten des Kontaktes. Die Ergebnisse wurden in einer sogenannten Vernetzungslandkarte dargestellt.

Aufbauend auf diese Analyse wurde der weitere Aufbau der Unterstützungsstrukturen in den Praxisorten geplant. Da jeder Praxisort eigene Voraussetzungen und Zielsetzungen aufwies, wurden unterschiedliche Umsetzungsschwerpunkte und Vorgehensweisen gewählt.





Abbildung 6: Impressionen der Netzwerkanalyse in Fischerbach

## 4.2 Fischerbach

### 4.2.1 Ausgangslage

Fischerbach ist eine kleine Gemeinde im Ortenaukreis im Kinzigtal. Von den knapp 1800 Einwohnerinnen und Einwohner sind 18,1% 65 Jahre und älter. Die Gemeinde Fischerbach hat mit der Bürgergemeinschaft Fischerbach e.V. Strukturen für die Unterstützung für Jung und Alt in allen Lebenssituationen geschaffen. Seit mehr als sechs Jahren organisiert die Bürgergemeinschaft Fischerbach e.V. Hilfe für Jung und Alt überall dort, wo die Unterstützung der offiziellen Institutionen nicht ausreicht. Im Fokus stehen einerseits kranke und behinderte Bürgerinnen und Bürger der Gemeinde, denen ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit trotz Unterstützungsbedarf ermöglicht und der Erhalt von Sozialkontakten vereinfacht werden soll, andererseits pflegende Angehörige, Familien und Alleinerziehende, die benötigte Unterstützung erhalten sollen. Hierfür organisiert und vermittelt die Bürgergemeinschaft unter anderem Betreuungs-, Hauswirtschafts- und Fahrdienste. Bürgerinnen und Bürger von Fischerbach engagieren sich freiwillig, ehrenamtlich oder gegen Bezahlung für die Aufgaben der Bürgergemeinschaft Fischerbach. Der Caritasverband Kinzigtal e.V. bietet über rein pflegerische Tätigkeiten hinaus ein breites Angebot an Unterstützungsleistungen. Seit 2009 vervollständigt das Caritashaus mit seinen zentralen Beratungsangeboten gemeinsam mit dem Alfred-Behr-Haus, der Sozialstation für die Raumschaft Haslach und weiteren sozialen Einrichtungen das Haslacher Sozialzentrum.

### 4.2.2 Strukturanalyse

In Fischerbach zeigte die Strukturanalyse (siehe Abbildung 7), dass die Sozialstation der Raumschaft Haslach e.V. vor allem mit den professionellen Akteuren gut vernetzt ist. Die Zusammenarbeit mit den semiprofessionellen Akteuren und den informellen Akteuren ist ausbaufähig. Die Bürgergemeinschaft Fischerbach e.V. pflegt ihre Kontakte eher mit den semiprofessionellen Akteuren vor Ort.

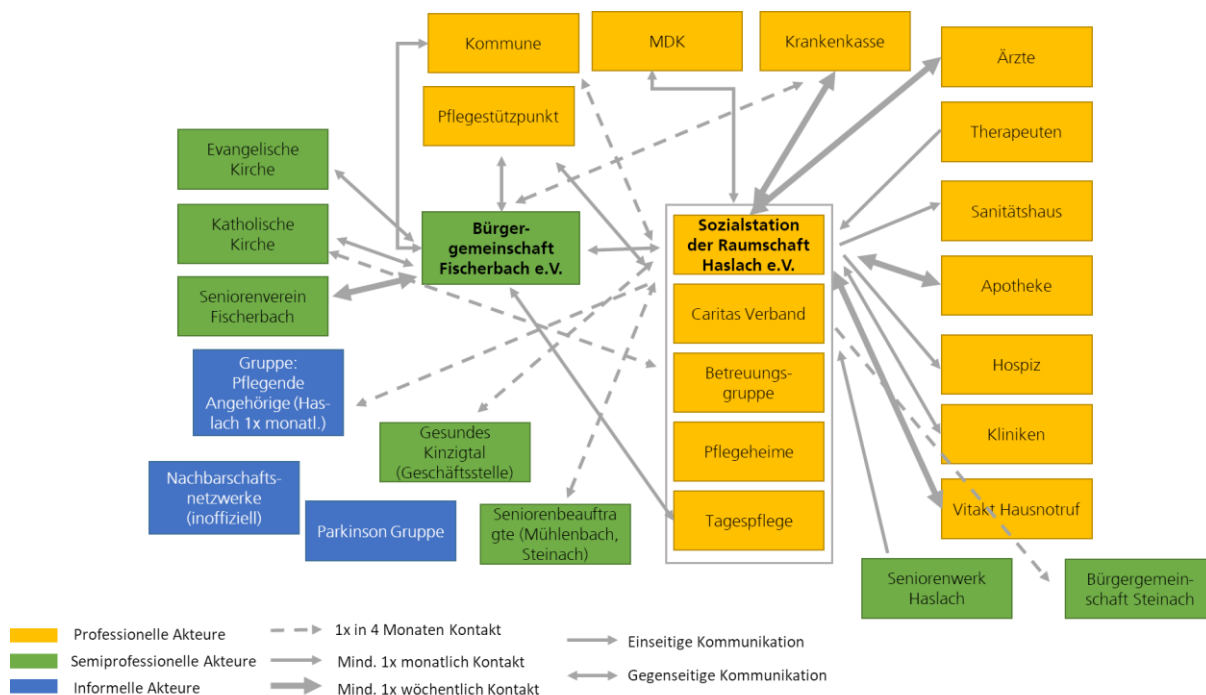


Abbildung 7: Strukturlandkarte Praxisregion Fischerbach

#### 4.2.3 Aufbau der Strukturen

In Fischerbach vertieften die Praxispartner die Zusammenarbeit zwischen der Sozialstation Haslach und der Bürgergemeinschaft Fischerbach mit dem Ziel Vorteile für gemeinsame Kundinnen und Kunden zu generieren. Es wurde ein Workshop durchgeführt und konkrete Punkte der Zusammenarbeit geplant.

Bereits beim Anamnesegespräch mit den Kundinnen und Kunden sowie Angehörigen wird nun nachgefragt, ob die jeweils andere Institution schon im Haushalt vertreten ist. Dies erleichtert, nach Zustimmung der Kundinnen und Kunden, direkte Absprachen zu treffen und sich gegebenenfalls über deren Bedarfe auszutauschen. Gerade bei herausfordernden Einsätzen kann ein Austausch, z. B. innerhalb einer gemeinsamen Fallbesprechung, gelingen. Die Erkenntnisse und Empfehlungen sollen dann in Gespräche mit den Kundinnen und Kunden einfließen. Der Gemeinschaftsgedanke zwischen den an der Versorgung beteiligten Diensten steht im Vordergrund (Kooperation statt Konkurrenz).

Auch in Bezug auf Leistungsabrechnungen wurden Absprachen vereinbart, um Überschneidungen zu vermeiden und eine Transparenz herzustellen. Dies ermöglicht den Kundinnen und Kunden u.a. Leistungsansprüche optimal auszuschöpfen.

Durch die Kooperation wird nun auch die Teilnahme an gemeinsamen Schulungen und Fortbildungen und Austausch über Gesprächsplattformen möglich (Synergieeffekte im Bereich Wissenserweiterung). Von Seiten des Caritasverband Kinzigtal e.V. ist es möglich, kleinere Kooperationspartner, wie z.B. die Bürgergemeinschaft Fischerbach, in vorhandene Schulungsangebote zu integrieren und somit den Organisationsaufwand und Kosten für diejenigen geringer zu halten (Servicegedanke). So finden seit März 2020 Fortbildungen im Caritasverband Kinzigtal statt, an der die Bürgergemeinschaft Fischerbach teilnimmt. Insgesamt laufen die Absprachen und die Zusammenarbeit bei gemeinsamen Kundinnen und Kunden sehr eng und neue Kundinnen und Kunden werden vermittelt. Vor allem in der herausfordernden Zeit der Coronapandemie zeigte sich der große Benefit der engen Kooperation.

## 4.3 Mönchweiler

### 4.3.1 Ausgangslage

Als flächenkleinste Gemeinde im Landkreis Schwarzwald-Baar versucht die Gemeinde Mönchweiler neue Strategien der Daseinsvorsorge zu entwickeln. Mittlerweile stellt die Altersgruppe zwischen 40 bis 60 Jahren die größte Altersgruppe dar. Das Durchschnittsalter der Gemeinde liegt bei 45,6 Jahren. In Abstimmung mit der Bürgerschaft wurden daher neue Prioritäten gesetzt. Die Einbindung der Bürgerinnen und Bürger erfolgt über das bereits angestoßene Gemeindeentwicklungskonzept, in dem die Schwerpunkte familienfreundliche Gemeinde, Wohnen für alle Generationen und Infrastruktur für die Zukunft gesetzt wurden. Seit über 15 Jahren bietet die ehrenamtlich strukturierte „Generationenbrücke“ eine zentrale Anlaufstelle für alle Mönchweiler. Die Initiative wurde am 06.11.2002 gegründet und am 18. Januar 2017 in einen gemeinnützigen Verein umgewandelt. Ihre aktiven Mitglieder sorgen dafür, die älteren Bürgerinnen und Bürger mit den Jüngeren zu verbinden und Familien in unterschiedlichen Situationen zu unterstützen. Gleichzeitig werden den älteren Mitbürgerinnen und Mitbürgern Angebote gemacht, die die Teilhabe und Gesundheit fördern. Die bestehenden Strukturen werden durch die Einrichtung einer Begegnungsstätte für Jung und Alt sowie dem Aufbau einer organisierten Nachbarschaftshilfe weiterentwickelt.

### 4.3.2 Strukturanalyse

In der Gemeinde Mönchweiler ist die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements und des Zusammenlebens der Generationen ein Schwerpunkt der kommunalen Arbeit. Dies wurde bei der Strukturanalyse sichtbar (siehe Abbildung 8). Die Generationenbrücke Mönchweiler e.V. ist eine wichtige Säule in der Erbringung von Leistungen und der Weiterentwicklung des bürgerschaftlichen Engagements. Unter dem Dach der Generationenbrücke sind vielfältige Aktivitäten vereint. Semiprofessionelle Akteure, wie z.B. Vereine, sind direkt eingebunden bzw. in Kooperation aktiv. Die Generationenbrücke und die im Projekt EIKI neu geschaffene Generationenhilfe, die direkt bei der Kommune angesiedelt ist, arbeiten eng zusammen und sind gut miteinander vernetzt. Deutlich wurde, dass die Zusammenarbeit mit den professionellen Akteuren, vor allem mit den ambulanten Pflegediensten, nur punktuell und patientenbezogen besteht.

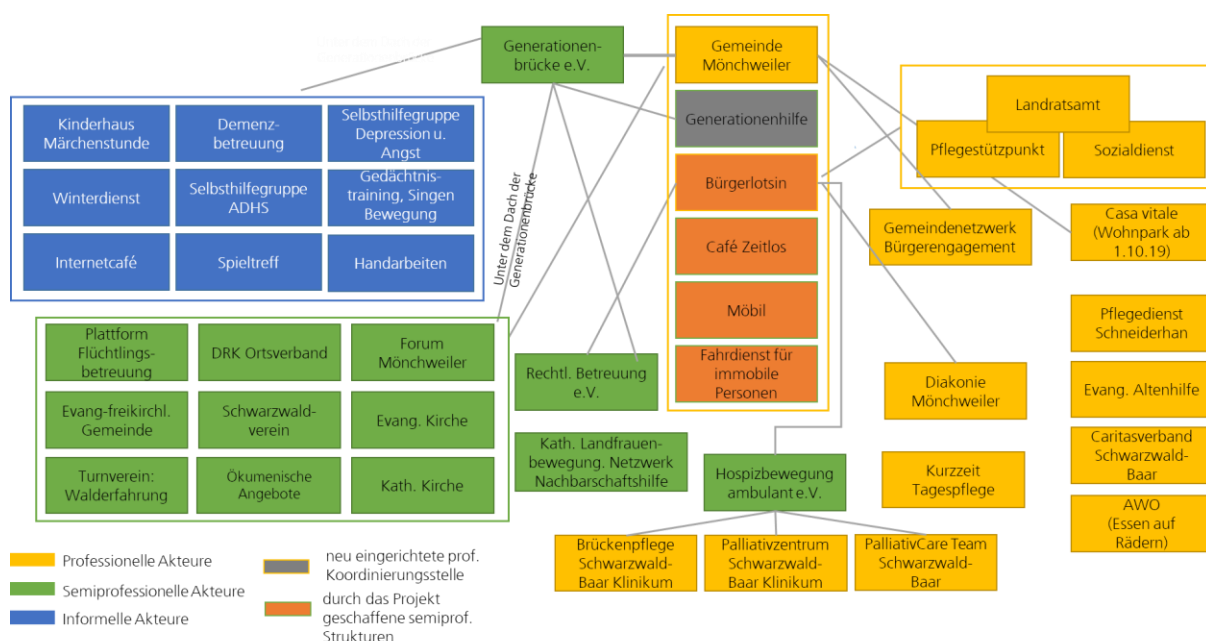


Abbildung 8: Strukturkarte der Praxisregion Mönchweiler



### 4.3.3 Aufbau der Strukturen

Ziel der Mönchweiler Praxispartner war der Aufbau einer kommunal organisierten Nachbarschaftshilfe (Generationenhilfe). Bereits vor der Strukturanalyse wurde mit dem Aufbau der Generationenhilfe begonnen. Nach der Aufbauphase werden seit dem 01.09.2019 in Mönchweiler über die Generationenhilfe niederschwellige Dienstleistungen, wie z.B. Besuchsdienste, hauswirtschaftliche Leistungen und Begleitung zu Arztpraxen und Behörden, angeboten. Im August 2020 war mit 32 Helferinnen und Helfer eine Vereinbarung im Ehrenamt abgeschlossen. Es wurde eine 50% "Koordinations"-Stelle als Anlaufstelle für Hilfesuchende sowie zur professionellen Koordination und Unterstützung der Nachbarschaftshilfe eingerichtet. Aufgabe ist es u.a. Erstgespräche mit den Kundinnen und Kunden zu führen, die Hilfe zu planen und die Versorgung zu koordinieren. Derzeit sind die Helferinnen und Helfer in 16 Haushalten aktiv.

Auch das Mobilitätskonzept MöBiL wird über die Generationenhilfe betrieben. Zwei Mal die Woche können Bürgerinnen und Bürger eine Einkaufsfahrt in Begleitung mit dem Bürgerbus buchen. Ausflüge und Begleitung zu Kinobesuchen werden ebenfalls angeboten. Es sind fünf Fahrerinnen und Fahrer sowie fünf Begleiterinnen und Begleiter aktiv. Besonders in der Corona-Pandemie wird der Bürgerbus sehr in Anspruch genommen. Als zusätzliches Angebot wurden Impftermine und die Impffahrten mit Begleitung für die Bürgerinnen und Bürger ab 80 Jahren organisiert. Diese Fahrten wurden auf Spendenbasis angeboten.

Der Aufbau und der Betrieb der Generationenhilfe bündelten im Projekt viele Ressourcen. Die in der Strukturanalyse identifizierte geringe Vernetzung, vor allem zu den professionellen Akteuren, konnte daher erst zu Ende des Projektes durch einen Vernetzungsworkshop mit unterschiedlichen professionellen und semiprofessionellen Akteuren forciert werden. Die Organisation der Vernetzungswshops gestaltete sich eher schwierig, da bei den Akteuren teilweise das Verständnis für die Mehrwerte lokaler Vernetzung fehlten. Hier war es wichtig in einem ersten Schritt Vertrauen aufzubauen und Mehrwerte der Vernetzung zu verdeutlichen. So konnten erfolgreiche Kooperationen zwischen den ambulanten Diensten und der Generationenhilfe geschlossen werden. Unter anderem wurde vereinbart, dass bei Fragen zur Beantragung des Pflegegrades zukünftig auf einen ambulanten Dienst in Mönchweiler verwiesen wird. Darüber hinaus wurde ein jour fix zwischen der Generationenhilfe und einem ambulanten Pflegedienst zum Erfahrungsaustausch und ggf. Fallbesprechungen vereinbart. Das Gesundheitsnetzwerk Schwarzwald-Baar und der Sportverein werden zukünftig gemeinsam das Programm „Pro Balance: Aktivierung von Hochaltrigen“ anbieten. Leider konnte der erste Kurs aufgrund der Corona-Pandemie nicht stattfinden.

## 4.4 St. Georgen

### 4.4.1 Ausgangslage

Die Stadt St. Georgen ist eine Kleinstadt (ca. 13.300 Einwohner) im Herzen des Südschwarzwalds. Mit etwa 5.000 Bürgerinnen und Bürger im Alter über 65 Jahren liegt die Stadt über dem baden-württembergischen Alters-Durchschnitt. Während in Baden-Württemberg jeder 5. Einwohner über 65 Jahre alt ist, ist es in St. Georgen bereits jeder 4. Einwohner. Um dieser Tatsache gerecht zu werden, wurde der "demografische Wandel" als eines der Leitthemen im Stadtentwicklungsprozess der Stadt St. Georgen festgelegt. Als Schlüsselprojekt wurde hierin die stärkere Berücksichtigung der Interessen von Seniorinnen und Senioren verankert. Bereits jetzt kann die Stadt St. Georgen seinen Bürgerinnen und Bürgern eine gute Versorgung auch im Alter bieten. Im näheren Umfeld des Stadtzentrums betreibt die evangelische Altenhilfe zwei Pflegeheime inklusive einer Sozialstation und betreutem Wohnen. Neu erbaut wurde zudem eine komplette Wohnanlage mit 37 seniorenfreundlichen Wohnungen und einem Servicekonzept. Mit der Gründung der WIRKstatt vor mehr als 10 Jahren fand auch das bürgerschaftliche Engagement in St. Georgen eine kommunale Anlaufstelle.

Durch die beiden ambulanten Pflegedienste, evangelische Altenhilfe und Pflegedienst Schneiderhan, werden in St. Georgen umfassende Leistungen angeboten, um älteren Menschen ein Leben zu Hause möglichst selbstbestimmt und sicher zu ermöglichen. Die Angebotspalette deckt von pflegerischen Grundtätigkeiten bis zu häuslichen Dienstleistungen alles ab.

### 4.4.2 Strukturanalyse

In St. Georgen arbeiten die Projektpartner punktuell zusammen, bzw. vermitteln gegenseitig Kontakte. Zu den Ärztinnen und Ärzten sowie den Apotheken und den Kassen- und Sozialversicherungsvertreterinnen und Kassen- und Sozialversicherungsvertreter besteht eine enge Kommunikation. Zu den semiprofessionellen Akteuren bestehen die Kommunikationsbeziehungen gar nicht oder eher sporadisch. Die Kommune, als Partner im Projekt, pflegt bis dato keine Kooperationsbeziehung mit den Akteuren vor Ort (siehe Abbildung 9).

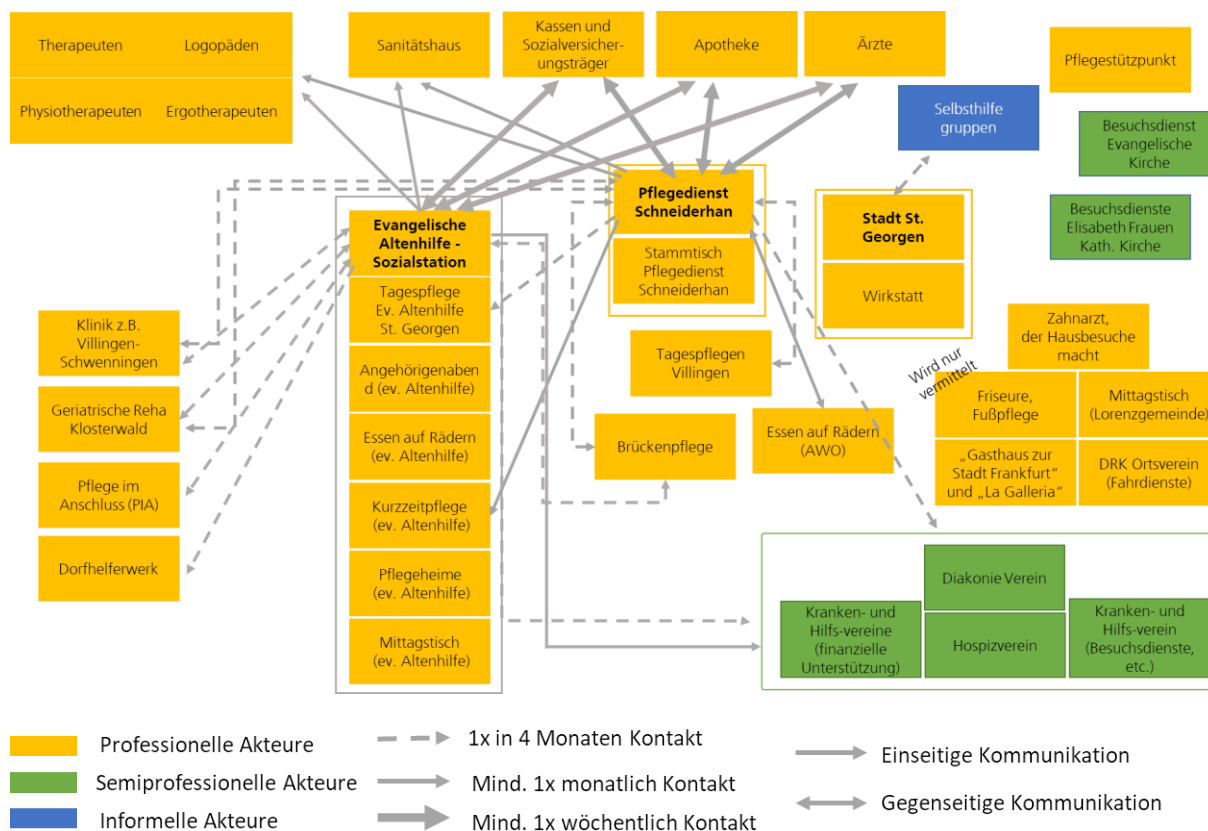


Abbildung 9: Strukturlandkarte Praxisregion St. Georgen;

#### 4.4.3 Aufbau der Strukturen

In St. Georgen wurden, die im Workshop identifizierten Akteure in einer Akteursmatrix mit ihren Angeboten, Ansprechpersonen, Kompetenzen und Alleinstellungsmerkmalen überführt und genauer beschrieben, sowie vertiefende Interviews zur Zusammenarbeit geführt. Inhalt war u. a. die personelle Ausstattung, die Auslastung, die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit anderen Akteuren sowie Wünsche an die künftige Zusammenarbeit. Obwohl keine Kooperationsbeziehungen bestehen, wurde eine hohe Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit innerhalb der Stadt angegeben. Als Grund wurde oft genannt, dass in einem Ort, „in dem jeder jeden kennt“, die Wege kurz seien.

Deutlich wurde aber, dass für die Bürgerinnen und Bürger Informationen über die Vielzahl der Angebote zum Leben im Alter nicht gebündelt und transparent sichtbar sind. Es wurde beschlossen, eine Informationsbroschüre zu erstellen, die älteren Bürgerinnen und Bürgern die in St. Georgen verfügbaren Angebote übersichtlich und attraktiv nahebringt.

Darüber hinaus wurde eine am Markt etablierte Quartiersplattform (crossiety) eingeführt, welche sowohl der Vernetzung in der Nachbarschaft, der professionellen und informellen Akteure dienlich ist, als auch kollaborationsunterstützende Funktionalitäten für den individuellen Hilfemix aufweist. Im Herbst 2019 wurde mit den Vorbereitungen zur Einführung der „crossiety App“ für St. Georgen begonnen. Im Januar 2020 wurde die App dann offiziell für alle Bürger eingeführt. In der Zwischenzeit sind mehr als 160 Gruppen auf crossiety gegründet und ca. 3700 Nutzende registriert. Die Einführungs-Workshops für ältere Bürgerinnen und Bürger mussten wegen der Corona-Lage pausieren.

Als weiterer Baustein wurde die Vernetzung der Akteure vorangetrieben. Ebenso wie in Mönchweiler fand in St. Georgen ein Workshop zur zukünftigen Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteure vor Ort statt. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit wurde von allen Beteiligten geäußert. Allerdings wurden keine konkreten Schritte vereinbart.

#### 4.5 Fazit Aufbau von Hilfemixstrukturen im Quartier

Die Strukturanalyse hat sich in allen drei Quartieren als Schlüsselement für die weitere Planung der Quartiersvernetzung herausgestellt. Die Akteure erhielten einen Überblick über die Akteure der pflegerischen Versorgung und Unterstützung in den Kommunen, konnten ihre eigene Vernetzungsstruktur, den Vernetzungsgrad und Lücken im Beziehungsgeflecht erkennen sowie neue Partner identifizieren. Die Visualisierung konnte immer wieder für spätere Diskussionen herangezogen werden. Ebenso konnten im Prozess Vorteile der Vernetzung in allen drei Gemeinden verständlich gemacht werden, Konkurrenzdenken abgebaut und Vertrauen geschaffen werden. Quartiersentwicklung ist generell ein Aushandlungsprozess, der unter Umständen viel Überzeugungsarbeit benötigt. Diese Zeit zur Strategiefindung sollte im Rahmen von Quartiersprojekten in der Planung stets mitberücksichtigt werden, um die Grundlagen für eine erfolgreiche Durchführung zu legen.

Deutlich wurde auch, dass ein Technikeinsatz für die Zusammenarbeit nicht zwingend zu jedem Zeitpunkt gewinnbringend ist. Bevor Technik eingesetzt werden kann, müssen „reale“ (physische) Strukturen gefestigt und etabliert werden. Entscheidend sind das gegenseitige Vertrauen, der Abbau des Konkurrenzdenkens, gemeinsame Zielsetzungen und vor allem die Motivation zur Zusammenarbeit. Sind diese Voraussetzung erfüllt, kann Technik die Zusammenarbeit erleichtern. In den Praxisregionen wurde innerhalb der Projektlaufzeit nur in St. Georgen eine Quartiersvernetzungsplattform eingeführt. Diese beinhaltet sowohl Möglichkeiten zur Vernetzung auf lokaler Ebene als auch Kollaborationsfunktionalitäten für den individuellen Hilfemix. In Mönchweiler ist der Einsatz längerfristig geplant. Die Verantwortlichen sind allerdings mit dem Aufbau und der Etablierung der Nachbarschaftshilfe und den Vernetzungsstrukturen rund um die Generationenhilfe und -brücke noch voll ausgelastet. In Fischerbach ist der Einsatz einer Quartiersplattform nicht geplant.

An dieser Stelle soll auch erwähnt werden, dass es über die im Rahmen des Projektes EIKI genutzten Werkzeuge hinaus auch noch andere einsetzbare Instrumente, Leitfäden und Richtlinien gibt, welche beim Aus- und Aufbau der Vernetzung im Quartier Anwendung finden könnten. Beispielhaft kann das Reifegradmodell für digitale Quartiersentwicklung genannt werden [39].

## 5 Vernetzung im individuellen Fall

Während es ursprünglich das Ziel des Projektes EIKI war Technik ins Feld zu bringen und die Nutzung dieser zu evaluieren, stellte die Akquise von Netzwerken eine große Hürde zur Erreichung dieses Ziels dar. Im Laufe des Projektes wurde zunehmend deutlich, dass zu wenig Wissen über die Zusammenarbeit in individuellen Pflegearrangements besteht. Es stellte sich die Frage, für welche Pflegenetzwerke der Einsatz von Technologie einen Mehrwert bietet. Um den Einsatz von Kollaborationswerkzeugen bei den individuellen Pflegenetzwerken zu planen, wurden daher Netzwerke analysiert.

Da in diesem Bereich aussagekräftige Literatur bisher knapp ist, wurde eine theoriebildende Studie zur Erfassung von Versorgungsnetzwerken konzipiert (Kapitel 5.1). Im Rahmen von Workshops und Interviews wurden 20 Versorgungsnetzwerke erfasst (Kapitel 5.1.1). Einem iterativen Entwicklungsansatz nach Nickerson et al. [42] folgend wurde eine Taxonomie zur Einschätzung der Komplexität der Zusammenarbeit in Versorgungsnetzwerken erarbeitet (Kapitel 5.1.2). Mit Hilfe einer Clusteranalyse über die erfassten Netzwerke konnten fünf Netzwerktypen identifiziert werden, die unterschiedliche Mehrwerte bei der Techniknutzung aufweisen (Kapitel 5.1.3). Die Erfahrungen aus dem Einsatz von Kollaborationssoftware in fünf Pflegenetzwerken werden in Kapitel 5.2 vorgestellt. Abschließend wird über die Ergebnisse zur Vernetzung im individuellen Fall ein Fazit gezogen (Kapitel 5.3).

### 5.1 Theoriebildung

#### 5.1.1 Netzwerkanalyse

Um die eben skizzierte Forschungslücke zu schließen und Netzwerke gezielter ansprechen zu können, wurden Netzwerkanalysen durchgeführt. Zur Erfassung von Netzwerkdaten wurde eine Interviewstudie konzipiert. Dieses Kapitel legt den systematischen Erfassungsprozess der Netzwerke dar.

#### Vorbereitung

Die Akquise von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte durch breit gestreute Aufrufe zur Teilnahme (online, Flyer, Präsenz auf Veranstaltungen). Als Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kamen pflegende Angehörige, Nachbarschaftshelfende sowie professionelle ambulant Pflegende in Frage.

Um verallgemeinerbare Aussagen treffen zu können, wurden die Akteure und ihre Rolle, die Kommunikation und Aufgabenverteilung innerhalb der Netzwerke systematisch erfasst. Die Befragungen im Projekt wurden daher immer mit Hilfe der nachfolgenden Materialien erhoben (siehe Abbildung 100):

- **Packpapier / Papiertischdecke:** Eine Papiertischdecke bietet genügend Platz viele Akteure auf der Netzwerkkarte visuell festzuhalten und evtl. später zu ergänzen.
- **Erfassungskarten:** Die Karten enthalten Fragen zum Netzwerk und seinen Akteuren, deren Aufgaben, der Kommunikation und Art der Zusammenarbeit und dafür eingesetzter Technologien. Für jeden Netzwerkakteur werden eine eigene Erfassungskarte und mehrere Karten bzgl. der Zusammenarbeit benötigt werden. Die Vorlagen für die Karten sind diesem Dokument als Anhang beigelegt.
- **Bleistift / Kugelschreiber:** werden zum Ausfüllen der Erfassungskarten benötigt
- **Kleber:** Die Erfassungskarten werden ausgefüllt auf der Papiertischdecke zu einem Netzwerk ausgebreitet und am Ende festgeklebt.
- **Edding / Permanentmarker:** Mit Hilfe eines Filzmarkers können Verbindungen zwischen den Akteuren gezogen oder auch andere Hinweise direkt auf der Tischdecke festgehalten werden.
- **Klebepunkte:** Klebepunkte eignen sich zur Visualisierung der Zusammenhänge zwischen eingesetzten Technologien und deren Nutzenden. Auf jede Akteurs-Erfassungskarte eines Nutzenden wird ein Klebepunkt in der entsprechenden Farbe der Technologie-Erfassungskarte geklebt.
- **Aufnahmegerät:** Im Projekt wurden sie Interviews zur Netzwerkerfassung aufgezeichnet. Selbstverständlich kann darauf auch verzichtet werden, wenn die Erfassung des Netzwerks mittels eines derart visuellen Formats erfolgt. Aus wissenschaftlicher Sicht war die Tonaufnahme aber bei der sich anschließenden Reflexion des Interviews und der Digitalisierung der Ergebnisse sehr hilfreich.

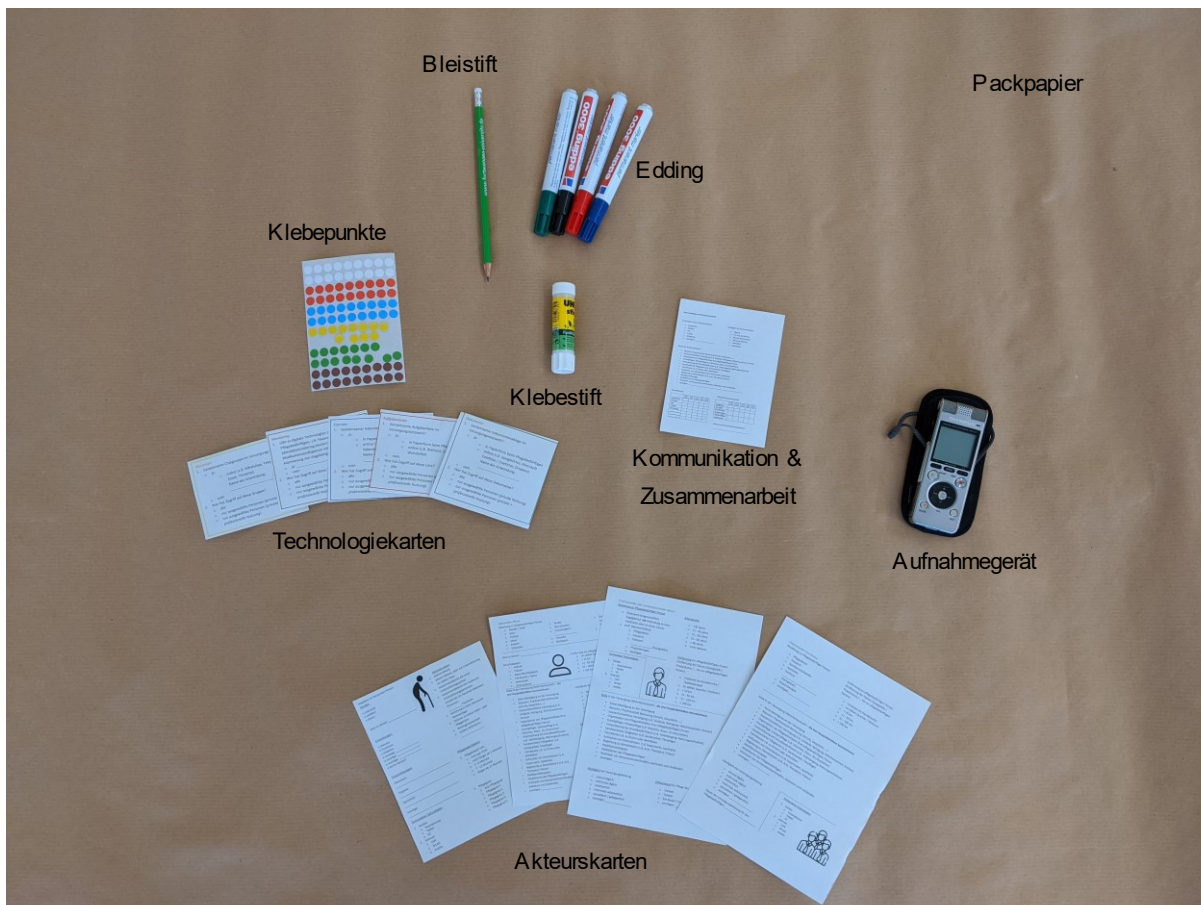


Abbildung 10: Utensilien für die Erfassung von Netzwerken

### Durchführung

Die Erfassung der Netzwerke und die Visualisierung erfolgt am besten direkt vor Ort zusammen mit dem/der/den Interviewten. Alternativ sind auch Telefon oder Video-Konferenz denkbar. Die Netzwerkvisualisierung sollte von dem Interviewenden selbst vorgenommen werden. Rückfragen zur Situation können gestellt und die Netzwerkkarte ergänzt werden. Zur Rückspiegelung des aufgenommenen Netzwerks wird die digitalisierte Visualisierung nach dem Interview dem/der Interviewten zugesandt und kann so evtl. korrigiert oder ergänzt werden.

Prinzipiell lief die Netzwerkerfassung gemäß nachfolgendem Schema ab:

#### 1. Erfassung der Netzwerkakteure

Begonnen wurde immer mit der Erfassung der unterstützungsbedürftigen Person. Als zweites wurde die Rolle der interviewten Person erhoben. Abschließend wurden alle weiteren Netzwerkakteure mit Hilfe der jeweils passenden Akteurskarte ergänzt. Dies beinhaltete auch Akteure, die nicht an der täglichen Versorgung beteiligt waren.

#### 2. Erfassung der eingesetzten Hilfsmittel

Im nächsten Schritt wurden alle Technologien erfasst, welche zur Unterstützung der Pflegeorganisation eingesetzt wurden. Hierbei wurde zwischen Kalendern (inkl. Erinnerungssystemen), Monitoringsystemen, Aufgabenlisten, Dokumentenmanagementsystemen und Messengern unterschieden. Die zur Erhebung genutzten Erfassungskarten waren in unterschiedlichen Farben gestaltet. Dies ermöglichte es mittels Klebepunkte alle Nutzenden der Systeme zu kennzeichnen.



### 3. Aufspannen des Netzwerks und Erfassen der Kommunikation und Art der Zusammenarbeit im Netzwerk

Zu betrachten ist auch die Art und Weise der Zusammenarbeit im Netzwerk. Auch evtl. auftretende Spannungen zwischen den Akteuren wurden angesprochen.

Alle erfassten Akteurskarten wurden auf dem Packpapier ausgebreitet, das Versorgungsnetzwerk angeordnet und festgeklebt. Durch einen Filzmarker konnten Verbindungen zwischen den Akteuren gezogen und evtl. Besonderheiten des Netzwerks eingezeichnet werden. Die Verwendung unterschiedlicher Farben war hier sehr hilfreich (z.B. rot bei Problemen). Die Erfassungskarte „Kommunikation und Zusammenarbeit“ (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) wurde für jede Akteurspaarung durchgegangen und ebenfalls direkt auf die Verbindungslinien auf das Packpapier geklebt.

#### Aufbereitung der Interviewdaten

Im Anschluss an die Interviews wurden die erhobenen Netzwerkkarten mittels der Open-Source Software *dia*<sup>9</sup> digitalisiert. Zunächst wurden die Karten so aufbereitet, dass sie einen Überblick über die beteiligten Akteure der Netzwerke boten. In einer zweiten Darstellung wurden diese Karten um Komponenten der Organisation und in einer dritten um die der Kommunikation ergänzt. Bei der Darstellung handelte es sich um „unzentrierte“ Karten. Ein fiktives Beispiel für die Darstellung der Kommunikation in einem Netzwerk bietet Abbildung 11.

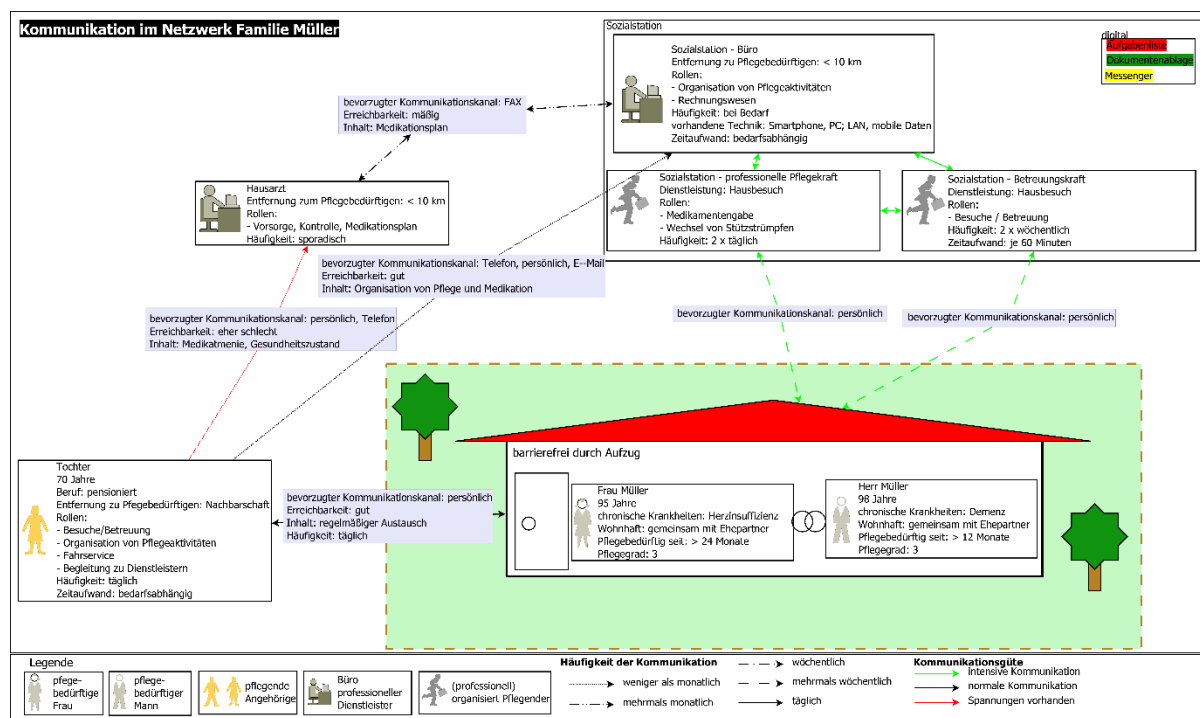


Abbildung 11: vereinfachte Visualisierung der Kommunikation in einem Hilfemixnetzwerk; Farbskala der Pfeile: rot: Spannungen, schwarz: normal, grün: besonders gut

Andere Informationen, wie die Aufgabenverteilung oder die Anzahl der täglichen Akteure, waren aufgrund des Designs schwieriger aus den Netzwerkkarten herauszulesen. Deshalb wurden die Daten zusätzlich in einer egozentrischen Netzwerkpräsentation mit der von Hollstein und Pfeffer zur Verfügung gestellten Open-Source Software *EgoNet*<sup>10</sup> visualisiert. Die Bereiche des EgoNet wurden unterteilt in „hands on“ (praktische, pflegerische Tätigkeiten), „Organisation“ (Kommunikation und Organisation der Versorgungstätigkeiten) sowie „Besuche/Betreuung“ (Abbildung 12).

<sup>9</sup> <http://dia-installer.de/index.html.de>

<sup>10</sup> <http://www.pfeffer.at/egonet/>

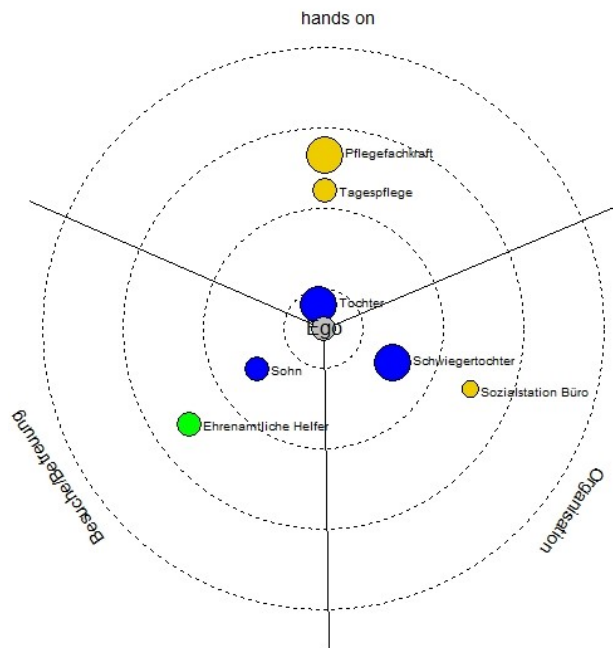


Abbildung 12: fiktives Netzwerkbeispiel in EgoNet; grau: unterstützungsbedürftige Person; blau: informell; grün: semiprofessionell; gelb: professionell

Die Kreise repräsentieren die Entfernung zur unterstützungsbedürftigen Person, welche als Ego im Zentrum dargestellt ist. Die unterstützenden Personen werden als „Nodes“ dargestellt, auch ihre Aufgaben und Rollen können dargestellt werden. Je näher der Node am Ego platziert ist, desto näher lebt / arbeitet die unterstützende Person bei der unterstützungsbedürftigen Person. Die Größe der Nodes stellt die Häufigkeit der Unterstützung dar: Je größer, desto häufiger ist diese im Netzwerk aktiv.

### Übersicht über die erfassten Netzwerke

Innerhalb des Projektes konnten durch Interviews mit pflegenden Angehörigen, (organisierten und unorganisierten) Nachbarschaftshelfenden und professionellen Pflegekräften 20 Versorgungsnetzwerke aufgenommen werden.

#### Unterstützungsbedürftige Person

In einem Fall handelte es sich um ein unterstützungsbedürftiges Ehepaar. 16 der 21 Pflegebedürftigen verfügten über eine Pflegegrad Einstufung. Hierbei waren alle Pflegegrade von 1 bis 5 vertreten. Die Einschränkungen und benötigten Unterstützungsleistungen waren vielfältig. Fahrdienste und Begleitung zu (Gesundheits-) Dienstleistungen waren in allen Netzwerken nötig.

Bei Netzwerken, in denen der Bedürftige oder die Bedürftige keinen Pflegegrad oder einen Pflegegrad der Stufe 1 bis 2 aufwies, war zumeist der Bedürftige oder die Bedürftige selbst Hauptverantwortlicher für die Organisation der Unterstützung. In Netzwerken, in denen die unterstützungsbedürftige Person Pflegegrad 3 bis 5 aufwies, oblag die Organisationsaufgabe in 75 % der Fälle in der Hand einer hauptverantwortlichen Person. Es gab aber auch Konstellationen der geteilten Verantwortung (25 %).

#### Interviewte Person

In 17 der 20 Fälle wurde das Interview mit Personen durchgeführt, die an der Organisation der Versorgung beteiligt waren. Nur in drei Fällen lagen die Tätigkeiten der interviewten Person hauptsächlich im Bereich der ausführenden pflegerischen oder versorgerischen Tätigkeiten.

#### Netzwerkakteure

In keinem der befragten Netzwerke unterstützte nur eine einzige Person den Unterstützungsbedürftigen oder die Unterstützungsbedürftige. In 65 % der Fälle unterstützten im Alltag 2 bis 4 und in 35 % sogar mindestens 5 Akteure die bedürftige Person.

#### Eingesetzte Hilfsmittel

Die persönliche und telefonische Kommunikation war in allen Netzwerken dominant und der bevorzugte Kommunikationskanal zwischen den meisten Akteuren. Dennoch wurden in 75 % der Netzwerke bereits digitale Technologien zur Alltagsunterstützung eingesetzt.

Informelle Akteure nutzen die Technik, die sie auch zur Organisation in anderen Bereichen ihres Lebens verwenden. Man nutzt das, was sich in den Alltag einfügt und auch in anderen Lebensbereichen bewährt hat. Nur in Ausnahmefällen wurden pflegespezifische Werkzeuge ausprobiert: ein Erinnerungssystem, ein GPS-Tracker, ein Babyphone, ein Hausnotrufknopf. Das Erinnerungssystem hat sich für das Pflegenetzwerk im Alltag etabliert. Der GPS-Trackers und das Hausnotrufsystem wurden nach einer gewissen Zeit nicht mehr verwendet.

Die professionellen Akteure nutzten pflegespezifische digitaler Hilfsmittel. Sie verwenden Anwendungen, die die gesamten Arbeitsabläufe unterstützen (Dokumentation, Kommunikation, Organisation). Aus Datenschutzgründen ist professionellen Akteuren die Verwendung von „Alltagswerkzeugen“, wie sie die informellen Akteure nutzen, nicht möglich.

#### Kommunikation und Art der Zusammenarbeit im Netzwerk

In den meisten befragten Netzwerken herrschte ein gutes Klima der Zusammenarbeit. Die Interviewten gaben an, dass die Koordination von Aufgaben und Terminen meist gut funktionierte. Nur in Bezug auf ärztliches Fachpersonal wurde hin und wieder eine schwierige Erreichbarkeit und damit verbundene Probleme bei der Termingestaltung genannt. Ein regelmäßiger Austausch innerhalb der Netzwerke zu pflegespezifischen Themen fand eher selten statt. Professionelle und semiprofessionelle Akteure gaben an, Fallbesprechungen abzuhalten, eine Beteiligung von informellen Akteuren an diesen gab es aber nicht. In zwei Netzwerken gab es Spannungen zwischen einzelnen Akteuren im Versorgungsnetzwerk. Hier erhofften sich die Interviewten, durch den Einsatz von Kollaborationssoftware eine bessere Transparenz der Aufgaben Spannungen abbauen zu können.

#### 5.1.2 Taxonomie der Komplexität der Zusammenarbeit – Das KomZip Tool

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben war das Ziel der Netzwerkanalyse-Studie praktische Fragen zur Kategorisierung von Versorgungsnetzwerken beantworten zu können. In einem iterativen Prozess nach Nickerson et al. [42] wurde aus den erhobenen Daten eine Taxonomie der **Komplexität der Zusammenarbeit in Pflegenetzwerken (KomZip)** erarbeitet. Die Entwicklung des KomZip Tools wird in einem separaten Zeitschriftenartikel ausführlich dargelegt [43]. In diesem Kapitel wird sich daher darauf beschränkt die Taxonomie kurz vorzustellen. Das Tool wurde zusätzlich in ein online-self-assessment Tool<sup>11</sup> überführt und steht somit jedem Netzwerk zur Selbstanalyse, Wissenschaftlern für großangelegte Querschnittsstudien oder Anbietern von Kollaborationswerkzeugen zur Optimierung ihrer Angebote zur Verfügung.

Das Tool beinhaltet 13 Merkmale, die Einfluss auf die Kommunikation und Organisation im Pflegenetzwerk haben. Diese lassen sich unterteilen in Merkmale zu den Netzwerkakteuren, den Aufgaben sowie der Kommunikation. Abbildung 13 zeigt die Zusammenhänge der Merkmale. Mit Hilfe des Tools werden die 13 Merkmale im Netzwerk entsprechend ihrer Komplexität eingeschätzt. So soll ein Überblick über den Stand der Kommunikation und Organisation im Netzwerk ermöglicht werden, sowie Besonderheiten und Herausforderungen der Zusammenarbeit aufgedeckt werden.

---

<sup>11</sup> <https://websurvey.iao.fraunhofer.de/survey/index.php/129812?lang=de>



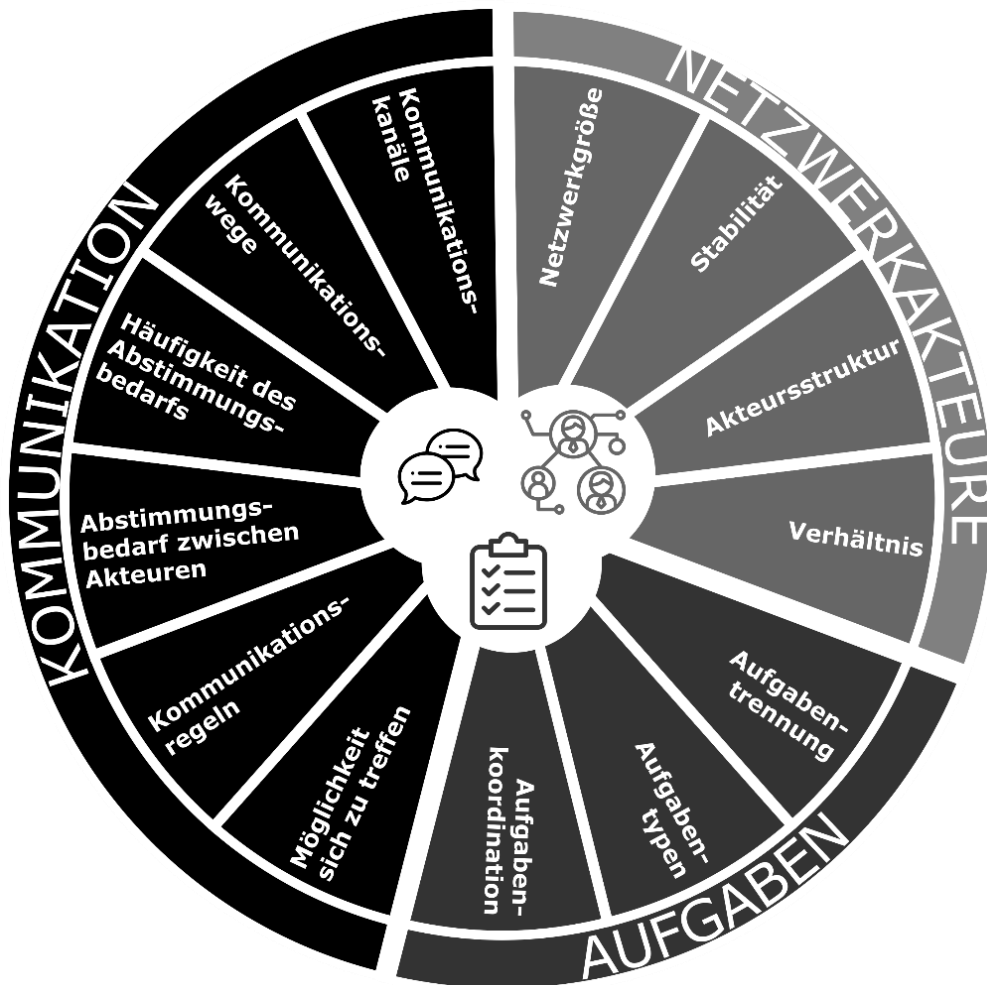


Abbildung 13: Visualisierung des KomZiP-Tools zur Erfassung der Komplexität der Zusammenarbeit in Pflegenetzwerken

### 5.1.3 Netzwerktypen und Mehrwert der Techniknutzung

#### Netzwerktypen

Auf alle erhobenen Netzwerke wurde die Taxonomie angewendet und Mittels des Statistik Tools SPSS eine Clusteranalyse durchgeführt. Nähere Informationen zur Methodik sind dem erwähnten Zeitschriftenartikel [43] zu entnehmen.

Fünf Netzwerktypen können unterschieden werden:

1. Organisiertes Netzwerk mit bedarfsgesteuerter Kommunikation

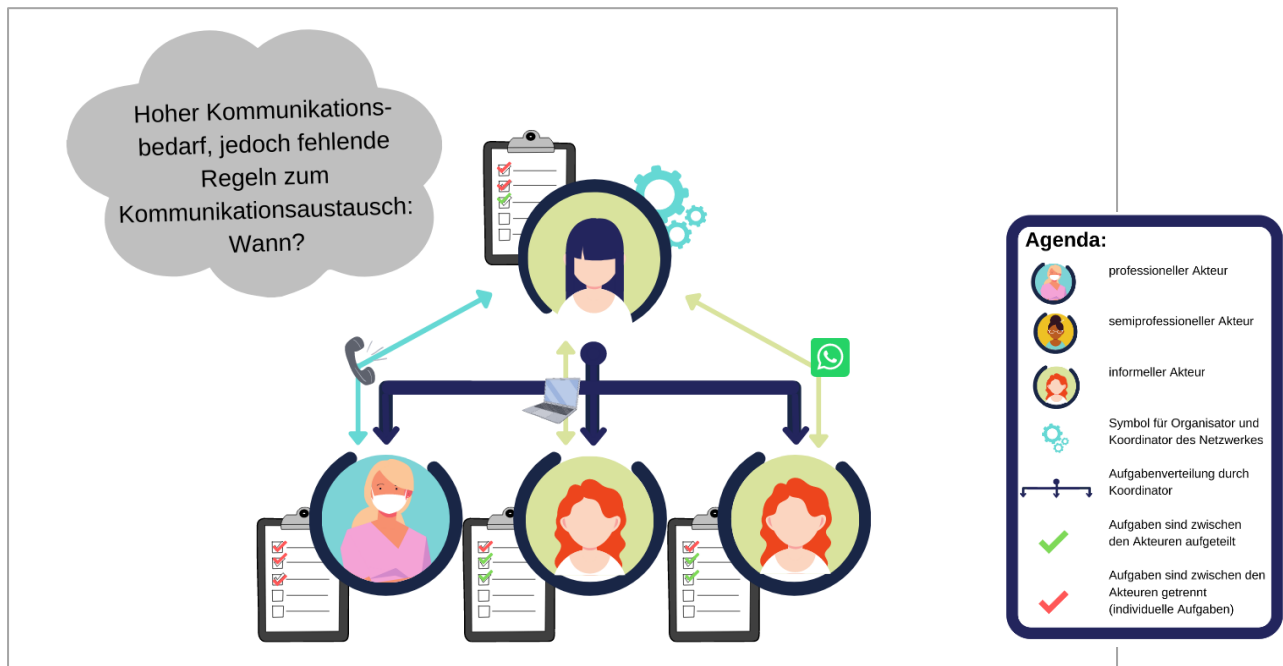


Abbildung 14: Organisiertes Netzwerk mit bedarfsgesteuerter Kommunikation

Der Netzwerktyp zeichnet sich durch eine hohe Stabilität aus. Typische Netzwerke werden von einer Person koordiniert. Die Kommunikationswege sind klar geregelt und verlaufen über die hauptverantwortliche Person. Das Verhältnis zwischen den Akteuren in diesem Netzwerk ist spannungsfrei. Die Aufgaben der einzelnen Akteure sind klar definiert und geregelt. Daher sind die Aufgaben entweder getrennt (d.h. jeder Akteur hat eine bestimmte Aufgabe und Rolle) oder klar aufgeteilt (d.h. mehrere Akteure teilen sich die gleiche Aufgabe). Die verantwortliche Person führt entweder die Organisation und die tägliche Pflege selbst durch oder koordiniert die Pflege.

Der Kommunikationsbedarf in diesen Netzwerken ist relativ hoch. Allerdings gibt es keine klaren Regeln, wann und wie kommuniziert wird. Falls es Regeln gibt, werden sie allerdings nicht von allen Akteuren eingehalten. Die Kommunikation zwischen den Akteuren erfolgt daher spontan und bedarfsgesteuert. Die koordinierende oder die verantwortliche Person nimmt bei Bedarf Kontakt zu den Akteuren auf. Es ist hierbei klar, wer wie erreicht werden kann.

## 2. Netzwerk mit klarer Aufgabenteilung und unklaren Kommunikationskanälen

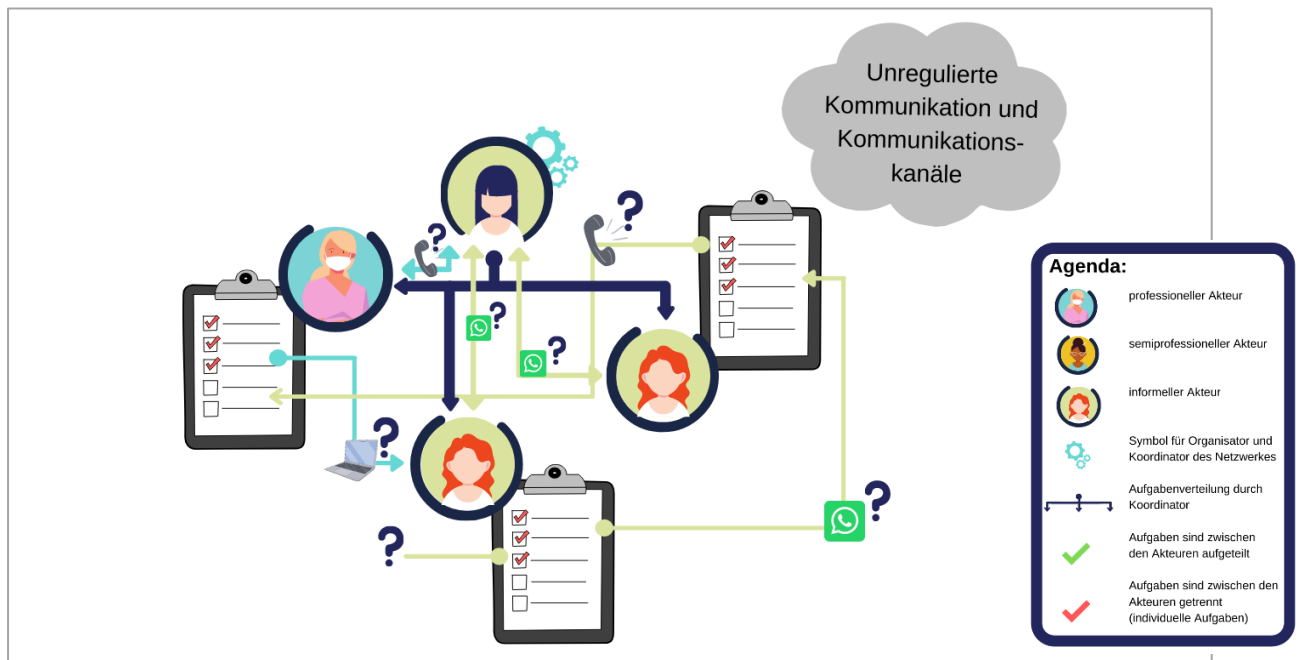


Abbildung 15: Netzwerk mit klarer Aufgabenteilung und unklaren Kommunikationskanälen

Dieser Netzwerktyp ist durch unregulierte Kommunikationskanäle gekennzeichnet. Die momentan richtige Kontaktmöglichkeit muss bei jedem Kommunikationsbedarf durch den Betroffenen oder die Betroffene erneut herausgefunden werden. Angesichts des hohen Koordinationsbedarfs in diesem Cluster kann eine unregulierte Kommunikation zu einem hohen Gesamtzeitaufwand für die Koordination führen. Die Regeln der Kommunikation sind unbekannt. Die Kommunikation zu bestimmten Themen findet nur zwischen bestimmten Personen statt, da es eine klare Aufgabentrennung zwischen den Akteuren gibt. Die Organisation der Unterstützungsleistung liegt nicht in der Hand der Person, die auch die Leistung erbringt. Organisation und Durchführung der Unterstützung liegen somit in der Verantwortung unterschiedlicher Personen.

### 3. Netzwerk mit geteilter Koordination und Organisation

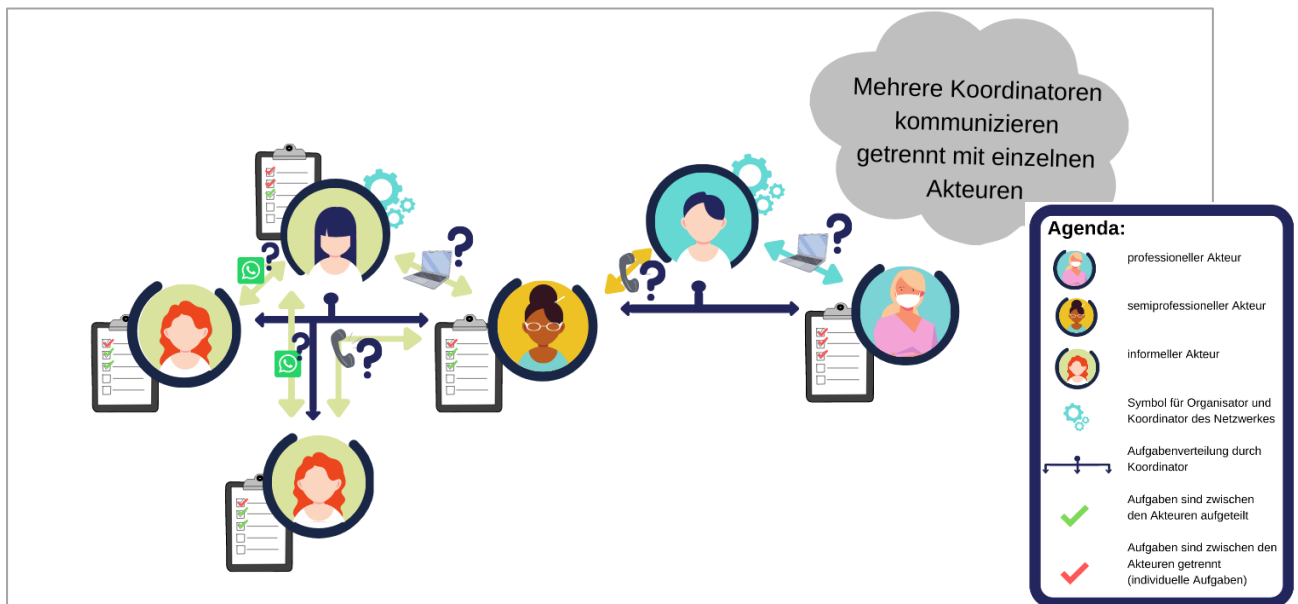


Abbildung 16: Netzwerk mit geteilter Koordination und Organisation

Diese Versorgungsnetzwerke bestehen aus mindestens zwei Akteurstypen (professionell – semiprofessionell – informell). Im Gegensatz zu den anderen Clustern koordinieren unterschiedliche Personen unterschiedliche Aufgabenfelder. Das Cluster hat somit mehrere Koordinatoren und Koordinatorinnen, die mit bestimmten Akteuren zu bestimmten Themen kommunizieren. Die Kommunikation kann daher als "getrennt" bezeichnet werden. Die Durchführung der Unterstützungsleistungen ist auf mehrere Personen verteilt, die sich die Aufgaben teilen. Daher besteht Koordinationsbedarf in der Regel zwischen bis zu vier Akteuren. Die Art und Weise der Kommunikation ist nicht geregelt; es ist jedoch klar, wer wie erreicht werden kann. Das Netzwerk ist stabil.

## 4. Organisiertes Netzwerk mit klarer Aufgabentrennung und Kommunikation

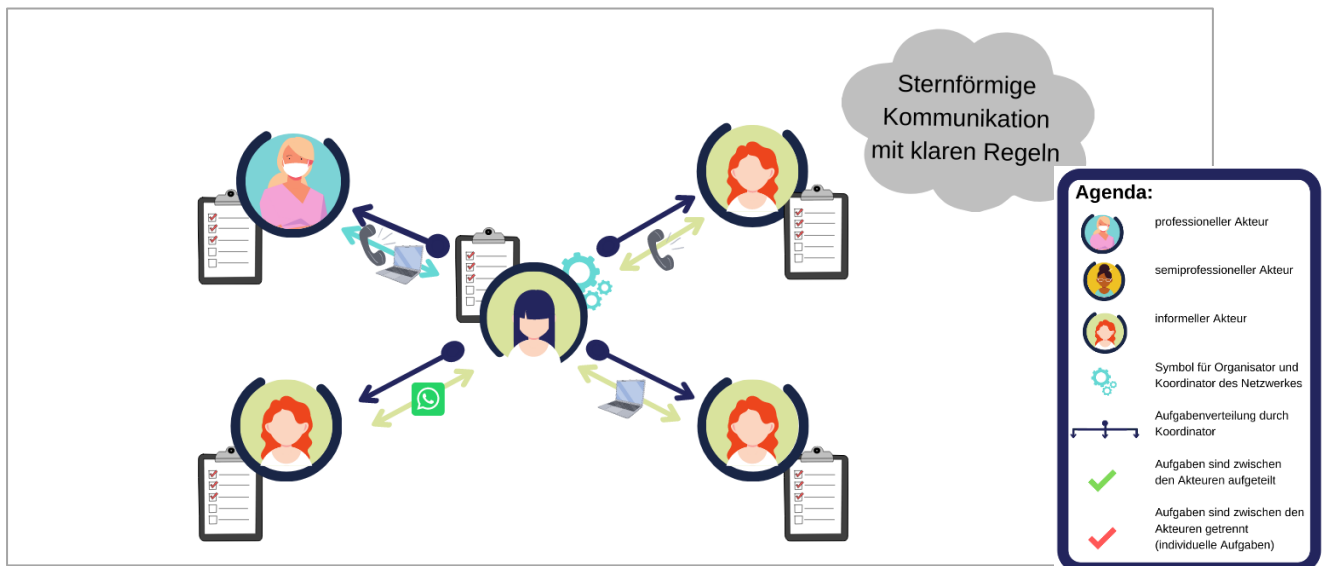


Abbildung 17: Organisiertes Netzwerk mit klarer Aufgabentrennung und Kommunikation

In Cluster 4 leisten wenige (bis zu vier) Personen Unterstützung im Alltag und die Koordination wird von einer Person geleistet. Die gesamte Kommunikation läuft über diese hauptverantwortliche Person, die sternförmig Informationen an das Team weiterleitet. Es besteht eine klare Aufgabentrennung, wobei die Organisation und Durchführung der täglichen Betreuung von verschiedenen Personen durchgeführt wird. Es gibt feste Regeln, wie die Akteure im Netzwerk Informationen austauschen und die Kommunikationswege sind klar geregelt.

## 5. Großes Netzwerk mit hohem Abstimmungsbedarf

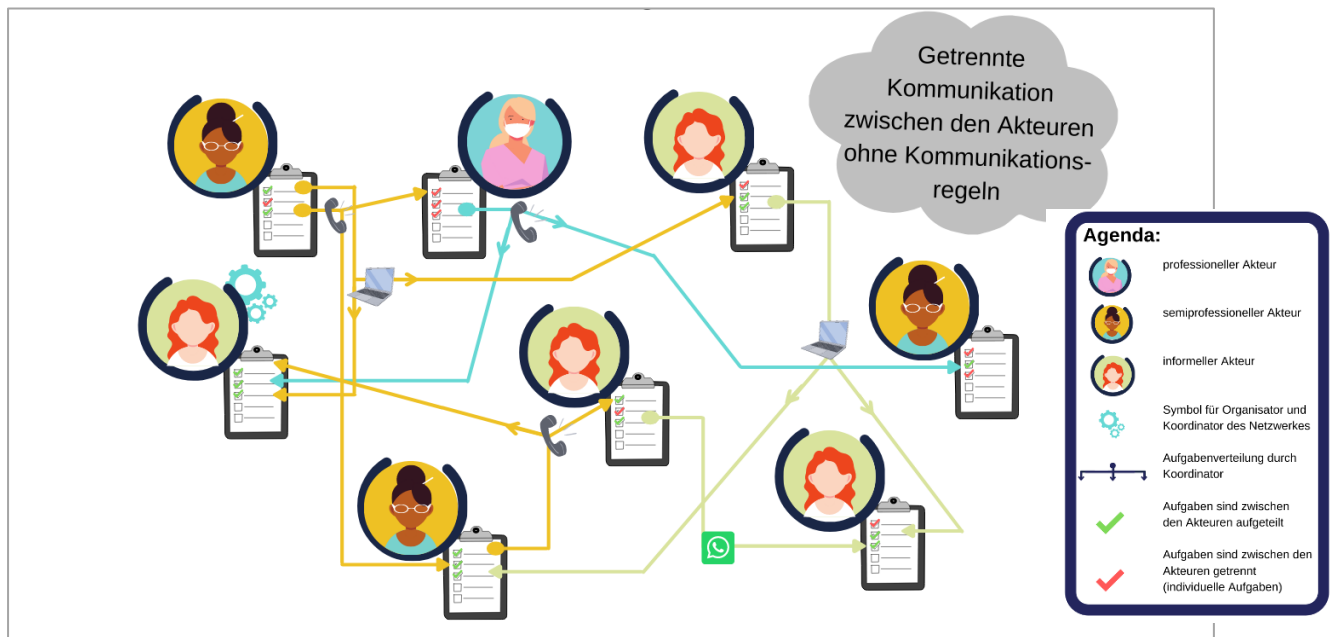


Abbildung 18: Großes Netzwerk mit hohem Abstimmungsbedarf

Der fünfte Netzwerktyp zeichnet sich durch eine Mischung aus professionellen, informellen und semiprofessionellen Akteuren aus. Die Netzwerke dieses Clusters sind ziemlich groß und es gibt getrennte Kommunikationen zwischen den Akteuren, was bedeutet, dass bestimmte Themen nur zwischen bestimmten Personengruppen kommuniziert werden. Mehrere Akteure teilen sich einen oder mehrere Aufgabenbereiche. Das Netzwerk ist ziemlich instabil. Trotz eines hohen Abstimmungsbedarfs mehrmals wöchentlich zwischen vielen Akteuren gibt es keine Kommunikationsregeln oder die Regeln werden nicht eingehalten. Die Kommunikationskanäle sind den Akteuren jedoch bekannt.

## Mehrwerte der Techniknutzung

### Technikmehrwerte für die Zusammenarbeit

Groupware hat das Wertversprechen, Transparenz und Bewusstsein zu schaffen. Wie in der Einleitung erläutert, mangelt es den Akteuren im Bereich der häuslichen Pflege oft an Teambewusstsein und Transparenz der Rollen und Aufgaben. Technologie, die die Transparenz erhöht und ein Teamgefühl fördert, kann daher für alle identifizierten Cluster von Vorteil sein. Für die großen Netzwerke von Cluster 5 scheint der Einsatz von Groupware besonders geeignet, da diese die höchste Komplexität in Bezug auf die Akteursvielfalt aufweisen. Informationen und Rollen können über Anschlagbretter, einen Button und einen gemeinsamen Kalender sichtbar gemacht werden. Auf diese Weise könnten Transparenz und Teamgeist geschaffen werden.

### Technikmehrwerte für die Koordination der Aufgaben

Gerade bei klarer Aufgabentrennung erreichen die Informationen nicht alle Akteure. Um allen Akteuren einen vollständigen Überblick zu verschaffen, ist ein erheblicher organisatorischer Aufwand erforderlich. Die Netzwerke des Clusters 2 zeichnen sich durch eine klare Aufgabentrennung aus. Ein digitales Schwarzes Brett würde es allen Akteuren ermöglichen, ihre Beobachtungen und Überlegungen auszutauschen und so einen guten Informationsfluss zu gewährleisten.

Wenn sich mehrere Personen Aufgaben teilen, ist eine gute Kommunikation darüber, was zu tun ist, zwingend erforderlich. Dies gilt insbesondere für die Netzwerke der Cluster 3 und 5. Zusätzlich besteht in den Netzwerken des Clusters 3 das Problem, dass mehrere Personen diese Aufgaben unter verschiedenen Akteuren koordinieren. Hier könnten ein gemeinsamer Kalender und Aufgabenlisten hilfreich sein.

Ein Mangel an Transparenz der Aufgaben und Rollen der Netzwerkakteure kann zu Spannungen führen. Netzwerke der Cluster 3 und 5 schienen davon besonders betroffen zu sein. Hier könnte eine Groupware einen wesentlichen Beitrag zum Abbau von Spannungen leisten, Möglichkeiten zur Anerkennung von Anstrengungen schaffen und Unterstützung bei der Koordination von Aufgaben bieten. Neben Systemen, die die Mitglieder und ihre Rollen für alle im Netzwerk sichtbar machen, wäre der Einsatz von künstlicher Intelligenz denkbar, die die anstehenden Aufgaben mit den verfügbaren Akteuren abgleicht und so die Aufgabenkoordination unterstützt.

### Technikmehrwerte für die Kommunikation

In den Vorstudien wurde kontinuierlich über Kommunikationsprobleme berichtet. Dazu gehörten ein Mangel an Kommunikation und Informationsaustausch zwischen informellen und professionellen Betreuern, Probleme bei der Koordination von Aktivitäten aufgrund zeitaufwendiger telefonischer Terminkoordination und unbekannter Verfügbarkeit von Betreuungsakteuren.

In den Netzwerken aus Cluster 1 lief die gesamte Kommunikation über die primäre verantwortliche Person, die Informationen sternförmig an das Team weiterleitet. Für sie ist der Kommunikationsaufwand besonders hoch, um umfassende Informationen für alle bereitzustellen. In den Netzwerken der Cluster 3 und 5 kommunizieren mehrere Koordinatoren zu bestimmten Themen mit bestimmten Akteuren. Das bedeutet, dass Informationen nur zu bestimmten Akteuren im Netzwerk fließen. Durch den Einsatz von Groupware-Technologie könnten Informationen direkt an alle Netzwerkakteure verteilt und die Koordinationsaufgabe erleichtert werden. Getrennte Kommunikation würde durch inklusivere Kommunikation ersetzt werden.

In den Fällen der Cluster 2, 3 und 5 besteht ein hoher Kommunikationsbedarf zwischen mehreren verschiedenen Akteuren. Erschwerend kommt hinzu, dass es in den meisten Fällen keine Regeln für Konsultationen gibt oder sich nicht alle Akteure daranhalten. Insbesondere in Cluster 5 gibt es aufgrund der Mischung der Akteure unterschiedliche Kommunikationsregeln. Groupware könnte den hohen Kommunikationsaufwand reduzieren und verbindliche Konsultationsregeln einführen.

Zusammenfassend lässt sich aus den vorherigen Abschnitten schließen, dass Netzwerke der Cluster 2, 3 und 5 die größten Vorteile beim Einsatz von Technologie hätten.

## 5.2 Praxiserfahrungen / Feldtest

Die initiale wissenschaftliche Annahme war, dass die Nutzung von Groupware für alle Versorgungsnetzwerke verschiedene Mehrwerte generieren würde. Eine breit gestreute Nutzung würde dann durch die Evaluation ermöglichen Gruppen von Netzwerken zu bilden, bei denen sich gewisse Mehrwerte oder andere Eigenschaften überschneiden. So wurden Aufrufe zur Teilnahme an dem Feldtest breit gestreut, z. B. durch Werbung auf lokalen Veranstaltungen (siehe Abbildung 194). Trotz großer Bemühungen konnten nur wenige Netzwerke akquiriert werden. Die Gründe für die Ablehnung schienen nicht in der Technologie selbst zu liegen, welche von einzelnen Interessierten durchweg positiv bewertet wurde. Aussagen wie,

*„Wenn ich mal alt bin, kann ich mir das gut vorstellen“*

waren keine Seltenheit, vor allem von Gesprächspartnern der Altersgruppe 60+. Diese Aussagen kollidierten allerdings mit der Grundannahme, dass die Technologie für jede Art von Versorgungsnetzwerk nützlich ist und je früher die Einführung erfolgt, umso höher die Mehrwerte dann im Falle steigender Unterstützungsbedarfe. Immer wieder gelang es einzelne Akteure von Versorgungsnetzwerken für die Nutzung einer Groupware-Applikation zu begeistern. Doch scheiterte der Feldtest dann zumeist an weiteren netzwerk-dynamischen Effekten, z. B. nur ein Teil der Akteure konnte für den Test gewonnen werden oder starke akute gesundheitliche Veränderungen bis hin zum Tod des Unterstützungsbedürftigen.



Abbildung 19: Impressionen der Probandenakquise an verschiedenen Veranstaltungen in den Praxisregionen; von links nach rechts: Frühjahrsmesse St. Georgen, Lichterfest Mönchweiler, Eröffnung des Café Zeitlos Mönchweiler)

Um effektiv in den Feldtest zu kommen, wurde die Notwendigkeit der gezielten Suche durch die Praxispartner immer deutlicher. Wissenschaftliche Analysen, die bei der Auswahl „geeigneter“ Netzwerke helfen konnten, fehlten aber [38], und stellten eine der Forschungslücken dar, die durch dieses Projekt geschlossen werden sollte.

Im Rahmen des Forschungsprojektes EIKI konnten 5 Netzwerke für einen Feldtest einer Kollaborationsanwendung gewonnen werden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Übersicht über die durchgeführten Feldtests, die Dauer und die eingesetzte Technologie

Feldtest					
Netzwerk	Netzwerk- erfassung	Start Technik- nutzung	Ende Technik- nutzung	Netzwerk- cluster	Verwendete Technik
Netzwerk 1	Apr 19	Apr 19	Sep 19	2	Zirkel
Netzwerk 9	Mai 19	Mai 19	Jul 19	4	Zirkel
Netzwerk 13	Jun 19	Jan 20	laufend*	1	crossiety
Netzwerk 19	Okt 19	Okt 19	laufend*	3	Zirkel
Netzwerk 20	Okt 19	Okt 19	laufend*	5	Zirkel

\* zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts im September 2020

Die nachträgliche Analyse der Netzwerke hat gezeigt, dass jedes der Feldtestnetzwerke einem anderen Cluster zuzuschreiben war.



### 5.2.1 Feldtest 1

Das Netzwerk des ersten Feldtests ist dem Typ 2 zuzuordnen. Es handelte sich um ein eher kleines Versorgungsnetzwerk. Eine Hauptpflegeperson (A) übernahm sowohl koordinierende wie auch ausführende Tätigkeiten zur Versorgung der unterstützungsbedürftigen Person. Eine Nachbarschaftshelferin unterstützte wöchentlich im Haushalt. A war über 70 Jahre alt und zeigte nur eine geringe Technikbereitschaft. Der Teilnahme am Feldtest schien aus Zuneigung zur anfragenden Nachbarschaftshelferin erfolgt zu sein und nicht um eine Veränderung der Ist-Situation im Netzwerk zu erreichen. In einem gemeinsamen Termin zwischen wissenschaftlicher Begleitung, Nachbarschaftshelferin und A wurde die Anwendung *Zirkel* auf dem seniorengeeichten Smartphone eingerichtet und der Umgang mit der Anwendung geschult. Es wurde ausgemacht, auch die beiden anderen sporadisch helfenden informellen Akteure für die Nutzung der Anwendung zu akquirieren. Trotz mehrfacher Bemühungen gelang dies allerdings nicht. Die Anwendung wurde somit nur von A und der Nachbarschaftshelferin für ca. 4 Monate genutzt. Die Nachbarschaftshelferin initiierte in der Feldtestphase immer wieder die Nutzung der Technik. Kommunikation, die bisher via Telefon lief, wurde versucht auf die neue Kollaborationssoftware zu verlagern. Zwar antwortete A gelegentlich über diesen Kanal, initiierte aber selbst keine Kommunikation über die App. Generell machte A einen unsicheren Eindruck im Umgang mit ihrem Seniorensmartphone.

Ein Problem während des Feldtests, schien die zu dem Zeitpunkt noch lange Ladezeit der App darzustellen. Die Hauptpflegeperson legte während des Ladens zumeist das Smartphone wieder zur Seite und vergaß anschließend der Nachbarschaftshelferin via App zu antworten. Da aber auch ein durch die Nachbarschaftshelferin initiiertes Umstieg auf den Messenger Dienst WhatsApp für die Kommunikation scheiterte, kann angenommen werden, dass die Usability der Zirkel App nicht ausschlaggebend für die missglückte Etablierung der Anwendung im Netzwerk war. Insgesamt lässt sich aus dem Feldtest festhalten, dass die Techniknutzung die Hauptpflegeperson mehr belastet hat, als dass eine Erleichterung durch verbesserte Kommunikation spürbar war. Mögliche Mehrwerte konnten sich auf Grund fehlender Technikkompetenz der Hauptpflegenden als Hauptorganisatorin nicht entfalten.

### 5.2.2 Feldtest 2

Das Netzwerk des zweiten Feldtests ist dem Typ 4 zuzuordnen. Die Versorgung der unterstützungsbedürftigen Person erfolgte im informellen Familienkreis und durch professionelle Betreuungspersonen. Die Hauptpflegeperson übernahm in einem großen Familienverbund sowohl die Koordinations-tätigkeiten als auch einen Großteil der ausführenden Versorgungstätigkeiten. Die ca. 50-jährige Hauptpflegeperson ist Techniknutzung gegenüber sehr aufgeschlossen. Sie nutzte zur Koordination bereits Standardsoftwaretools wie GoogleCalendar (geteilt mit anderen Familienmitgliedern) und WhatsApp. Die Nutzung der Zirkel-App wurde von der Hauptpflegeperson initiiert und versucht im Netzwerk zu verbreiten. Die anderen Netzwerkakteure waren gegenüber der Nutzung eines weiteren Tools zur Koordinationsunterstützung skeptisch eingestellt. So fiel der Hauptpflegeperson die Verbreitung der App im Netzwerk schwer. Auf Grund des plötzlichen Todes der versorgungsbedürftigen Person endete der Feldtest bereits nach 3 Monaten.

Im Abschlussinterview gab die Hauptpflegeperson an, dass die App insgesamt gut aufgebaut sei und durch ihre Einfachheit hervorsticht. Die Befragte gab an, sich Konstellationen vorstellen zu können, bei denen die App zu einer Erleichterung der Pflegesituation führen könnte. In ihrem bereits gut organisierten Netzwerk mit eingespielter Techniknutzung anderer Applikationen schien allerdings kaum Mehrwert durch die Anwendung erzielbar.

### 5.2.3 Feldtest 3

Das Netzwerk des dritten Feldtests ist dem Typ 1 zuzuordnen. Ein Ehepartner ist an Demenz erkrankt und wird von dem anderen Partner versorgt. Beide sind über 70 Jahre alt. Unterstützt werden die beiden durch die Familien der eigenen Kinder, Nachbarn und andere Familienangehörige. Der unterstützende Ehepartner wird nachfolgend als Hauptversorgungsperson bezeichnet. Die Hauptversorgungsperson ist Technik gegenüber sehr aufgeschlossen und nutzt zur Organisation bereits GoogleCalendar. Über die Zirkel-App lassen sich beide Ehepartner ausgiebig aufklären, beschließen aber aktuell ein derartiges Unterstützungswerkzeug nicht zu brauchen, um die anderen Netzwerkakteure nicht zusätzlich zu belasten. Ca. ein halbes Jahr später erfolgt eine erneute Erhebung des Netzwerks. Der gesundheitliche Zustand des Unterstützungsbedürftigen hat sich stark verschlechtert. Zur Versorgung sind mittlerweile professionelle (Tagespflege) wie semiprofessionelle (Nachbarschaftshilfe) Dienste hinzugezogen worden. Die Hauptversorgungsperson fühlt sich durch den erhöhten

Organisationsaufwand stark belastet und ist der Nutzung eines kollaborationsunterstützenden Werkzeugs offen gegenüber. Da in der Kommune mittlerweile die Quartiersplattform crossiety eingeführt wurde, und die Hauptversorgungsperson sich bei dieser bereits angemeldet hat, wurde auf der Plattform eine private Versorgungsgruppe gegründet. Bei der Verbreitung der App-Nutzung im Netzwerk zeigt sich erneut, wie schwierig es ist alle Akteure von den Mehrwerten der Nutzung zu überzeugen. Während manche die per Link verschickte Einladung noch während der App-Schulung der Hauptversorgungsperson durch die wissenschaftliche Begleitung annehmen, sind andere persönlich angesprochene Akteure nicht vom Nutzen zu überzeugen.

Die Corona-Krise stellt sich als weitere Herausforderung für die Hauptversorgungsperson heraus. Von heute auf morgen werden Tagespflege und Nachbarschaftshilfe eingestellt. Auch die eigene Familie kommt aus Angst vor Ansteckung nicht für Unterstützung in Frage. Gleichzeitig verschlechtert sich der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person rapide. Nach dem Pandemie-bedingten Lock-down läuft die professionelle und semiprofessionelle Hilfe nur langsam wieder an. Immer noch ist die Hauptpflegeperson teilweise ganze Wochen ohne Unterstützung. In Gesprächen der Wissenschaftlerin mit den professionellen Akteuren beteuern diese zwar ihre Bereitschaft zur Unterstützung und Nutzung der digitalen Anwendung zur Kollaborationsunterstützung, die Terminfindung für einen gemeinsamen Schulungstermin gestaltete sich aber dennoch schwierig.

Schlussendlich erhält die Hauptversorgungsperson nun seit August 2020 professionelle Unterstützung in der Pflege durch eine 24-h Fachkraft. Die Vorteile der gemeinsamen Nutzung einer Kollaborationsunterstützungssapplikation sind daher stark gesunken. Zwar ist die Begleitung dieses Feldtests zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Abschlussberichts noch nicht beendet, die gemeinschaftliche Techniknutzung für die Kollaborationsunterstützung scheint aber nicht mehr realistisch.

#### 5.2.4 Feldtest 4

Das Netzwerk des vierten Feldtests ist dem Typ 3 zuzuordnen. Die unterstützungsbedürftige Person wurde durch ein großes Familiennetz und semiprofessionelle Dienste (Nachbarschaftshilfe) unterstützt. Sie lebte gemeinsam mit einem Teil ihres familiären Unterstützungsnetz im selben Haus, aber in einer eigenen Wohnung. Zwar konnte sie einen Großteil des Unterstützungsbedarfs selbst organisieren, anderes, wie z. B. das wöchentliche Richten der Medikamente, wurde aber von verschiedenen Familienmitgliedern organisiert und ausgeführt. Die Techniknutzung wurde von einer der mitkoordinierenden Familienmitglieder initiiert.

Nach drei Monaten Nutzung ließ sich festhalten, dass die Technik hauptsächlich von dem initiiierenden Familienmitglied und der Nachbarschaftshilfe genutzt wurde, was auch bis zum Ende der Begleitung (nach 10 Monaten) unverändert blieb. Während die nötige Technik bei allen vorhanden war, kann als Grund für die Nichtnutzung eher fehlende Motivation der anderen Netzwerkakteure angegeben werden. Zwar hatten sich auch weitere Familienmitglieder informiert und registriert, eine regelmäßige Nutzung erfolgte allerdings nicht. Die Nachbarschaftshelferin merkte in einem Gespräch hierzu an:

*„Man ist gewappnet, wenn mal Kommunikationsbedarf besteht“. (Nachbarschaftshelferin, Projekttreffen April 2020)*

Diese Aussage wurde auch im Abschlussinterview von dem App-Nutzung-initiiierenden Familienmitglied bestätigt. Zugleich gab die Angehörige aber auch an, dass ihr die Nutzung der App zwar bereits in dieser Form etwas gebracht hätte – „ein Stück weit Sicherheit“ – auf Grund des Fehlens von weiteren wichtigen Netzwerkakteuren ihr Potential aber nicht voll entfalten konnte. Eine Erleichterung in der Kommunikation, der Organisation von Terminen oder der Aufgabenverteilung war durch die App in dem Netzwerk nicht möglich. Vorhandene, etablierte Kommunikationswege standen dem Umstieg auf das neue Kollaborationstool konkurrierend im Weg. Während die initiiierende Angehörige alle Termine für das Netzwerk in die Anwendung eintrug, antwortete beispielsweise eine der Mitnutzenden dennoch meist via WhatsApp bei evtl. nötigen Rückfragen.

Die Nachbarschaftshelferin nutzte die App, um Bescheid zu geben, wenn sie mal nicht kommen konnte oder den vereinbarten Tag verschieben musste. Hierzu wurde vor allem die Pinnwand als Kommunikationsmedium verwendet. Kommunikation kam in dieser Art ca. 1-2-mal pro Monat zustande. Die Angehörige nutzte die App zudem gerne für die Dokumentation der Medikamente, die Sie dann bei

Arztterminen immer sofort zur Hand hatte. Der Funktionsumfang entsprach hierbei dem Bedarf der Angehörigen. Weitere Funktionalitäten wurden weder vermisst noch gewünscht. Während die interviewte Angehörige angab, die App im Netzwerk weiter einsetzen zu wollen, machte sie auch deutlich, dass sie für eine solche Anwendung nur bereit wäre zu bezahlen, wenn alle im Netzwerk die Anwendung nutzen würden. Ansonsten gäbe es genügend kostenfreie und etablierte Alternativen (Telefon, WhatsApp).

#### 5.2.5 Feldtest 5

Das Netzwerk des fünften Feldtests ist dem Typ 5 zuzuordnen. Die unterstützungsbedürftige Person lebte im betreuten Wohnen und wurde zudem von einem großen Familiennetzwerk und semi-professionellen Diensten (Nachbarschaftshilfe) unterstützt. Die Unterstützung der informellen Netzwerkakteure erfolgte größtenteils durch fünf Unterstützungspersonen. Eine dieser Personen initiierte die Techniknutzung.

Auch in diesem Netzwerk zeigten sich Schwierigkeiten bei der Verbreitung der App Nutzung.

*Zitat: „Die Person, die ich eigentlich unbedingt dabei haben wollte, konnte ich leider nicht überzeugen“ (Techniknutzung-initiiierende Person bei Schulung weiterer Akteure, Jan. 2020)*

Als Grund für die Weigerung zur Mitnutzung wurde eine generelle Ablehnung gegen alles, was neu ist, angegeben. Da selbst die Pflegebedürftige sich die Anwendung auf ihr Smartphone installieren ließ, kann fehlende Usability ausgeschlossen werden. Vielmehr waren diejenigen, welche die App nutzten von der Nützlichkeit überzeugt. Die Anwendung wurde von allen als einfach empfunden.

Die hauptsächliche Nutzung der App erfolgte durch die Techniknutzungs-initiiierende Angehörige und ihrer Schwester. Die Angehörige nutzte die Anwendung hauptsächlich, um Medikamente und Arzttermine zu dokumentieren. Zudem kommunizierte sie mit ihrer Schwester via Messenger und Pinnwand nach eigenen Angaben mind. wöchentlich. Der Funktionsumfang der Anwendung deckte alle Bedarfe ab. Die anderen Techniknutzenden hatten eher eine konsumierende Haltung und informierten sich über anstehende Termine in der App.

Nach 10 Monaten Nutzung gaben die zwei Hauptnutzenden an, die Anwendung weiterhin nutzen zu wollen. Eine Verbesserung der Versorgung für die Pflegebedürftige sei zwar nicht eingetreten, und auch die Kommunikation hätte sich nicht verbessert,

*Zitat: „Sonst wäre halt WhatsApp verwendet worden!“ (Abschlussinterview pflegende Angehörige, Sept. 2020)*

doch in Bezug auf die Abstimmung von Terminen wurde eine Verbesserung durch die App-Nutzung attestiert. Besonders der beruhigende Faktor ‚alles dabei zu haben‘, wurde als großer Vorteil der Anwendung beschrieben. Diese Verbesserungen wäre den Nutzenden sogar 2-3 € im Monat wert.

Die Initiierung des Feldtests erfolgte ursprünglich in der Hoffnung Spannungen auf Grund von Kommunikationsproblemen abbauen zu können. Da nicht alle die App ausgiebig nutzten, konnte hierzu kein Beitrag geleistet werden. Wichtig war der Nutzung-initiiierenden Angehörigen dennoch anzumerken, dass der Zeitpunkt für die Technikeinführung genau richtig gewählt war, auch wenn es nicht so gut funktioniert hat wie erhofft. Es sei wichtig Technik von Anfang an mit zu nutzen, um sich langsam in diese einarbeiten zu können.

### 5.3 Fazit Vernetzung im individuellen Fall

Obwohl festgestellt wurde, dass theoretisch in allen Clustern und somit in allen Feldtests eigentlich ein Technikmehrwert darstellbar ist, zeigt die Praxis, dass für die Einführung und Nutzung große Hürden bestehen. Die Feldtests haben verdeutlicht, dass versucht werden sollte Technik im ganzen Netzwerk einzusetzen, um nicht einzelne beim Informationsfluss zu benachteiligen. Aber auch wenn nicht alle mitmachen, kann die Nutzung für den einzelnen von Vorteil sein (aber auch mit Belastungen und Mehraufwand).

**Technikeinführung ist oft belastend. Frühzeitige Einführung mit allen Netzwerkpartnern ist sinnvoll.**

Technikaffinität der individuellen Netzwerkakteure spielt ebenfalls eine maßgebliche Rolle für die erfolgreiche Einführung im Netzwerk.

Bestehende und bei einzelnen Akteursgruppen der Netzwerke etablierte Systeme können nicht einfach im gesamten Netzwerk eingesetzt werden. Beliebte Messengersysteme der informellen Akteure erfüllen zumeist nicht die Datenschutzerfordernungen, welche für die professionelle Kommunikation medizinischer Daten nötig wären. Tourenplanungs- und Kommunikationssysteme der professionellen Akteure sind zumeist Insellösungen und lassen Schnittstellen zu informellen Akteuren zugänglichen Systemen vermissen. Die Einführung neuer Systeme läuft daher Gefahr zur Doppeldokumentation für professionelle Akteure zu werden.

**Es gibt noch viel zu tun!**

Unser Fazit über die Projektlaufzeit ist, dass echte Kollaboration wie im Sinne von Hilfemix und sorgenden Gemeinden angedacht in der Praxis noch nicht reell existent ist! Während heutzutage die Hauptlast der Organisation des individuellen Hilfemix bei pflegenden Angehörigen liegt, profitieren nicht nur diese von einer erhöhten Transparenz und verbesserter Zusammenarbeit, unabhängig davon ob hierfür Technik eingesetzt wird oder nicht.

Wagt man einen Blick in die Zukunft, in der Quartiers- und Case Manager professionell die Organisation von individuellen Hilfemixarrangements übernehmen, würden pflegende Angehörige bei dieser Tätigkeit entlastet. Hierdurch entstünde Effizienzgewinn auch bei allen anderen Akteuren, da Unterstützung effizienter und zentral professionell gesteuert würde.

Noch werden Case-Manager nur für Überleitung, z. B. vom Krankenhaus zur Reha, von der Reha nach Hause eingesetzt. Diese sollten aber immer, und nicht nur bei akuten Problemen, sondern kontinuierlich und begleitend den Akteuren zur Verfügung stehen. Dadurch könnte das Versorgungsnetzwerk aus pflegenden Angehörigen sowie anderen Akteuren unterstützt, und die individuelle Versorgung der pflegebedürftigen Personen optimiert werden. Eine umfassende Vorsorge könnte z. B. Komplikationen wie Stürze bei Seniorinnen und Senioren vermeiden und damit verbundene Krankenhausaufenthalte sowie eine Reha unnötig machen.

## 6. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen für die Umsetzung

Im Projekt EIKI konnten Erfahrungen in Aufbau von Hilfemixstrukturen in den drei Kommunen Fischerbach, Mönchweiler und St. Georgen gesammelt werden. Aus den Erfahrungen im Projekt lassen sich verschiedene Empfehlungen ableiten, die als Orientierungspunkte für eine erfolgreiche Implementierung in anderen Kommunen und Pflegearrangements verstanden werden können. Die Handlungsempfehlungen gliedern sich in die Bereiche „Vernetzung im Quartier“, und „Vernetzung im individuellen Fall“.

### 6.1 Handlungsempfehlungen zur Vernetzung im Quartier

Für die Vernetzung im Quartier lassen sich mehrere Empfehlungen für einen schrittweisen Aufbau von Versorgungsstrukturen ableiten:

#### Klare Verantwortlichkeiten / Governance

Die Kommunen müssen erkennen, dass die Versorgung der Bürgerinnen und Bürger im Quartier und die Quartiersgestaltung Aufgaben der Kommune sind. Veränderungsprozesse müssen daher von dieser gefördert und idealerweise koordiniert werden. Die Einrichtung einer kommunalen Koordinierungsstelle, angesiedelt beim Quartiersmanagement, hat sich hierfür als erfolgsversprechend herausgestellt.

#### Vernetzung im Quartier initiieren

Im Sinne der Gemeinwesenorientierung empfiehlt sich, dass die Vernetzung im Quartier durch die Kommune initiiert und vorangetrieben wird. Durch die Präsenz der Kommune kann die Wichtigkeit des Themas sowie die Verbindlichkeit für eine Vernetzung der Akteure gesteigert werden. Es hat sich gezeigt, dass für den Aufbau von Versorgungsstrukturen mitunter ein langer Atem sowie eine Kontinuität durch eine antreibende Kraft, wie der Kommune, nötig ist. Die Zeit zur Strategiefindung sollte im Rahmen von Quartiersprojekten in der Planung stets mitberücksichtigt werden, um die Grundlagen für eine erfolgreiche Durchführung zu legen.

#### Strukturen erfassen

Um Hilfemixstrukturen im Quartier erfassen zu können, empfiehlt sich eine Strukturanalyse. Sie ermöglicht einen Überblick über alle Gesundheitsakteure im Quartier und bietet eine gute Grundlage für die Planung weiterer Vernetzungsaktivitäten. Die Gegebenheiten der Kommune werden sichtbar und die Potentiale sowie vorhandene Ressourcen erkannt.

#### Strukturen nutzen und darauf aufbauen

Es empfiehlt sich bereits vorhandene Strukturen zu nutzen. Bei Aufbau von Versorgungsstrukturen sollten sowohl schon aktive Akteure sowie auch andere potenzielle Akteure einbezogen werden. Ein gemeinsamer Workshop schafft Bewusstsein für das Thema und eine gemeinsame Zielsetzung kann entwickelt werden.

#### Zusammenarbeit gestalten

Eine gute Zusammenarbeit der Akteure für den Aufbau von Versorgungskonzepten ist ausschlaggebend. Eine gelingende Zusammenarbeit ist jedoch nicht ohne Hürden. Wie sich gezeigt hat, sollten alle Akteure bereit sein sich einzubringen und sich auf Augenhöhe begegnen. Jeder Akteur ist wichtig und wertvoll unabhängig davon ob professionell, semiprofessionell oder informell ist. Eine evtl. bestehende Konkurrenzhaltung zwischen den Akteuren muss abgebaut werden, um das nötige Vertrauen für eine Kooperation zu schaffen. Die Verantwortung sollte nicht nur ausschließlich von der Kommune getragen werden. Für die Zusammenarbeit sollte klargestellt werden, wer was leisten kann, wer welche Rollen und Aufgaben übernimmt. Insbesondere sollte gemeinsam entschieden werden, was von professioneller und was von informeller Seite erbracht wird.

### Technik im Quartier und für Außenwirksamkeit nutzen

Es empfiehlt sich der Einsatz einer Quartiersplattform, um die Zusammenarbeit der Akteure zu gestalten, sowie die Angebote und Informationen an die Bevölkerung transparent zu machen und entsprechend zu kommunizieren.

### Kompetenzen aufbauen, vermitteln und halten

Im Sinne der Inklusion müssen Bürgerinnen und Bürger befähigt werden, mit den neuen Kommunikationsmöglichkeiten und Plattformen umzugehen.

### Es braucht Sensibilisierung

Die Arbeit hin zur sozialraumorientierten Versorgung beinhaltet auch eine Auseinandersetzung zum Umgang mit Digitalisierung, Datenschutz und Ethik.

### Nachhaltigkeit sichern

Die geschaffenen Strukturen sind zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Die gewonnenen Erfahrungen beim Aufbau von Versorgungsstrukturen sollten auch in andere Kommunen weitergetragen werden, sodass auch andere Gemeinden und Städte das Wissen nutzen können.

## 6.2 Handlungsempfehlungen zur Vernetzung im individuellen Fall

Versorgungsnetzwerke sind einem stetigen Wandel ausgesetzt: Gesundheitszustände ändern sich, Akteure kommen dazu oder fallen weg. Die nachfolgenden drei Schritte, sollten daher iterativ ausgeführt werden:

### Versorgungsnetzwerk erfassen

Erfassen Sie das Versorgungsnetzwerk sowie die Zusammenarbeit der Netzwerkmitglieder, in dem Sie tätig sind. Orientieren Sie sich dafür an den Leitfragen: Wer ist alles in dem Netzwerk beteiligt? Wie viele Akteure spielen eine Rolle? Welche Arten von Akteuren sind beteiligt? Die Akteure können informell, wie z.B. Familie oder Freunde, semiprofessionell, wie z.B. Nachbarschaftshilfe, professionell, wie z.B. Pflegedienst oder Arzt, aber auch nicht-menschlich, wie z.B. Technik oder Haustiere, sein. Stellen Sie sich die Fragen: Welche Aufgaben übernehmen die einzelnen Akteure? Wie oft übernehmen die Akteure Aufgaben im Netzwerk? In welcher Entfernung zur pflegebedürftigen Person leben bzw. arbeiten die Akteure? Wie kommunizieren die Akteure untereinander? Wie oft sprechen sie sich ab? Seit wann besteht das Netzwerk? Wie oft wechseln Akteure im Netzwerk? Wie gut ist das Verhältnis unter den Akteuren?

### Komplexität Bewerten

Bewerten Sie die Komplexität der Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk für die Merkmale 1-13 des KomZip-Tools<sup>12</sup> [43] in beliebiger Reihenfolge. Lesen Sie hierfür zunächst die Beschreibung jedes Merkmals durch. Unter der Beschreibung des Merkmals sehen Sie, auf welche Akteure des Netzwerks sich das Merkmal bezieht. Dies sind entweder alle Akteure im Netzwerk oder nur die Akteure, die im Alltag unterstützen (Alltagsakteure). Alltagsakteure bringen sich täglich bis mindestens einmal wöchentlich ein. Sie sind somit sehr wichtig für das Netzwerk.

Vergeben Sie danach für jedes Merkmal einen Komplexitätsgrad. Stufen Sie dazu jedes Merkmal als „einfach“, „kompliziert“ oder „komplex“ ein. Betrachtet wird immer die Auswirkung auf die Zusammenarbeit, d.h. die Kommunikation, Koordination und Organisation je Merkmal.

### Regelmäßiger Diskurs und Bereitschaft zur Weiterentwicklung

Fassen Sie die Komplexität der einzelnen Merkmale in einem Spinnennetz-Diagramm zusammen. So erhalten Sie einen Überblick über die Komplexität der Zusammenarbeit im Netzwerk. Dadurch sehen Sie auf einen Blick, wie komplex die Merkmale in Ihrem Netzwerk ausgeprägt sind. Setzen Sie sich mit den Konsequenzen der Komplexität der Zusammenarbeit in Ihrem Netzwerk auseinander, suchen Sie den Diskurs mit anderen Netzwerkakteuren und wenn möglich beschließen Sie gemeinschaftlich Maßnahmen zur Erleichterung der Zusammenarbeit im Netzwerk. Maßnahmen können sowohl die Einführung von Kollaborationstools sein als aber auch die Reduzierung eingesetzter Technologien, um z. B. Medienbrüche zu verringern. Hinterfragen Sie regelmäßig die Nützlichkeit getroffener Maßnahmen. Pflegernetzwerke sind dynamisch, und so ändern sich nicht nur die beteiligten Netzwerkakteure, sondern auch die optimale Organisation und Zusammenarbeit im Netzwerk.

### Einsatz von Kollaborationswerkzeugen

Vom Einsatz von Kollaborationstechnik im individuellen Hilfemix können alle Akteure profitieren. Informationslücken können geschlossen werden und durch einen Überblick über die Akteure, schnelle Absprachen und eine gute Aufgabenverteilung eine größere Flexibilität in der Versorgungssituation ermöglicht werden. Da es sich bei den ausgetauschten Daten teilweise um Gesundheitsdaten handelt, ist allerdings bei der Auswahl der Technik besonders auf einen hohen Datenschutz wert zu legen. Allerdings muss zuvor geprüft werden, ob der Einsatz von Technologie einen Mehrwert für das Netzwerk beinhaltet oder ob die Einführungshürden zu hoch sind. Auch sollten möglichst alle Akteure des Hilfenetzes die Technik nutzen.

---

<sup>12</sup> <https://websurvey.iao.fraunhofer.de/survey/index.php/129812?lang=de>



## 7 Fazit

Die Idee für dieses Projekt basierte darauf, dass innovative Ansätze der kooperativen Versorgungskonzepte im Rahmen des Quartiersansatzes familiäre Unterstützung, professionelle Pflege sowie bürgerschaftliches Engagement integrieren und vernetzen können und so zu einer Stabilisierung und gleichzeitigen Flexibilisierung der Versorgungsangebote beitragen können. Grundannahme war, dass die komplexe Organisation und Steuerung durch eine technische Vernetzung dieser professionellen, semiprofessionellen und informellen Strukturen im Sozialraum vereinfacht werden kann.

Das Projekt EIKI setzte auf Erfahrungen und technische Entwicklungen aus den Vorgängerprojekten SONIA und SONIANetz auf. In den Feldtestregionen Fischerbach, St. Georgen und Mönchweiler wurde die Vernetzung im Quartier und der Technikeinsatz zur Koordination individueller Hilfemixarrangements gefördert und wissenschaftlich begleitet.

### Vernetzungsstrukturen im Quartier

Im Rahmen des Projektes wurden eine Vielzahl an strukturbildenden Workshops in den Quartieren durchgeführt. Die Strukturanalyse hat sich in allen drei Quartieren als Schlüsselement für die weitere Planung der Quartiersvernetzung herausgestellt. Die Akteure erhielten einen Überblick über die Akteure der pflegerischen Versorgung und Unterstützung in den Kommunen, konnten ihre eigene Vernetzungsstruktur und den Vernetzungsgrad erkennen, Lücken im Beziehungsgeflecht erkennen sowie neue Partner identifizieren. Deutlich wurde auch, dass ein Technikeinsatz für die Zusammenarbeit nicht zwingend erforderlich ist. Bevor Technik eingesetzt werden kann, müssen „reale“ (physische) Strukturen gefestigt und etabliert werden. Entscheidend sind viel mehr das gegenseitige Vertrauen, Abbau des Konkurrenzdenkens, gemeinsame Zielsetzung und vor allem die Motivation zur Zusammenarbeit.

**„Die Zeiten für Konkurrenzdenken sind vorbei. Wir werden die Versorgung in der Kommune nur gemeinsam bewältigen!“ (Pflegedienstleiter, Pressegespräch, 16.10.2020)**

### Unterstützung und Begleitung im individuellen Fall

Von Technikeinsatz für die Pflegekollaboration können sowohl die einzelnen Netzwerkakteure des individuellen Hilfemix als auch die Organisierenden von Unterstützungsdienstleistungen im Quartier, wie z.B. Case Management oder Beratende von Sozialstationen / Akteure des lokalen Hilfemix profitieren, um Unterstützung besser anbieten zu können. Insgesamt profitieren alle von einer erhöhten Transparenz und einer leichteren Organisation. Um Datenschutzproblemen vorzubeugen, sollten „Alltagskommunikations-mittel“, wie WhatsApp aber kritisch begutachtet werden, bevor sich für deren Einsatz entschieden wird. Der Markt pflegespezifischer Anwendungen wächst langsam und so bleibt zu hoffen, dass sich zukünftig datenschutzkonforme Lösungen für die Vernetzung im Hilfemix etablieren werden.

### Technik zum Einsatz auf allen Ebenen

Idealerweise sollte somit eine Technik die Bedarfe beider Ebenen (lokal und individuell) abdecken. Das Beispiel St. Georgen, in dem die Quartiersplattform crossiety eingeführt wurde, hat gezeigt, dass geeignete Technologien mittlerweile marktreife erreicht haben und kommerziell verfügbar sind. Auch wenn die Anwendung evtl. in Punkto Seniorenfreundlichkeit noch etwas besser werden könnte, lässt sich doch festhalten, dass dies eine Technik für jedermann sein kann.

### Erlernen von souveränem Umgang mit Digitalisierung

Die Technik ermöglicht den frühzeitigen Einstieg in die Techniknutzung, den Aufbau von Versorgungsnetzwerken, so dass im Falle eines größeren Unterstützungsbedarfs etablierte Strukturen vorhanden sind und die Technik erlernt und in den Alltag übergegangen ist. Generell muss aber zudem festgehalten werden, dass eine Sensibilisierung von Akteuren aus Pflege und Betreuung für die Chancen der Digitalisierung über Pflegekollaboration hinaus teils immer noch notwendig ist, auch wenn die Corona-Pandemie hier eine große Bewegung bei vielen gefördert hat. Digitalisierung sollte nicht als

---

Selbstzweck zur Modernisierung verstanden werden. Projekte sollten auf bestehende Strukturen aufbauen und die Vorteile von Digitalisierung herausstellen. Es geht darum einen souveränen Umgang mit den Möglichkeiten der Digitalisierung zu vermitteln [44]. Hierzu gehören auch die Auseinandersetzung von Datenschutz, Datensicherheit und Ethischen Fragestellungen. Offen für zukünftige Projekte ist die Erarbeitung von Leitlinien zur technikgestützten Kommunikation im ambulanten Versorgungsmix, welche die Fragen „Was wird kommuniziert?“, „Wie wird kommuniziert? (wertfrei, würdigend)“, und „Wem wird was mitgeteilt?“ beleuchtet.

### Versorgung in jeder Lebenslage kommunale Aufgabe

Projekte scheitern meist daran, dass die Frage nach den Verantwortlichen offenbleibt. Die Übertragung von lokalen Helfemixstrukturen auf den individuellen Fall wird immer physische Unterstützung in Form eines Kümmerers / Case Management, sprich einer „Community Nurse“, bedürfen. Mönchweiler ist hier einen richtungsweisenden Schritt mit der Etablierung einer kommunal-angesiedelten Bürgerlotsin gegangen. Menschen werden dort gesamtheitlich mit all ihren Bedarfen, aber auch strukturellen Gegebenheiten betrachtet, und individuell unterstützt. Die Einführung einer Quartiersplattform wie in St. Georgen könnte hier einen idealtypischen Versorgungszustand in der Gemeinde herstellen. Durch ein gezieltes Aufzeigen der Vorteile und Mehrwerte einer Zusammenarbeit, könnte so Motivation und Begeisterung für eine Kooperation in jeder Lebenslage geschaffen werden.

## Literatur

1. Rothgang, H., Müller, R., Unger, R.: Themenreport „Pflege 2030“. , Gütersloh (2012).
2. Görres, S., Seibert, K., Stiefler, S.: Perspektiven zum pflegerischen Versorgungsmix. In: Pflege-Report 2016. pp. 3–14. Schattauer GmbH, Stuttgart (2016).
3. Kricheldorf, C., Mertens, A., Tonello, L.: „Im Projekt hat sich unglaublich viel getan!“Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune. sozialministerium.xn--baden- ....
4. Renyi, M., Kunze, C., Rau, S., Rosner, M., Gaugisch, P.: Digitalisierung in Hilfemix-Strukturen: IT-Systeme zur Koordination von Versorgungsnetzwerken mit professionellen und informellen Pflegenden. In: Pfannstiel, M.A., Krammer, S., and Swoboda, W. (eds.) Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen III. pp. 201–220. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden (2017).
5. Klie, T.: Caring Community. Leitbild für Kirchengemeinden in einer Gesellschaft des langen Lebens? KIRCHE im ländlichen Raum. (2013).
6. The Young Foundation: How can neighbourhoods be understood and defined? Transform. Neighb. Program. 42 (2010).
7. Hülken-Giesler, M., Schnabel, M.: Das Konzept der Sorgenden Gemeinschaften in pflegewissenschaftlicher Perspektive. Pfl. Gesellschaft. 01, 84–88 (2018).
8. Kricheldorf, C., Mertens, A., Tonello, L.: Auf dem Weg zu einer sorgenden Kommune - Handbuch für politisch Verantwortliche, Gestalter und Akteure in Baden-Württembergs Kommunen. Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg (2015).
9. Pfannstiel, M.A., Krammer, S., Swoboda, W., Hauer, K.: Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen II. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden (2017).
10. Franke, A., Kramer, B., Pirkko, M.J., Van Holten, K., Zentgraf, A., Otto, U., Bischofberger, I.: Aktuelle Befunde zu “distance caregiving” Was wissen wir und was (noch) nicht? Z. Gerontol. Geriatr. 52, 521–528 (2019).
11. Neumann, D.: ZQP-ANALYSE: Einflussfaktoren auf Pflegearrangements in Privathaushalten. , Berlin (2014).
12. Kallfaß, S., Schulz, K.: Gelingender Versorgungsmix? Reflexion und Analyse von Fällen im Wohnquartier. In: Kallfaß, S. (ed.) Altern und Versorgung im nachbarschaftlichen Netz eines Wohnquartiers. pp. 123–142. Springer Fachmedien, Wiesbaden (2016).
13. Leimeister, J.M.: Collaboration Engineering: IT-gestützte Zusammenarbeitsprozesse systematisch entwickeln und durchführen. Springer Gabler, Heidelberg (2014).
14. Kolfschoten, G., Briggs, R.O., De Vreede, G.-J., Appelman, J., Kolfschoten, G.L., Briggs, R.O., Jacobs, P.H.M., Appelman, J.H.: A conceptual foundation of the thinkLet concept for Collaboration Engineering. Int. J. Human-Computer Stud. 64, 611–621 (2006).
15. Renyi, M., Gündogdu, R., Kunze, C., Gaugisch, P., Teuteberg, F.: The Networked Neighborhood – A User-Centered Design Study. In: 2018 IEEE International Conference on Engineering, Technology and Innovation (ICE/ITMC). pp. 419–426. IEEE, Piscataway, NJ (2018).
16. Lutze, M., Weiß, C.: Versorgung und Pflege im digitalen Sozialraum. In: Wittpahl, V. (ed.) iit-Themenband Digitalisierung - Bildung Technik Innovation. pp. 155–163. Springer-Verlag GmbH, Berlin Heidelberg (2016).
17. Stubbe, J., Naujoks, C., Weide, S.: Digitalisierung für mehr Optionen und Teilhabe im Alter. Bertelsmann Stiftung (2017).
18. Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation, [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/SONIA\\_Broschuere\\_Internet.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/SONIA_Broschuere_Internet.pdf).

19. Ciman, M., Gaggi, O.: An empirical analysis of energy consumption of cross-platform frameworks for mobile development. *Pervasive Mob. Comput.* 39, 217–230 (2017).
20. Shahid, S., ter Voort, J., Somers, M., Mansour, I.: Skeuomorphic, flat or material design. In: *Proceedings of the 18th International Conference on Human-Computer Interaction with Mobile Devices and Services Adjunct - MobileHCI '16*. pp. 738–745. ACM Press, New York, New York, USA (2016).
21. Friedrich, M., Kunze, C.: Usability-Aspekte bei der Gestaltung mobiler Nutzeroberflächen für technikdistanzierte ältere Nutzer. In: Hämmerle, I. and Kempster, G. (eds.) *Umgebungsunterstütztes Leben: Beiträge zum Usability Day XV*. Pabst Science Publishers, Lengerich (2017).
22. Van Veldhoven, E.R., Vastenburg, M.H., Keyson, D. V.: Designing an interactive messaging and reminder display for elderly. In: Aarts, E., Crowley, J.L., Ruyter, B. de, Gerhause, H., Pflaum, Ra., Schmidt, J., and Wichert, R. (eds.) *European Conference on Ambient Intelligence*. pp. 126–140. Springer, Berlin, Heidelberg (2008).
23. Cho, M., Kwon, S., Na, N., Suk, H.-J., Lee, K.: The Elders Preference for Skeuomorphism as App Icon Style. In: *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems - CHI EA '15*. pp. 899–904. ACM Press, New York, New York, USA (2015).
24. Renyi, M., Teuteberg, F., Kunze, C.: ICT-Based Support for the Collaboration of Formal and Informal Caregivers – A User-Centered Design Study. In: Abramowicz W., P.A. (ed.) *Business Information Systems. BIS 2018. Lecture Notes in Business Information Processing*, vol 320. pp. 400–411. Springer, Cham (2018).
25. Moser, C., Krischkowsky, A., Neureiter, K., Tscheligi, M.: Mediating Informal Care Online : Findings from an Extensive Requirements Analysis. *Interact. Des. Archit. J.* 24, 33–48 (2015).
26. Ganoë, C.H., Somervell, J.P., Neale, D.C., Isenhour, P.L., Carroll, J.M., Rosson, M.B., Mccrickard, D.S.: Classroom BRIDGE: using collaborative public and desktop timelines to support activity awareness. In: *Proceedings of the 16th annual ACM symposium on User interface software and technology*. pp. 21–30. ACM Press, New York (2003).
27. Amsha, K.A., Lewkowicz, M.: Shifting Patterns in Home Care Work: Supporting Collaboration Among Self-Employed Care Actors. In: *COOP 2016: Proceedings of the 12th International Conference on the Design of Cooperative Systems*. pp. 23–27. Springer International Publishing, Trento, Italy (2016).
28. Pinelle, D., Gutwin, C.: A Groupware Design Framework for Loosely Coupled Workgroups. In: *ECSCW 2005*. pp. 65–82. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg (2005).
29. Bossen, C., Christensen, L.R., Grönvall, E., Vestergaard, L.S.: CareCoor: Augmenting the coordination of cooperative home care work. *Int. J. Med. Inform.* 82, e189–e199 (2013).
30. Schorch, M., Wan, L., Randall, D.W., Wulf, V.: Designing for Those who are Overlooked - Insider Perspectives on Care Practices and Cooperative Work of Elderly Informal Caregivers. *Proc. 19th ACM Conf. Comput. Coop. Work Soc. Comput. - CSCW '16*. 785–797 (2016).
31. Susanne Bødker and Erik Grönvall: Calendars: Time Coordination and Overview in Families and Beyond. In: Paphos, C. (ed.) *ECSCW 2013: Adjunct Proceedings of the 13th European Conference on Computer Supported Cooperative Work*, Paphos, Cyprus, 21–25 September 2013. pp. 63–81. Springer-Verlag London, London (2013).
32. Bastide, R., Bardy, P., Borrel, B., Boszodi, C., Bouet, M., Gani, K., Gayraud, E., Gourc, D., Lamine, E., Manenq, P.H., Schneider, M., Toumani, F.: Plas'O'Soins: A software platform for modeling, planning and monitoring homecare activities. *IRBM, Elsevier Masson*. 35, 82–87 (2014).
33. Renyi, M., Kunze, C., Gaugisch, P., Teuteberg, F.: Computer Supported Collaboration in Mixed Homecare. In: *Proceedings of the Workshop Who Cares? Exploring the Concept of Care Networks for Designing Healthcare Technologies at the 17h European Conference on*

- Computer-Supported Cooperative Work: The International Venue on Practice-centred Computing and the Design. *Computer* (2019).
34. Kunze, C.: ( Nicht- ) Nutzung , Transfer , Verbreitung und Nachhaltigkeit von Gesundheitstechnologien : Deutsche Version des NASSS-Frameworks. Institut Mensch, Technik, Teilhabe, Furtwangen (2020).
  35. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., Shaw, S.: Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *J. Med. Internet Res.* 19, e367 (2017).
  36. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsis, C., Lynch, J., Hughes, G., A’Court, C., Hinder, S., Procter, R., Shaw, S.: Analysing the role of complexity in explaining the fortunes of technology programmes: Empirical application of the NASSS framework. *BMC Med.* 16, 66 (2018).
  37. Greenhalgh, T., Abimbola, S.: The NASSS Framework A Synthesis of Multiple Theories of Technology Implementation. *Stud. Health Technol. Inform.* 263, 193–204 (2019).
  38. Renyi, M., Lindwedel-Reime, U., Blattert, L., Teuteberg, F., Kunze, C.: Collaboration applications for mixed home care — A systematic review of evaluations and outcomes. *Int. J. Technol. Assess. Health Care.* 36, 395–403 (2020).
  39. Renyi, M., Hegedüs, A., Maier, E., Teuteberg, F., Kunze, C.: Toward sustainable ICT-supported neighborhood development—a maturity model. *Sustain.* 12, 1–15 (2020).
  40. Heinze, R.G., Minssen, H. eds: Regionale Netzwerke - Realität oder Fiktion? Fakultät für Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, Bochum (1998).
  41. Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe, E.-W. eds: Kooperation und Integration - das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden (2017).
  42. Nickerson, R.C., Varshney, U., Muntermann, J.: A method for taxonomy development and its application in information systems. *Eur. J. Inf. Syst.* 22, 336–359 (2013).
  43. Renyi, M., Gaugisch, P., Hunck, A., Strunck, S., Kunze, C., Teuteberg, F.: Uncovering the Complexity of Care Networks – Towards a Taxonomy of Collaboration Complexity in Homecare. Unveröffentlichtes Manuskript. (2021).
  44. Stubbe, J., Schaat, S., Ehrenberg-Silies, S.: Digital souverän? Kompetenzen für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Bertelsmann Stift. 80 (2019).

## Anhang

### Workshopmaterialien Strukturanalyse

#### Arbeitsschritte und Arbeitsaufträge

##### **Arbeitsauftrag 1:**

1. Mit welchen Akteuren in Ihrem Einzugsgebiet arbeiten Sie zusammen?
2. Welche Akteure gibt es in Ihrem Einzugsgebiet, mit denen eine Zusammenarbeit möglich wäre, jedoch bisher keine besteht?
3. Mit welchen Akteuren außerhalb Ihres Einzugsgebietes arbeiten Sie zusammen?

Schreiben Sie die Akteure auf die entsprechend farbigen Karten und benennen Sie die Aufgaben und Rollen der jeweiligen Akteure:

- **Gelb**: Professionelle Akteure (z.B. Ambulante Dienste, Ärzte, Therapeuten)
- **Grün**: Semiprofessionelle Akteure (Gruppen oder Vereine, die zentral organisiert sind, jedoch mit freiwilligen Mitarbeitern)
- **Blau**: Ehrenamtliche Akteure (Gruppen, die sich selber organisieren)

##### **Arbeitsauftrag 2:**

Kennzeichnen Sie bitte die bereits vorhandenen Kooperationen zwischen den Akteuren und benennen Sie die Art des Kontaktes:

1. Häufigkeit des Kontakts bzw. der Kommunikation:

Breiter Pfeil: mind. 1x wöchentlich

Mittelbreiter Pfeil: mind. 1x monatlich

Schmaler Pfeil: mind. 1x in 4 Monaten oder weniger

Einseitige Kommunikation: 

Gegenseitige Kommunikation: 

**Arbeitsauftrag 3:**

1. Beurteilen Sie bitte nun die Qualität der Zusammenarbeit mit den Akteuren.

Gute Kommunikation +

Schlechte Kommunikation –

**Arbeitsauftrag 4:**

2. Was macht die gute Qualität aus?

3. Was sind Schwierigkeiten bei der Kommunikation bzw. Zusammenarbeit mit den schlecht benannten Akteuren?

**Arbeitsauftrag 5:**

4. Mit welchen Akteuren wäre eine Zusammenarbeit zukünftig sinnvoll?

**Erhebungsmaterialien Netzwerkanalyse**

Erfassungskarten für Netzwerkakteure

a) versorgte Person b) informeller Akteur c) professioneller oder semiprofessioneller Akteur d) professionelle Einrichtung




**Angaben zur betreuten Person:**

**Gender:**

- männlich
- weiblich
- divers

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_



**Wohnsituation:**

- alleine lebend
- alleine lebend, aber mit Unterstützung im selben Haus
- zusammenlebend mit einer Unterstützungsperson
- zusammenlebend mit mehreren Unterstützungspersonen:

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen: \_\_\_\_\_

- Wohnung in einer betreuten Wohnanlage
- Zimmer in einem Alten- oder Pflegeheim
- Wohngemeinschaft
- andere Wohnform: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen:**

- Demenz
- Parkinson
- Diabetes
- sonstige: \_\_\_\_\_
- sonstige: \_\_\_\_\_
- keine bekannt

**Einschränkungen:**

**Motorisch:** \_\_\_\_\_

**Kognitiv:** \_\_\_\_\_

**Sprachlich:** \_\_\_\_\_

**sonstige:** \_\_\_\_\_

**Vorhandene Technologien**

1. Geräte
  - Smartphones
  - Tablet
  - PC
2. Internet
  - LAN
  - WLAN
  - mobile

**Pflegebedürftigkeit:**

1. **Pflegebedarf seit:**
  - noch gar nicht
  - nicht länger als 3 Monate
  - 3 - 6 Monate
  - 7 - 12 Monate
  - länger als 12 Monate
2. **Pflegegrad:**
  - kein Pflegegrad
  - Pflegegrad 1
  - Pflegegrad 2
  - Pflegegrad 3
  - Pflegegrad 4
  - Pflegegrad 5

**Informeller Akteur**

**Beziehung zu pflegebedürftiger Person**

- Mutter / Vater
- Bruder
- Ehrenamt ohne institutionelle Anbindung
- Sohn
- (Ehe-)Partner
- Verschwägert: \_\_\_\_\_
- sonstiges: \_\_\_\_\_
- Enkel
- Freundin
- Nachbarin
- Enkelin
- Schwester


Alter in Jahren: \_\_\_\_\_

**Berufstätigkeit:**

- Vollzeit
- Teilzeit
- keine Berufstätigkeit
- Pensioniert / Rente
- Heimarbeit
- nicht bekannt

Entfernung zur pflegebedürftigen Person

- im selben Quartier / Wohnort
- < 10 km
- 11 - 50 km
- 51 - 100 km
- > 100 km



**Rolle in der Versorgung (Mehrfachauswahl – die drei Hauptaktivitäten kennzeichnen)**

- keine Beteiligung an der Versorgung
- Besuche / Psychosoziale Betreuung (Anrufe, Gespräche, ...)
- hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkäufe, Reinigung, Wäsche waschen, Kochen)
- Organisation von Pflegeaktivitäten Ihrer pflegebedürftigen Person
- Grundpflege / Körperpflege (z.B. Waschen, Rasur, An-/Ausziehen)
- Unterstützung bei Grundbedürfnissen (z.B. Toilettengang, Nahrungsaufnahme)
- handwerkliche Tätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Tierpflege)
- Fahrdienste z.B. zu Ärzten oder Aktivitäten
- Aufsuchen von Dienstleistern (z.B. Supermarkt, Apotheke)
- Begleitung zu Dienstleistern (z.B. Arzt, Therapeut, Friseur)
- Medikamentengabe
- Mobilisieren des Pflegebedürftigen
- Wechseln von Kompressionsstrümpfen, Kathetern und Verbänden
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Versorgungsleistung

- einmal täglich
- mehrmals täglich
- wöchentlich
- mehrmals wöchentlich
- sporadisch / gelegentlich
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Zeitaufwand für Pflege des Pflegebedürftigen

- Vollzeit
- Teilzeit
- bei Bedarf / Freizeit
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vorhandene Technologien**

1. Geräte
  - Smartphones
  - Tablet
  - PC
2. Internet
  - LAN
  - WLAN
  - mobile

a)

b)

**Professioneller oder semiprofessioneller Akteur**

**Beziehung zu pflegebedürftiger Person**


- Ehrenamt bürgerschaftlich
- Engagierte/ mit Anbindung an eine Institution oder an einen Verein
- prof. Dienstverhältnis
  - Pflegedienst
  - Hausarzt
  - Facharzt: \_\_\_\_\_ (Fachgebiet)
- Physiotherapie
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Alterstufen

- < 30 Jahre
- 31 - 40 Jahre
- 41 - 50 Jahre
- 51 - 60 Jahre
- > 60 Jahre
- nicht bekannt

**Vorhandene Technologien**

1. Geräte
  - Smartphones
  - Tablet
  - PC
2. Internet
  - LAN
  - WLAN
  - mobile



**Entfernung zur pflegebedürftigen Person (Entfernung der Dienst-/Zweigstelle / Praxisräume / ... bis zur pflegebedürftigen Person)**

- irrelevant da Hausbesuche / Telefonkontakt
- im selben Quartier / Wohnort
- < 10 km
- 11 - 50 km
- 51 - 100 km
- > 100 km

**Rolle in der Versorgung (Mehrfachauswahl – die drei Hauptaktivitäten kennzeichnen)**

- keine Beteiligung an der Versorgung
- Besuche / Psychosoziale Betreuung (Anrufe, Gespräche, ...)
- hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkäufe, Reinigung, Wäsche waschen, Kochen)
- Organisation von Pflegeaktivitäten Ihrer pflegebedürftigen Person
- Grundpflege / Körperpflege (z.B. Waschen, Rasur, An-/Ausziehen)
- Unterstützung bei Grundbedürfnissen (z.B. Toilettengang, Nahrungsaufnahme)
- handwerkliche Tätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Tierpflege)
- Fahrdienste z.B. zu Ärzten oder Aktivitäten
- Aufsuchen von Dienstleistern (z.B. Supermarkt, Apotheke)
- Begleitung zu Dienstleistern (z.B. Arzt, Therapeut, Friseur)
- Medikamentengabe
- Mobilisieren des Pflegebedürftigen
- Wechseln von Kompressionsstrümpfen, Kathetern und Verbänden
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Versorgungsleistung

- einmal täglich
- mehrmals täglich
- wöchentlich
- mehrmals wöchentlich
- sporadisch / gelegentlich
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Zeitaufwand für Pflege des Pflegebedürftigen

- Vollzeit
- Teilzeit
- bei Bedarf / Freizeit
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Professionelle Einrichtung**

**Beziehung zu pflegebedürftiger Person**

- Pflegedienst
- Hausarzt
- Nachbarschaftshilfe
- Apotheke
- Facharzt: \_\_\_\_\_ (Fachgebiet)
- Physiotherapie
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Entfernung zur pflegebedürftigen Person (Entfernung der Dienst-/Zweigstelle / Praxisräume / ... bis zur pflegebedürftigen Person)

- irrelevant da Hausbesuche
- im selben Quartier / Wohnort
- < 10 km
- 11 - 50 km
- 51 - 100 km
- > 100 km

**Rolle in der Versorgung (Mehrfachauswahl – die drei Hauptaktivitäten kennzeichnen)**

- keine Beteiligung an der Versorgung
- Besuche / Psychosoziale Betreuung (Anrufe, Gespräche, ...)
- hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkäufe, Reinigung, Wäsche waschen, Kochen)
- Organisation von Pflegeaktivitäten Ihrer pflegebedürftigen Person
- Grundpflege / Körperpflege (z.B. Waschen, Rasur, An-/Ausziehen)
- Unterstützung bei Grundbedürfnissen (z.B. Toilettengang, Nahrungsaufnahme)
- handwerkliche Tätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Tierpflege)
- Fahrdienste z.B. zu Ärzten oder Aktivitäten
- Aufsuchen von Dienstleistern (z.B. Supermarkt, Apotheke)
- Begleitung zu Dienstleistern (z.B. Arzt, Therapeut, Friseur)
- Medikamentengabe
- Mobilisieren des Pflegebedürftigen
- Wechseln von Kompressionsstrümpfen, Kathetern und Verbänden
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Versorgungsleistung


- einmal täglich
- mehrmals täglich
- wöchentlich
- mehrmals wöchentlich
- sporadisch / gelegentlich
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Zeitaufwand für Pflege des Pflegebedürftigen

- Vollzeit
- Teilzeit
- bei Bedarf / Freizeit
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vorhandene Technologien**

3. Geräte
  - Smartphones
  - Tablet
  - PC
4. Internet
  - LAN
  - WLAN
  - mobile



Dauer der Versorgungsleistung für den Pflegebedürftigen: \_\_\_\_\_

c)

d)

## Erfassungskarten für eingesetzte Technologien zur Erleichterung der Zusammenarbeit im Netzwerk

**Kalender**

- Gemeinsamer Kalender im Versorgungsnetzwerk?
  - ja:
    - in Papierform beim Pflegebedürftigen
    - online / digitaler gemeinsamer Kalender (z.B. Google Kalender)
 Name der Anwendung: \_\_\_\_\_
  - nein
- Wer hat Zugriff auf diesen Kalender?
  - alle
  - nur ausgewählte Personen (private Nutzung)
  - nur ausgewählte Personen (private + professionelle Nutzung)

**Monitoring**

- Gibt es digitale Technologien zur Unterstützung des Pflegebedürftigen, z.B. Hausnotruf mit Aktivitätsmonitoring (easierLife), Medikamentendispenser mit Quittierfunktion / Alarmierung von Angehörigen bei Nichteinnahme, ...
  - ja: \_\_\_\_\_
  - nein
- Wer hat Zugriff auf diese Technologien?
  - alle
  - nur ausgewählte Personen (private Nutzung)
  - nur ausgewählte Personen (private + professionelle Nutzung)

**Aufgabenlisten**

- Gemeinsame Aufgabenliste im Versorgungsnetzwerk?
  - ja:
    - in Papierform beim Pflegebedürftigen
    - online (z.B. WeDolst, Google Tasks, Wunderlist)
  - nein
- Wer hat Zugriff auf diese Liste?
  - alle
  - nur ausgewählte Personen (private Nutzung)
  - nur ausgewählte Personen (private + professionelle Nutzung)

**Dokumente**

- Gemeinsame Dokumentenablage im Versorgungsnetzwerk?
  - ja:
    - in Papierform beim Pflegebedürftigen
    - online (z.B. GoogleDrive, Microsoft OneNote / OneDrive, Dropbox)
 Name der Anwendung: \_\_\_\_\_
  - nein
- Wer hat Zugriff auf diese Dokumente?
  - alle
  - nur ausgewählte Personen (private Nutzung)
  - nur ausgewählte Personen (private + professionelle Nutzung)

**Messenger**

- Gemeinsame Chatgruppe im Versorgungsnetzwerk?
  - ja:
    - online (z.B. WhatsApp, Telegramm, Zoom, Threema)
 Name der Anwendung: \_\_\_\_\_
  - nein
- Wer hat Zugriff auf diese Gruppe?
  - alle
  - nur ausgewählte Personen (private Nutzung)
  - nur ausgewählte Personen (private + professionelle Nutzung)

## Erfassungskarte Kommunikation und Zusammenarbeit im Netzwerk

**Kommunikation und Zusammenarbeit**

bevorzugter Kommunikationskanal:

- persönlich
- Telefon
- Fax
- E-Mail
- WhatsApp
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Häufigkeit der Kommunikation:

- Täglich
- 2-3 mal die Woche
- Einmal Wöchentlich
- Alle zwei Wochen
- Monatlich
- sporadisch

Inhalt der Kommunikation:

- Besuche / Psychosoziale Betreuung (Anrufe, Gespräche, ...)
- hauswirtschaftliche Versorgung (z.B. Einkäufe, Reinigung, Wäschewaschen, Kochen)
- Organisation von Pflegeaktivitäten der pflegebedürftigen Person
- Grundpflege / Körperpflege (z.B. Waschen, Rasur, An-/Ausziehen)
- Unterstützung bei Grundbedürfnissen (z.B. Toilettengang, Nahrungsaufnahme)
- handwerkliche Tätigkeiten (z.B. Gartenarbeit, Tierpflege)
- Fahrdienste z.B. zu Ärzten oder Aktivitäten
- Aufsuchen von Dienstleistern (z.B. Supermarkt, Apotheke)
- Begleitung zu Dienstleistern (z.B. Arzt, Therapeut, Friseur)
- Medikamentengabe
- Mobilisieren des Pflegebedürftigen
- Wechseln von Kompressionsstrümpfen, Kathetern und Verbänden
- sonstiges: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit

	😊	😐	😞	😡
persönlich				
Telefon				
Fax				
E-Mail				
WhatsApp				

Aktuelle Zusammenarbeit

	😊	😐	😞	😡
Aufgaben				
Termine				
Kurzfristige Änderungen				
regelmäßiger Austausch				

Bekannte Kommunikationsprobleme: \_\_\_\_\_

