Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen
zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen

Eine Bestandsaufnahme

Impressum

Herausgeber: Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

Autorin: Daniela Grammatico

unter Mitarbeit von: Frank Gunzelmann, Felix Grützner, Martina Kern

Kontakt: ALPHA Rheinland
Heinrich-Sauer-Straße 15
53111 Bonn
0228/746547
rheinland@alpha-nrw.de

1. Auflage 2022

© 2022 / ALPHA NRW

Gefördert vom: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Initiative zur Umsetzung der CHARTA zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und ihrer Handlungsempfehlungen

Weitere Informationen: www.alpha-nrw.de

Titelbild: Adobe Stock / SINSU1980

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	4
2.	Grundlagen	6
	Definition des Netzwerkbegriffs	7
	Netzwerkarten	8
	Qualitätsstandards im Kontext von Netzwerken	10
	Aufbau und Initiierung eines Netzwerks	11
3.	Methodik	13
4.	Befragungsergebnisse zur Bestandsaufnahme der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW	15
5.	Kriterien für eine gelingende Netzwerkarbeit	29
6.	Fazit und Ausblick	31
7.	Literaturverzeichnis	32
8.	Anhang	33
	Anhang 1 Ergebnisliste Internetrecherche Netze der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW	33
	Anhang 2 Anschreiben Ambulante Hospizdienste NRW	37
	Anhang 3 Fragebogen zur Bestandsaufnahme hospizlich-palliativer Netzwerke in Nordrhein-Westfalen	38

„Allein können wir so wenig tun, gemeinsam können wir so viel erreichen."
Helen Keller

„Zusammenkommen ist ein Anfang,
Zusammenbleiben ist ein Fortschritt,
Zusammenarbeiten ist ein Erfolg."
Henry Ford

1. Vorwort

Nachdem der Deutsche Bundestag im Juni 2021 beschlossen hat, die Koordination regionaler Netze der Hospiz- und Palliativversorgung zu fördern,[1] und die Kostenträger Ende April 2022 entsprechende Förderrichtlinien veröffentlicht haben,[2] wird derzeit deren Umsetzung auf der Ebene der Bundesländer erarbeitet.
In Nordrhein-Westfalen trifft dieses neue Förderinstrument auf eine weit differenzierte Landschaft hospizlich-palliativer Versorgungsangebote.[3] In den Regionen des Landes arbeiten die mit der Begleitung und Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wie ihrer Angehörigen betrauten Leistungserbringer zum Teil seit vielen Jahren eng und berufsgruppenübergreifend zusammen. Vernetztes Arbeiten auf unterschiedlichen Ebenen und im Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure ist erprobte Praxis und es haben sich eine Reihe mehr oder weniger formalisierter Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung mit multilateralen Kooperationen formiert. Der Aufbau, die Aufgaben und die Arbeitsweise der Netzwerke sind mannigfaltig und unterliegen keiner einheitlichen Struktur. Einige dieser Netzwerke haben bei den ALPHA-Stellen angefragt, ob sie auf der ALPHA-Homepage bei der Darstellung der regionalen hospizlich-palliativen Strukturen und Angebote veröffentlicht werden können. Dem konnte bisher nicht entsprochen werden, da eine zentrale Erfassung, Einordnung und Veröffentlichung sowie landesweit einheitlich verwendete Struktur- und Qualitätskriterien von Netzwerken bislang fehlen.

---

[1] Bundesrat. Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG). Drucksache 511/21. 2021; https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2021/0501-0600/511-21.pdf?__blob=publicationFile&v=1; Abruf am 21.04.22.
[2] Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Koordination der Aktivitäten in regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine Netzwerkkoordinatorin oder einen Netzwerkkoordinator nach § 39d Absatz 3 SGB V (Förderrichtlinie) in der Fassung vom 31.03.2022; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/2022-04-01_HP-Netzwerke_Foerderrichtlinie_39d_SGB_V.pdf; Abruf: 21.04.22.
[3] Vgl. hierzu: Hospizarbeit und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen, Spezialbericht, Hrsg. MAGS NRW (2018); https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/ges_bericht/gesundheitsberichte-nrw-spezial/mags_hospizarbeit_nrw_2018.pdf; Abruf 21.04.22.

Ein Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es Anzahl, Aufbau, Strukturen sowie die Arbeitsweisen der hospizlich-palliativen Netzwerke in NRW einer Bestandsaufnahme zu unterziehen.[4] Bewusst wurde hier auf eine Einengung der Perspektive auf die Förderkriterien gem. §39d SGB V (Netzwerkkoordination) verzichtet, da diese für sich allein den derzeit existierenden Bestand der Netzwerke nicht vollständig abbilden.[5]
Die im Rahmen dieser Untersuchung identifizierten Erfolgskriterien sollen bestehende ebenso wie sich formierende Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung unterstützen.
Als perspektivisches Ziel werden künftig auf der Grundlage dieser Untersuchung die Kontaktdaten der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW über die Internetpräsenz von ALPHA veröffentlicht werden können, damit Hilfesuchende in ihrer Region Ansprechpartnerinnen und -partner finden können, die ihnen zu passenden Hilfs- und Unterstützungsangeboten vor Ort verhelfen können.

ALPHA Rheinland, im Sommer 2022

[4] Einzig für Bayern gibt es bereits eine systematische Bestandsaufnahme von Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung; vgl. hierzu: Herbst FA, Stiel S, Heckel M et al. Beschreibung und Analyse der Partner in Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung in Bayern an der Schnittstelle ambulant-stationär: Eine Mixed-Methods-Studie, in: Zeitschrift für Palliativmedizin 2017/18, S. 310–318.
[5] Gemeint ist hier – um nur ein Beispiel zu nennen –, dass in der Richtlinie die Mindestzahl von zehn Netzwerkpartnern als Voraussetzung für eine Förderung genannt wird.

2. Grundlagen

Vernetzung und Netzwerkarbeit werden häufig als Antwort in der zu gestaltenden Gesundheitsversorgung für unterschiedliche Schnittstellenproblematiken genutzt, ohne jedoch dabei genauer hinzusehen, was Netzwerkarbeit erfolgreich werden lässt.

Die allgemeine organisationale Ausdifferenzierung des Versorgungssystems im Sozial- und Gesundheitsbereich führt zu einer immer größeren Schwierigkeit, den Überblick über die jeweiligen strukturellen Angebote zu behalten. Dies trifft auch auf den palliativ-hospizlichen Versorgungsbereich zu. So haben sich auch in diesem Bereich viele kleine und größere Netzwerke durch koordinierte und verbesserte Zusammenarbeit in lokalen Versorgungsstrukturen entwickelt (vgl. Wegleitner/Mennemann, S.400).

Diese Netzwerke erstrecken sich von der personalen Interaktion zwischen Fachkräften über die Zusammenarbeit von Einrichtungen bis hin zur Institutionalisierung von einzelfallbezogenen Kooperationsverfahren mit gegenseitiger Verbindlichkeit.

Die Begriffe „Netzwerke“, „Netzwerkarbeit“ und „netzwerken“ werden allerdings als Beschreibungen sehr unterschiedlicher Formen von Kooperationsbeziehungen benutzt. Neben einer generellen positiven Konnotation des Netzwerkbegriffs werden Netzwerke oder zumindest die Arbeit in Netzwerken häufig in Form von Kooperationsbeziehungen gefordert, etwa im Rahmen der Finanzierung oder Förderung durch die Krankenkassen.

Was aber zeichnet ein wirksames und für alle Beteiligten hilfreiches Netzwerk im palliativ-hospizlichen Bereich aus? Was sind dessen Merkmale, was sind konkrete Qualitätskriterien? Worauf sollte beim Auf- und Ausbau solcher Kooperationsbeziehungen, die als Netzwerke bezeichnet werden, unbedingt geachtet werden? Und was sind notwendige Rahmenbedingungen für erfolgreiche Netzwerkarbeit? Was ist der Unterschied zwischen einer Kooperation und einem Netzwerk?

In der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Zugehörigen ist ein besonderer Schwerpunkt auf die multiprofessionelle Ausrichtung der Versorgungsangebote zu legen – da gerade diese vulnerable Gruppe einen hohen Unterstützungsbedarf an ganz unterschiedlichen Leistungstypen aufweist, denn häufig ist deren Situationen von einer hohen Komplexität gekennzeichnet. So ist der Ruf nach „Netzwerkarbeit“ auch im palliativ-hospizlichen Versorgungsbereich angekommen und wird vielfältig genutzt.

Vernetzungs- und Kooperationsbedarfe auch im hospizlich-palliativen Kontext gehen somit weit über bilaterale Kooperationen hinaus und eine Zusammenarbeit mehrerer unterschiedlicher Fachkräfte in einem interprofessionellen Netzwerk ist erforderlich.

Die vermeintliche Annahme, dass Netzwerke auch ohne Steuerung funktionsfähig und wirkungsvoll sind, ist so nicht haltbar. Es gibt bestimmte Voraussetzungen, die die Wirkkraft eines Netzwerks beeinflussen. So stellt die Vernetzung als Modus einer abgestimmten, gemeinschaftlichen Zielsetzung eine Grundlage für ein wirkungsvolles und somit erfolgreiches Netzwerk dar. Es werden Netzwerke gebildet, um Synergieeffekte zu erreichen, damit Ressourcen zusammengelegt werden können. Jedoch gilt es bei allen Überlegungen zu

berücksichtigen, dass Netzwerke auch Ressourcen binden – sofern sie wirkungsvoll sein und bestimmte Prinzipien für eine gelingende Netzwerkarbeit als Voraussetzung haben sollen (vgl. Quilling/Nicolini/Graf/Starke 2013, S. 13 ff).

Es gibt allerdings sehr unterschiedliche und vielfältige Formen von Netzwerken im Kontext der hospizlich-palliativen Netzwerkarbeit, die im Rahmen dieser Studie genauer untersucht wurden. Also neben einer Bestandsaufnahme der gegenwärtig gegebenen Netzwerkstrukturen im hospizlich-palliativen Bereich hat die Untersuchung auch zum Ziel, Qualitätsindikatoren für Netzwerke und Netzwerkarbeit speziell für diesen Bereich zu erarbeiten.

Zunächst wird näher auf den Netzwerkbegriff eingegangen sowie auf damit verbundene Definitionen und Kategorisierungen. Anschließend wird in dem darauffolgenden Kapitel kurz ein Netzwerkzyklus dargestellt und erläutert. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Befragung zu Netzwerken im hospizlich-palliativen Kontext beschrieben – woraus sich folglich Empfehlungen einer gelingenden Netzwerkarbeit für den Bereich der hospizlich-palliativen Versorgung von schwer kranken und sterbenden Menschen sowie ihrer Zugehörigen ergeben.

Definition des Netzwerkbegriffs

„Netzwerkarbeit“ findet in humandienstlichen Kontexten statt und wird als Voraussetzung gesehen, erfolgreich die Arbeit mit den entsprechenden Zielen zur Unterstützung der Menschen durchführen zu können – so auch im hospizlich-palliativen Kontext.

Die Idee einer „Netzwerkarbeit“ als Konzept und methodische Vorgehensweise in unterschiedlichen wissenschaftlichen Theorien ist nicht neu und fand bereits in der Soziologie zu Beginn des letzten Jahrhunderts mit der „Theorie der sozialen Beziehungen“ von Georg Simmel in weiterführenden Überlegungen Berücksichtigung. Ein weiterer Vorläufer ist Jakob Moreno mit seiner „Soziometrie“ und der „experimentellen Kommunikations-netzwerkforschung“. Die Gemeinsamkeit dieser frühen Theorien besteht darin, dass der einzelne Mensch Ausgangspunkt für die Analyse und der sich daraus ergebenden notwendigen Hilfestellung auf der Ebene des Einzelfalles war. Durch die immer weiter voranschreitende Segmentierung und funktionsbezogenen Versorgungsstrukturen bedarf es aber einer wachsenden Koordination aller Dienstleister in einzelnen Lebensbereichen; die Ebene der Netzwerkarbeit bezogen auf den Einzelfall ist nicht mehr ausreichend.

Somit befassen wir uns in diesem Bericht nicht mit Netzwerken auf der Einzelfallebene – sondern richten den Blick auf organisationale Netzwerke.

Löcherbach definiert die Vernetzung wie folgt:

„Vernetzung ist die institutionalisierte Form von qualitativ gestalteter Kooperation und Koordination verschiedener Dienste, mit dem Ziel, die Versorgungsstruktur für einzelne oder Personengruppen zu optimieren. Vernetzung besteht in der Verknüpfung an sich selbständiger organisatorischer Einheiten zu einem Ganzen mit einem Mindestmaß an eigenem,

verbindlichen Organisationsgrad für eine bestimmte Aufgabe und eine gewisse Dauer." (Löcherbach, 2020; 44)

Kooperationsbeziehungen können – im Gegensatz zur Netzwerkarbeit – auch bilateral aufgebaut werden. Auch bei engen und sehr ausgeprägten Kooperationsbeziehungen zu einzelnen infrastrukturell verankerten Diensten in der Region ist damit noch kein Netzwerk hergestellt. Netzwerke bestehen zwar aus Kooperationen – diese sind jedoch von mehr als zwei Akteuren notwendig, um Netzwerkarbeit aktiv zu gestalten.

Claus Reis definiert ein Netzwerk folgendermaßen:

„… können folgende zentrale Elemente [eines Netzwerks] benannt werden:

- *Sie bestehen aus autonomen Akteuren,*
- *die in ‚reflexiver Koordination',*
- *aber auch in Verfolgung eigener Interessen*
- *Strukturen ausbilden, die einen unterschiedlichen Grad an Verbindlichkeit haben können."* (Reis 2014)

Netzwerkarten

Im Allgemeinen wird in der Literatur nach *„natürlichen/privaten"* Klientennetzwerken und *„künstlichen/professionellen Netzwerken"* unterschieden (vgl. Schubert 2005, S.79). Die *„natürlichen/privaten Netzwerken"* sind von starken Bindungen geprägt, die nicht organisiert und von einem informellen Charakter gekennzeichnet sind. Dem gegenüber stehen die *„künstlichen Netzwerke"*, in denen überwiegend professionelle Ressourcen zur Koordination von Aktivitäten gebündelt werden (vgl. Schubert 2005, S.80).

Gemäß dieser Systematik unterscheidet Schubert weiterhin nach:

- *Primäre Netzwerke: das sind die „natürlichen/privaten Netzwerke";* hierzu gehören alle informellen Netzwerke – also Familienbeziehungen, nachbarschaftliche Beziehungen, freundschaftliche Beziehungen, etc. Diese Netzwerke sind auf der Einzelfallebene anzutreffen und sind von starken persönlich-emotionalen Bindungen gekennzeichnet.
- *Sekundäre Netzwerke:* hier bildet die Grundlage der Vernetzung die Zugehörigkeit (z.B. Initiative, Verein) und es herrschen eher schwache Bindungen vor. Diese Netzwerke sind normalerweise gering organisiert.
- *Tertiäre Netzwerke:* diese gelten als *„künstliche Netzwerke"* . Diese professionellen institutionalisierten Netzwerke verfolgen das Ziel der Bildung von Koalitionen zur Koordination von Aktivitäten – so auch im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich.

Für den Kontext dieses Berichtes sind die tertiären bzw. institutionellen Netzwerke von hoher Bedeutung.

Institutionelle Netzwerke

Institutionelle Netzwerke können grob anhand von drei grundlegenden Merkmalen kategorisiert werden. Die erste Unterscheidung liegt in der räumlichen Dimension als Merkmal eines Netzwerks. Weiteres Unterscheidungsmerkmal ist dann das Themenfeld, in dem sich das Netzwerk bewegt, und als drittes Kategorisierungsmerkmal gilt der Formalisierungsgrad und die entsprechende Struktur der Akteursbeziehungen in dem jeweiligen Netzwerk. Diese drei Ausprägungen sind nicht als trennscharfe Kategorisierungsmerkmale zu verstehen, da sie miteinander eng verbunden sind – geben allerdings eine erste Möglichkeit zur Typisierung von Netzwerken (vgl. Diller, 2002).

Die sich daraus ergebene Fragestellung zur Art und Weise der Steuerung von institutionellen Netzwerken ist auch für den palliativ-hospizlichen Bereich von hoher Relevanz, um erfolgreich die Synergieeffekte in diesem Bereich zur Versorgung der Sterbenden und ihrer Zugehörigen nutzen zu können.

Nachfolgende Tabelle zeigt unterschiedliche Netzwerktypen, die als grundlegende Systematik für eine Analyse von Netzwerken dienen kann:

Netzwerktyp	**Beschreibung**	**Kennzeichen**
Informationsnetzwerk	Austausch von Informationen, Problemerörterung und Situationsdeutung	dauerhaft, aber eher locker, keine Organisations-anpassung
Milieubildendes Netzwerk	Situationsdeutung führt zu gemeinsamer Sicht, Vorbereitung kollektiver Entscheidungen und Handlungsoptionen	dauerhaft, gemeinsam geteilte Wertorientierung
Produktionsnetzwerk	autonome Organisationen erbringen gemeinsame Dienstleistungen und Produkte	dauerhaft, eher straff, Organisationsanpassung erforderlich
Projektbezogenes Netzwerk	temporäre Zusammenarbeit für ein Projekt	zeitlich befristet, Organisationsanpassung erforderlich

Institutionelle Netzwerktypen nach Funktionen nach Claus Reis (2014).

Qualitätsstandards im Kontext von Netzwerken

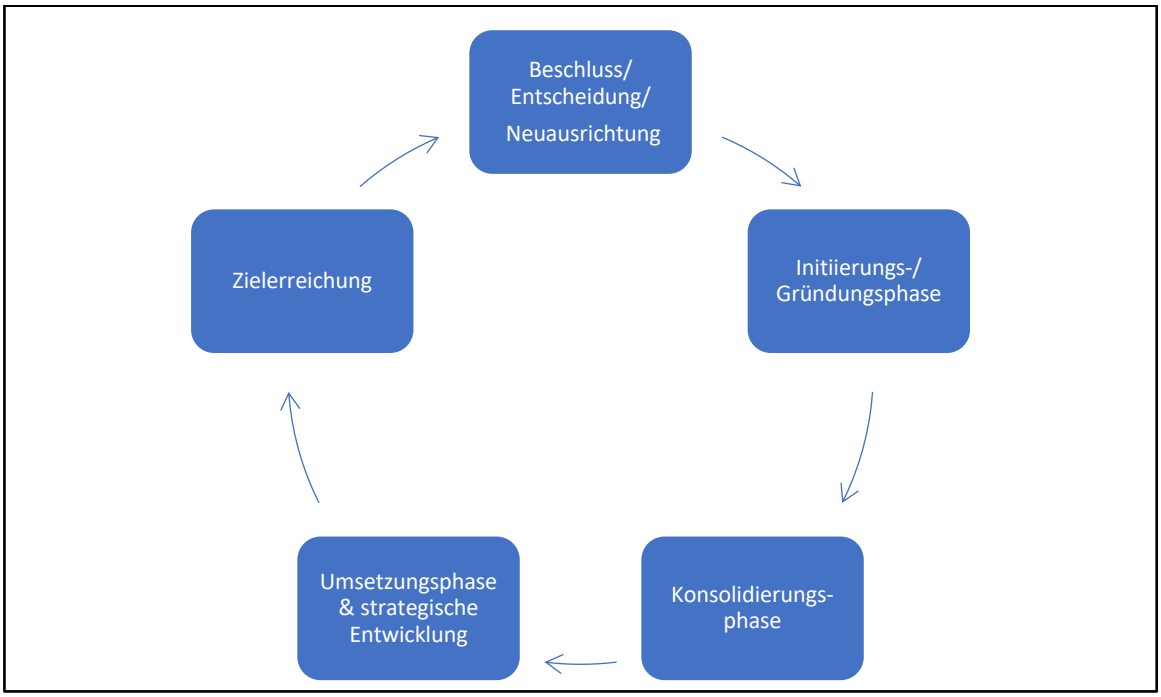
Die oben genannten Netzwerktypen nach Claus Reis sind außerdem von folgenden Erfolgsfaktoren gekennzeichnet, die für stabile und wirkungsvolle Netzwerke als Voraussetzung gelten (Reis 2014):

- **Gemeinsame Ziele:** Um langfristig ein gut funktionierendes Netzwerk aufbauen und pflegen zu können, stellen gemeinsame Zielsetzungen eine wichtige Grundlage dar.
- **Erkennbarer Nutzen des Netzwerks für die einzelnen Akteure:** Um eine kontinuierliche aktive Mitarbeit im Netzwerk zu gewährleisten, muss sich für die Beteiligten der Nutzen für die eigene Praxis erschließen.
- **Mitwirkung von Entscheidungsträgern und der „operativen Ebene“:** Um ein auf Dauer angelegtes Netzwerk erfolgreich zu erhalten, was über eine fallbezogene bessere Kooperation hinausgeht geht, sollten Arbeitsabläufe verbindlich und fallübergreifend abgestimmt werden. In diesen Prozess gilt es sowohl die Leitungsebene als auch die operative Ebene der Einzelorganisationen einzubeziehen.
- **Verbindlichkeit und Verlässlichkeit der Arbeit:** Die vereinbarten Ziele sowie die daraus resultierenden Aufgaben der Netzwerkakteure sollten verbindlich für die Arbeit im Netzwerk sein.
- **Existenz und Akzeptanz von Netzwerkregeln:** Das Netzwerk sollte sich selbst eigene formelle und informelle Regeln geben, ohne diese von einzelnen Organisationen dominieren zu lassen.
- **Klare Aufgabenstrukturen:** Aufgaben sollten klar und gezielt im Netzwerk untereinander verteilt werden, da die Netzwerkarbeit für viele Beteiligte Zusatzarbeit bedeutet.
- **Erhaltung der Autonomie der einzelnen Akteure:** Die Erhaltung der Autonomie ist gekennzeichnet von der Berücksichtigung der Zielvorstellungen aller am Netzwerk Beteiligten und setzt sich bei der Festlegung von Regeln fort. Die einzelnen Akteure sollten außerhalb des Netzwerks immer auch autonom handeln können.
- **Persönliches Engagement:** Um die Nachhaltig eines Netzwerks zu sichern, ist es gerade in den Phasen nach der Konstitution von großer Bedeutung, die Arbeit auch mit persönlichem Engagement voranzubringen.
- **Anbindung an bestehende Netzwerke:** Die Stabilität von Netzwerken ist eng mit ihrer Anerkennung und Berücksichtigung bereits bestehender Strukturen in der lokalen Landschaft verbunden.
- **Überzeugungsarbeit nach „innen“ – in die eigene Organisation:** Innovative Ideen des Netzwerks sollten in die eigenen Organisationen der Akteure des Netzwerks zurückgespiegelt werden, damit in den einzelnen Organisationen nachhaltig Strukturen und Prozesse geschaffen werden können, die eine erfolgreiche gemeinsame Netzwerkarbeit ermöglichen.

Aufbau und Initiierung eines Netzwerks

Aufbau und Initiierung eines Netzwerks folgen einem Schema, das auch als Netzwerkzyklus bezeichnet wird.

Der Netzwerkzyklus:



Modifiziert nach Quilling/Nicolini/Graf/Starke 2013, S. 18.

Gemäß dieses Zyklusmodells startet ein Netzwerk mit der **Entscheidung** bzw. dem **Beschluss** von mehreren institutionellen Akteuren, ein Netzwerk zu bilden und es kann die Phase der **Initiierung bzw. Gründung** erfolgen. Bereits an dieser Stelle werden die Grundlagen über Zielsetzung, Art und Weise der Zusammenarbeit sowie über die Mitgliedschaft in diesem Netzwerk definiert. Diese Phase ist sehr intensiv. Hier ist es notwendig, die Ist-Situation und die Stakeholder zu analysieren. Wenn dies erfolgt ist – sollten die möglichen Netzwerkpartner aktiviert und zur Mitarbeit motiviert werden. In der darauffolgenden Phase der **Konsolidierung** geht es um die Rollen- und Aufgabenverteilung. Ziel ist es in dieser Phase, die individuellen Interessen und Konkurrenzen in den Hintergrund zu stellen und es zu schaffen, den gemeinsamen Zielen zu folgen. Im Rahmen der **Umsetzungsphase** findet die Positionierung und strategische Entwicklung des Netzwerks statt. Die Arbeitstreffen sollten auch inhaltlichen Teilerfolgen Anerkennung verschaffen. In der **Abschlussphase** stehen die Überprüfung der Zielerreichung und ihre Bewertung im Mittelpunkt der Netzwerkarbeit. Hier wird über die Zukunft des Netzwerks entschieden und es wird diskutiert, ob das Netzwerk weiterhin bestehen soll, ob es einer **Neuausrichtung** bedarf, ob neue Netzwerkpartner gesucht werden sollen.

Phasen des Netzwerkzyklus (nach Quilling/Nicolini/Graf/Starke):

Beschluss/ Entscheidung:

- Grundlegende Entscheidung zum Aufbau eines Netzwerks

Initiierungs- /Gründungsphase:

- Strategiekonzept erstellen (Zieldefinition, Entscheidung über Vorgehensweise)
- Ressourcen- und Kompetenzanalyse der Stakeholder durchführen
- Anforderungsprofil für Mitglieder klären
- Start der inhaltlichen Netzwerkarbeit

Konsolidierungsphase:

- Etablierung der inhaltlichen Arbeit
- Aufgabenverteilung
- Entwicklung von Angeboten und Anforderungen an weitere Mitglieder
- Einbezug neuer Mitglieder

Umsetzungsphase & strategische Entwicklung:

- Positionierung des Netzwerks
- Strategische Entwicklung

Zielerreichung:

- Kontrolle des Zielerreichungsgrades
- Entscheidung, ob Netzwerk weiter fortbesteht und inwiefern es modifiziert werden muss

Neuausrichtung:

- Erneutes Durchlaufen des Zyklus

3. Methodik

Die Bestandsaufnahme der hospizlich-palliativen Netzwerke in NRW erfolgte in einem mehrstufigen, aufeinander aufbauenden Verfahren. Zu Beginn wurde eine Internetrecherche durchgeführt, die zur Identifikation von 59 Netzwerken führte. Im nächsten Schritt wurden die Koordinatorinnen und Koordinatoren der ambulanten Hospizdienste in NRW gebeten, aufgrund ihrer Kenntnisse der Strukturen vor Ort die Liste der identifizierten Netzwerke zu prüfen und ggf. zu ergänzen.[6] Aufgrund der zum Teil vorgegebenen Bedingung, dass einzelne Einrichtungen wie z.B. stationäre Hospize mit ambulanten Strukturen Kooperationsverträge vorweisen müssen, haben z.B. ambulante Hospizdienste mehrere bilaterale Kooperationsvereinbarungen, die allerdings nicht als Netzwerk gelten. Aus diesem Grund wurden diese bilateralen Kooperationen nicht berücksichtigt, wenn sie über weniger als drei Kooperationspartner verfügen. Dies trifft auch auf einzelne Dienste und Institutionen zu, die mehrere Kooperationen geschlossen haben (z.B. ambulante Hospizdienste, die mit mehreren Pflegeeinrichtungen kooperieren).
In die Befragung eingeschlossen wurden weiterhin die Palliativmedizinischen Konsiliardienste in Westfalen-Lippe (PKD) und die Palliative-Care-Teams im Rheinland (PCT), da diese aufgrund von regulatorischen Vorgaben eine Netzwerkstruktur entwickelt haben. Für sie besteht aufgrund von Anforderungen aus gesetzlichen Regelungen zur Erbringung und Abrechnung ihrer Leistungen eine Verpflichtung zur Vernetzung.[7]

Es wurden insgesamt 94 Netzwerke in zwei Gruppen befragt: Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung, die sich im Laufe der Jahre durch die größer werdende Angebotslandschaft zunächst informell entwickelt haben, und PCT und PKD, die sich aufgrund von regulatorischen Vorgaben gebildet haben.

Zur Befragung wurde ein Fragebogen[8] entwickelt und durch einen Pretest mit acht Probanden überprüft. Er besteht aus 36 sowohl offenen als auch geschlossenen Fragen und verlangt eine Bearbeitungszeit von etwa 15 Minuten. Dem Fragebogen wurde eine Ausfüllanleitung vorangestellt, eine vertrauliche Auswertung der Daten wurde zugesichert.
Neben strukturellen Angaben wurden folgende Themenkomplexe zu den bestehenden Netzwerken beleuchtet:

- Entstehung/Gründung des Netzwerkes
- Koordination
- Voraussetzungen für die Mitarbeit/Aufnahme ins Netzwerk
- Mitglieder und deren Aufgaben/Verpflichtungen
- Rechts- und Organisationsform

[6] siehe S. 37, Anhang 2: Anschreiben Ambulante Hospizdienste NRW.
[7] § 37b SGB V Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.
[8] siehe S. 38, Anhang 3: Fragebogen zur Bestandsaufnahme hospizlich-palliativer Netzwerke in Nordrhein-Westfalen.

- Leitbild und Netzwerkregel (mündlich oder schriftlich)
- Kooperationen
- Ziele und Arbeitsschwerpunkte
- Effekte der Netzwerkarbeit
- Erfolgsfaktoren für Aufbau, Erhalt und Arbeit des Netzwerks
- Stolpersteine

Die Befragung wurde online mithilfe des Befragungstools LamaPoll[9] im Zeitraum Juli bis September 2021 durchgeführt. Die Einladung zur Teilnahme an der Befragung mit dem Teilnahmelink sowie die drei Erinnerungen erfolgten per Mail an die einzelnen Netzwerke. Die Antworten konnten nur von einer Person des betreffenden Netzwerkes beantwortet werden. In 66% der Fälle waren es Mitarbeiter*innen in leitender oder koordinierender Funktion der Netzwerke, die online die Fragen beantworteten. Die weiteren Antworten kamen von Netzwerkpartner*innen ohne leitende oder koordinierende Funktion. Jedes Netzwerk wurde nur einmal befragt. Fragebögen, die nach Befragungsende eingegangen sind, wurden ebenfalls in die Auswertung einbezogen. Alle erhobenen Daten wurden anonymisiert verarbeitet. Freitextfelder wurden soweit möglich zu Gruppen zusammengefasst und werden beispielhaft in der Ergebnisdarstellung genannt.

[9] www.lamapoll.de

4. Befragungsergebnisse zur Bestandsaufnahme der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW

Im Folgenden werden die Befragungsergebnisse zum Thema „Netzwerke im Hospiz- und Palliativbereich“ in NRW dargestellt. Bezogen auf die Formen aktueller institutioneller Netzwerke stellt sich die Landschaft in NRW sehr vielfältig dar.

Befragt wurden insgesamt 94 identifizierte Netzwerke im Hospiz- und Palliativbereich in NRW, inklusive der Netzwerkstrukturen im Bereich der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die in NRW in beiden Landesteilen vertraglich unterschiedlich umgesetzt wird: palliativ-medizinischen Konsiliardienste (PKD) in Westfalen-Lippe und Palliative-Care-Teams (PCT) im Rheinland. Die Befragung fand online statt – wobei 39 Netzwerke geantwortet haben, dies entspricht einer Rücklaufquote von 37%. Die Netzwerke die an der Befragung teilgenommen haben, gliedern sich wie folgt auf:

PKD: 3 Dienste, PCT: 14 Dienste und die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung: 22 (Abb. 1). Eine abweichende Anzahl von Antworten ist darin begründet, dass nicht jede Frage von allen Teilnehmenden beantwortet wurde.

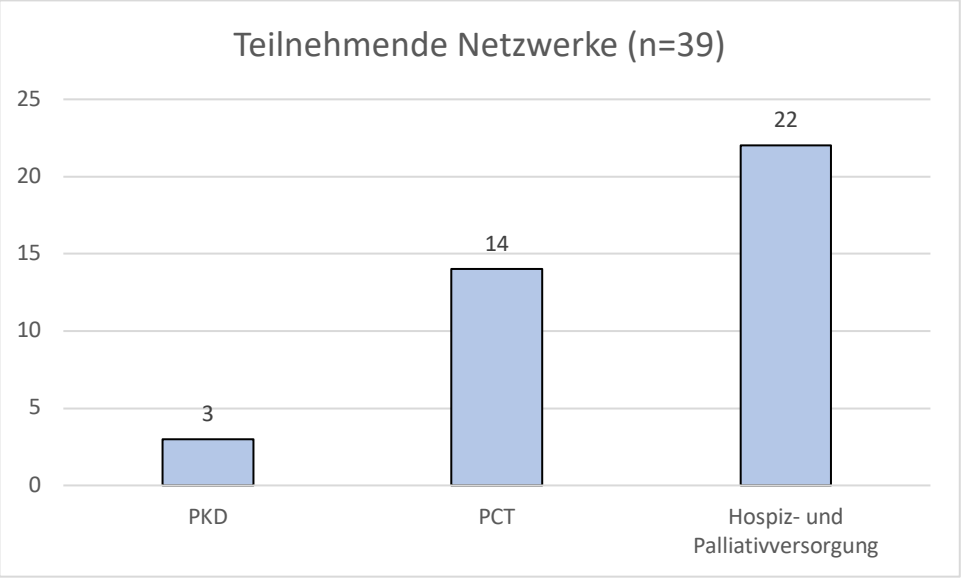


Abb. 1 Verteilung der teilnehmenden Netzwerke.

Vorab wurde eine explorative Befragung mit den Ansprechpartnerinnen von 4 Netzwerken durchgeführt, deren Ergebnisse in dieser Darstellung auch Eingang finden.

Aufgrund der Datenlage und der Schwerpunktsetzung werden im Folgenden zwischen der Gruppe der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der Gruppe der PCT/PKD-Netzwerke unterschieden. Hintergrund hierfür ist, dass die PCT/PKD aufgrund von Rahmenvereinbarungen strukturell bereits verpflichtet sind, ihr Leistungsspektrum gemeinsam mit Netzwerkpartnern anzubieten. Darüber hinaus sind die PKD/PCT_Netzwerke teilweise in die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung integriert.

Generell werden die Befragungsergebnisse der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung dargestellt und vereinzelt durch graphische Darstellungen verdeutlicht. Bei relevanten Unterschieden wird die Ergebnisdarstellung durch die der PCT/PKD–Netzwerke ergänzt.

Die Dauer der Existenz des Netzwerks

Fast die Hälfte der Netzwerke, in denen ambulante Hospizdienste aktiv und federführend beteiligt sind, nämlich 43%, besteht seit mehr als 15 Jahren (Abb.1). Hingegen besteht die große Mehrheit bei den PCT/PKD-Netzwerken zwischen 11 und 15 Jahren mit 59% und bei den Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung beträgt dieser Anteil „nur“ 33%. Nur ein sehr geringer Anteil der antwortenden Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung (5%) wurde vor weniger als zwei Jahren gegründet (Abb. 2).

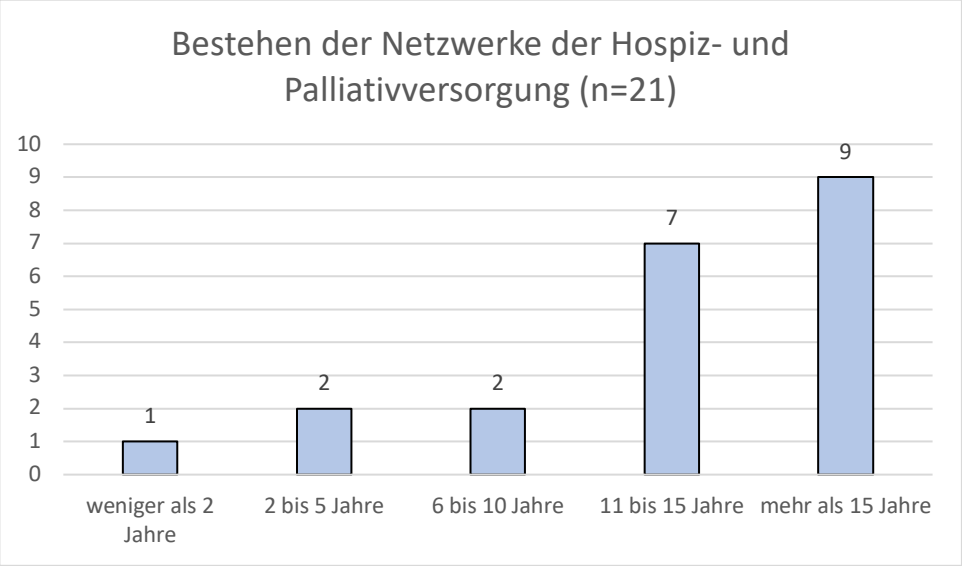


Abb. 2 Bestehen der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung in Jahren (n=21).

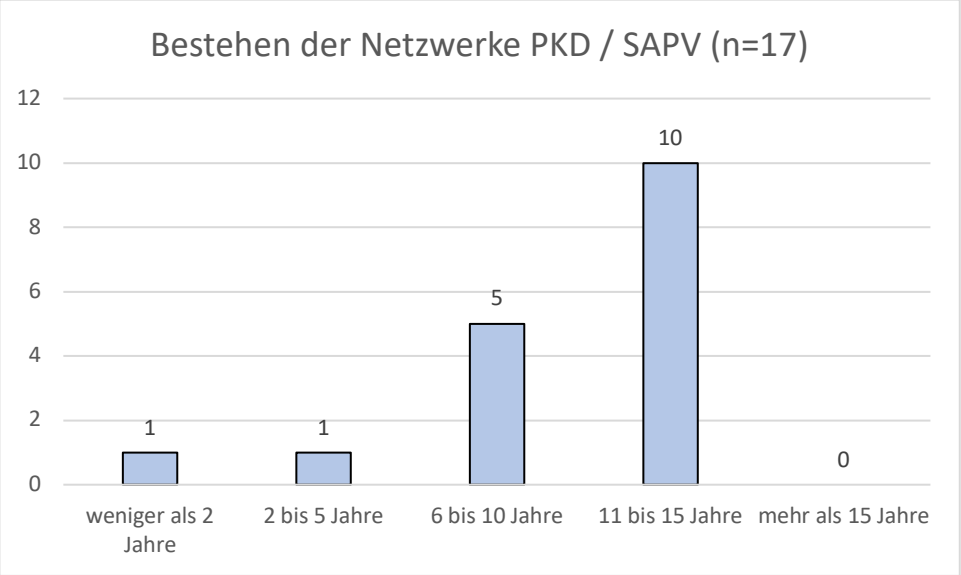


Abb. 3 Bestehen der PCT/PKD–Netzwerke in Jahren (n =17).

Maßgebliche Beteiligung von Institutionen oder Organisationen an der Entstehung der Netzwerke

Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Federführend bei der Entstehung der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung sind die Hospizdienste selbst mit 82%. Interessant ist hierbei allerdings, dass auch stationäre Hospize und Arztpraxen mit einer hohen Beteiligung von 73% federführend beim Aufbau der Netzwerke mitgewirkt haben. Die PKD und PCT stehen in diesem Kontext als maßgeblich Beteiligte mit 32% für den Aufbau von Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung eher im Hintergrund. Weiterhin ist im Gegensatz zu den PKD/PCT-Netzwerken bei den Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung die Beteiligung der Kommunen in Höhe von 32% hervorzuheben (Abb. 4).

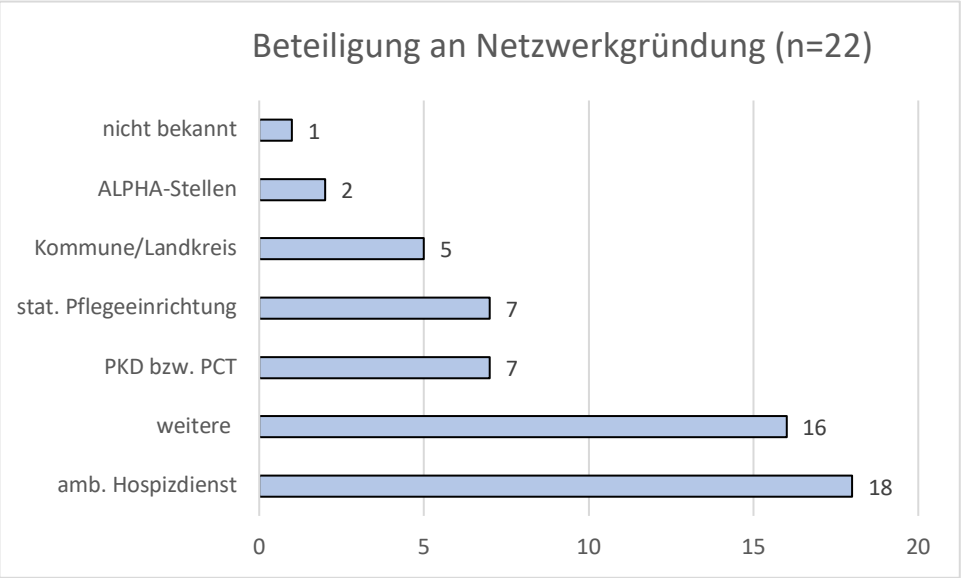


Abb. 4 Beteiligung an Netzwerkgründung (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Anlass für die Gründung der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung

Der größte Teil der Antwortenden gab für die Gründung des Netzwerks „Eigeninitiative“ an: 91%. Hier erfolgte die Gründung aus einem empfundenen Bedarf heraus. Für den restlichen Teil war der Anlass der Netzwerkgründung „Verpflichtung zur Kooperation“. Wenn man diese Werte mit den Zielen vergleicht, so lässt sich vermuten, dass die ambulante hospizlich-palliative Arbeit infrastrukturell mit einer sehr komplexen Situation und vielfältigen Akteuren gekennzeichnet ist und schon seit langer Zeit versucht wird, dieser Komplexität mit der Arbeit in Netzwerken zu begegnen.

So scheint Einigkeit bei Mitarbeitenden im palliativ-hospizlichen Kontext darüber zu bestehen, dass durch gut funktionierende Netzwerke strukturelle Probleme in der Versorgung von Sterbenden und ihren Zugehörigen zum Teil kompensiert werden können.

„Weil wir so gut vernetzt sind, konnten wir auch in Corona-Zeiten durch die Unterstützung unserer Kooperationspartner viele Angebote aufrechterhalten.

(Freitext-Rückmeldung aus einem Fragebogen)

Koordinator*innen für das Netzwerk – ja/nein

Der größte Teil beider Netzwerktypen hat eine/n Koordinator*in für das Netzwerk. Auch hier lässt der Unterschied zwischen 77% bei den Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung und 65% bei den PKD/ PCT-Netzwerken die Vermutung zu, dass die Notwendigkeit einer/s Koordinator/s*in in der Gruppe der „Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung“ durch eine höhere infrastrukturelle Komplexität begründet ist.

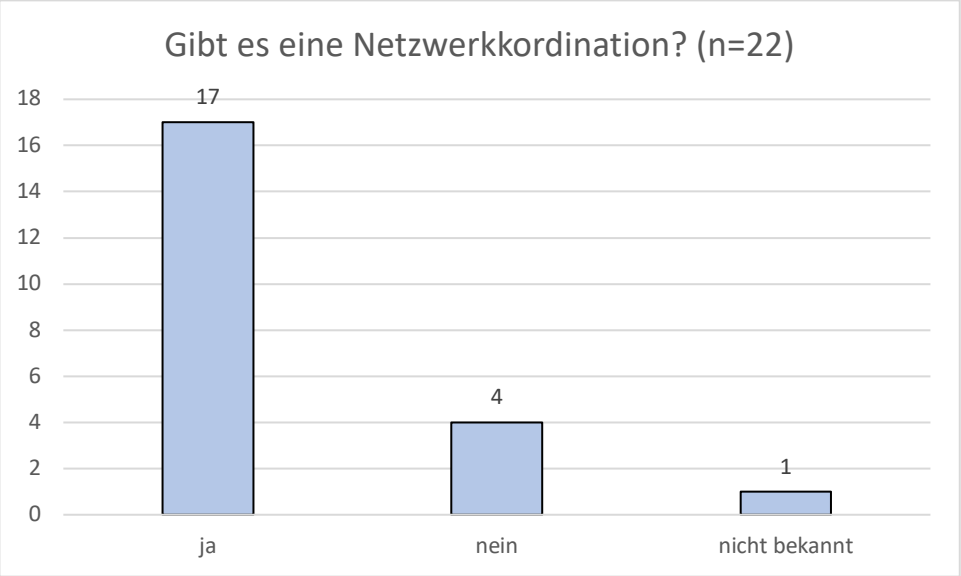


Abb. 5 Netzwerkkordinator*in (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Aufgaben der Koordinator*innen der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung

Zu der Frage, welche Aufgaben diese/r Koordinator*in hat, waren Mehrfachantworten möglich. Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung scheinen hier den Auftrag „Das Sterben gesellschaftlich zu enttabuisieren“ mit dem Auftrag der „Öffentlichkeitsarbeit“ in Höhe von 94% den Koordinator*innen der Netzwerke als Aufgabe zu übertragen. Des Weiteren waren hier die „Planung und Steuerung der Netzwerktreffen“ genannt (88%), sowie die Organisation der Netzwerktreffen (88%). Dies lässt darauf schließen, dass ein beachtlicher Teil der bereits bestehenden Netzwerke die Funktion der Koordination und den damit verbundenen Aufgaben verankert hat.

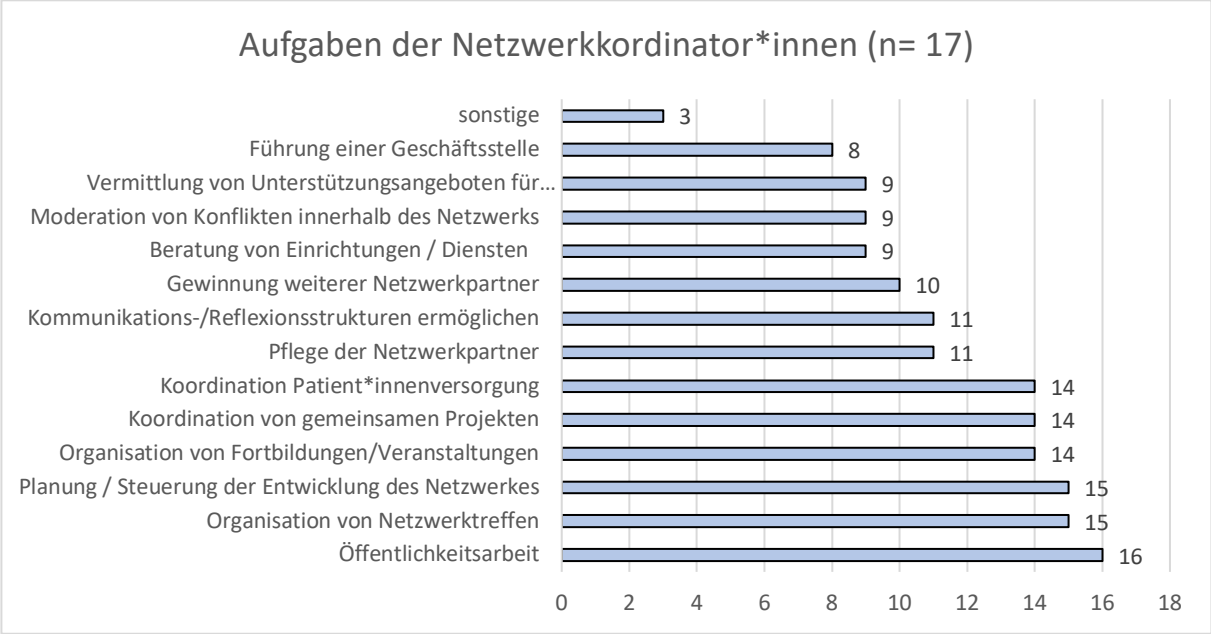


Abb. 6 Aufgaben der Netzwerkkoordinator*innen (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung)

<u>Anzahl der Kooperationspartner*innen im Netzwerk und Netzwerkteilnehmer</u>

Die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung sind von einer höheren Anzahl an Netzwerkpartner*innen als die Netzwerke der PKD/PCT gekennzeichnet. 86% der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung haben 10 oder mehr Netzwerkpartner.

In den Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung sind hauptsächlich Dienstleiter verbunden, die auch im hospizlich-palliativen Kontext tätig sind – sowohl ambulant als auch stationär. Dies sind stationäre Hospize, Beratungsstellen, Teams der SAPV und Krankenhäuser. Niedergelassene Psychologen und Physiotherapeuten sowie Reha-Einrichtungen scheinen eine eher untergeordnete Stelle einzunehmen.

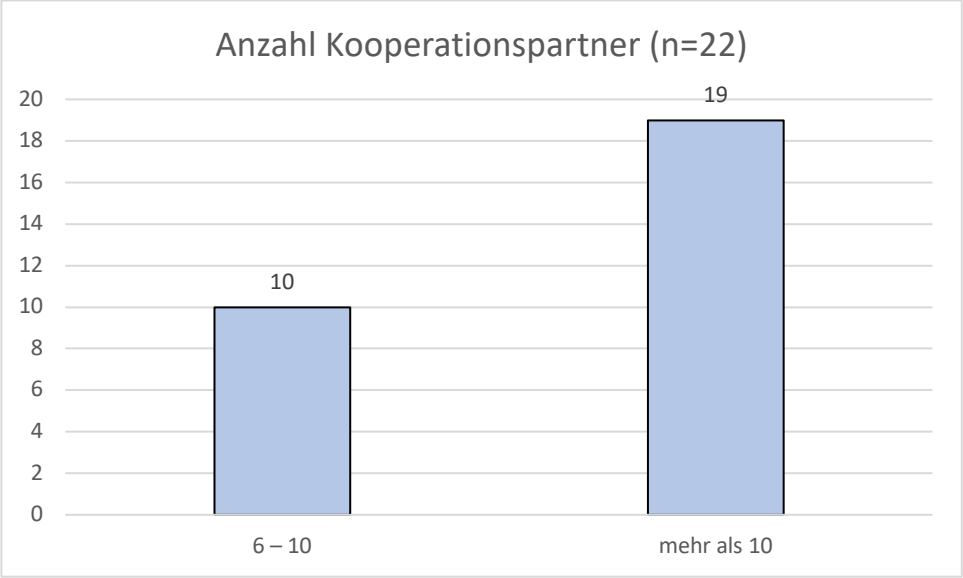


Abb. 7 Anzahl Kooperationspartner (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Mitarbeit im Netzwerk ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden

Der größte Teil der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung hat die Mitarbeit im Netzwerk an bestimmte Voraussetzungen gebunden: 73%. Diese Voraussetzungen beziehen sich einerseits darauf, dass die Netzwerkpartner inhaltlich im Themenfeld der Hospizarbeit und Palliativversorgung verankert sind, sowie andererseits auf die Bereitschaft, sich aktiv an der Netzwerkarbeit zu beteiligen: 62%. Ein weiteres verbreitetes Element zur Voraussetzung zur Teilnahme am Netzwerk stellt eine Verpflichtungserklärung dar, sich zu bestimmten hospizlichen Standards zu bekennen: 50%.

Aufnahme in das Netzwerk

In der Gruppe der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung ist für den größten Teil der bereits existierenden Netzwerke kein formelles Aufnahmeverfahren notwendig: 57% geben kein formelles Aufnahmeverfahren an.

Damit verbunden ist die Aussage, dass bei 65% der Netzwerke mit informellen Aufnahmeverfahren für Netzwerkpartner auch keine konkreten Verpflichtungen zur Mitarbeit bestehen. Dem gegenüber besteht bei den Netzwerken mit einer formalisierten Aufnahme auch eine konkrete Verpflichtung bei der Netzwerkmitarbeit: 88%. Dies lässt darauf schließen, dass Netzwerke, die formalisierte Prozesse implementiert haben, diese auch für alle Bereiche der Netzwerkarbeit formuliert und angewendet werden.

Schriftlich fixierte versus mündlich vereinbarte Netzwerkregeln

Die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung weisen in einer Höhe von 50% schriftlich fixierte Netzwerkregeln aus. Dieser Anteil ist bei den PKD/PCT-Netzwerken mit 74% deutlich größer. Schriftlich fixierte Netzwerkregeln sind nicht an Verpflichtungserklärungen der Netzwerkpartner gebunden.

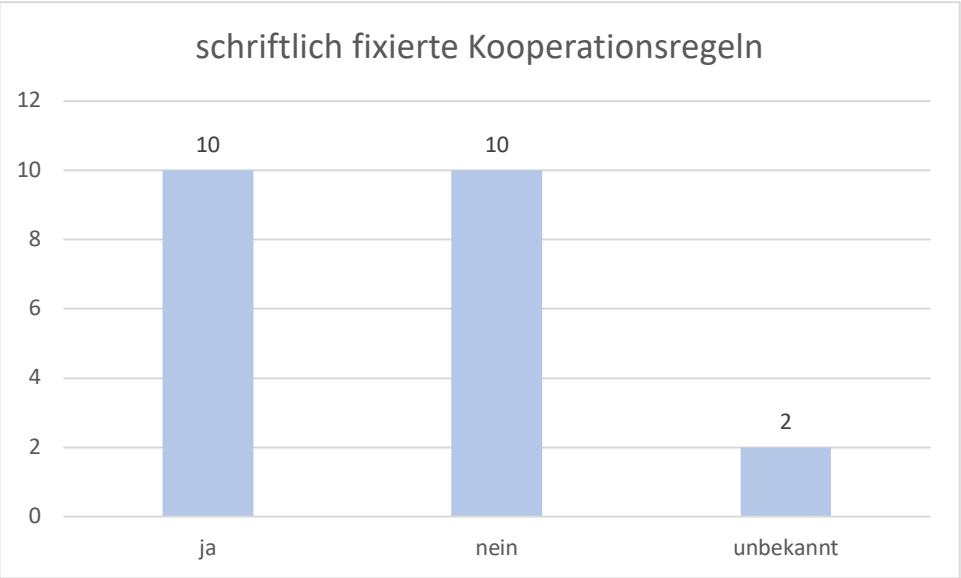


Abb. 8 Vorhandene schriftlich fixierte Netzwerkregeln (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Die schriftlich fixierten Regeln der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung thematisieren vorrangig das Thema Datenschutz, gefolgt von der Verschriftlichung der Ziele für die Netzwerkarbeit. Des Weiteren werden die Grundsätze der Zusammenarbeit und die Organisation von Fortbildungen genannt. Mündlich vereinbarte Netzwerkregeln hingegen sind bei den Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung weit verbreitet und haben als hauptsächliches Anliegen die Informationsweitergabe bei Netzwerktreffen.

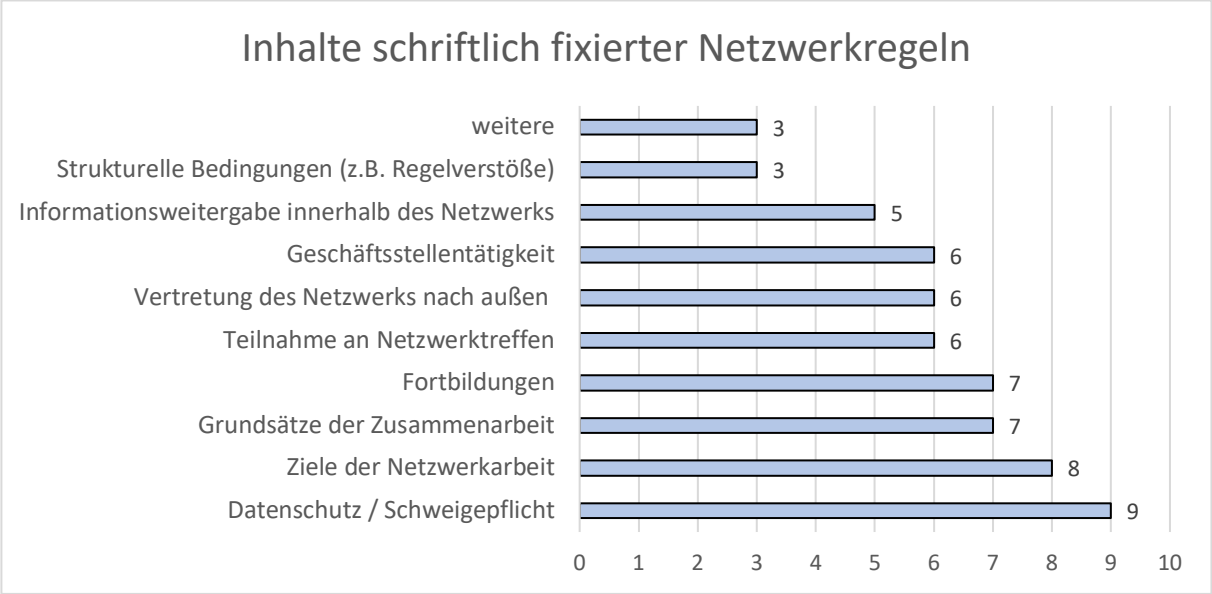


Abb. 9 Inhalte schriftlich fixierter Netzwerkregeln (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

<u>Ziele des Netzwerkaufbaus</u>

Unter den Zielen für den Aufbau von Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung (Abb. 9) ist der hohe Bedarf an einer „Verbesserung der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner*innen“ auffällig. Erst danach folgt mit 86%, das Thema „Sterben und Tod“ gesellschaftlich stärker zu enttabuisieren, und erst an dritter Stelle mit 77% wird das Ziel „Unterstützung für Einzelfälle“ genannt. Die Erarbeitung dieser Ziele findet am häufigsten in gemeinsamen Sitzungen aller Netzwerkpartner*innen statt. Das Vorgehen im Sinne einer „Konsenssuche“ scheint hier Priorität zu haben. Im Gegensatz dazu scheint die Verbesserung der Koordination im Einzelfall für die PKD/PCT – Netzwerke einen größeren Schwerpunkt darzustellen (Abb. 10).

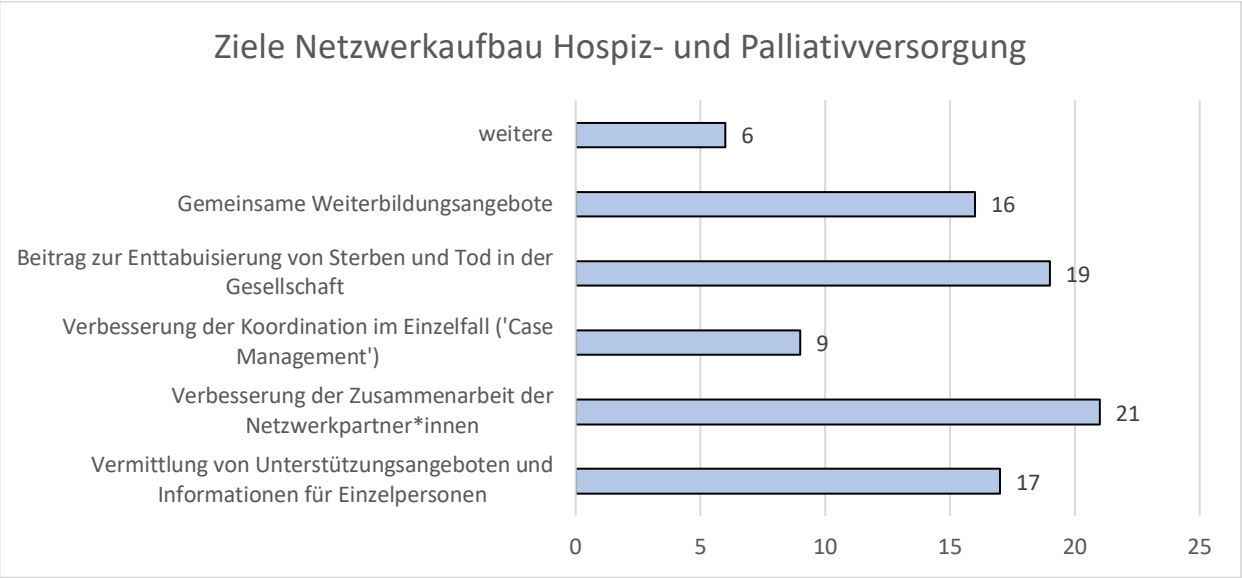


Abb. 10 Ziele für den Aufbau von Netzwerken der Hospiz- und Palliativversorgung.

Abb. 11 Ziele für den Aufbau von PKD/PCT-Netzwerken.

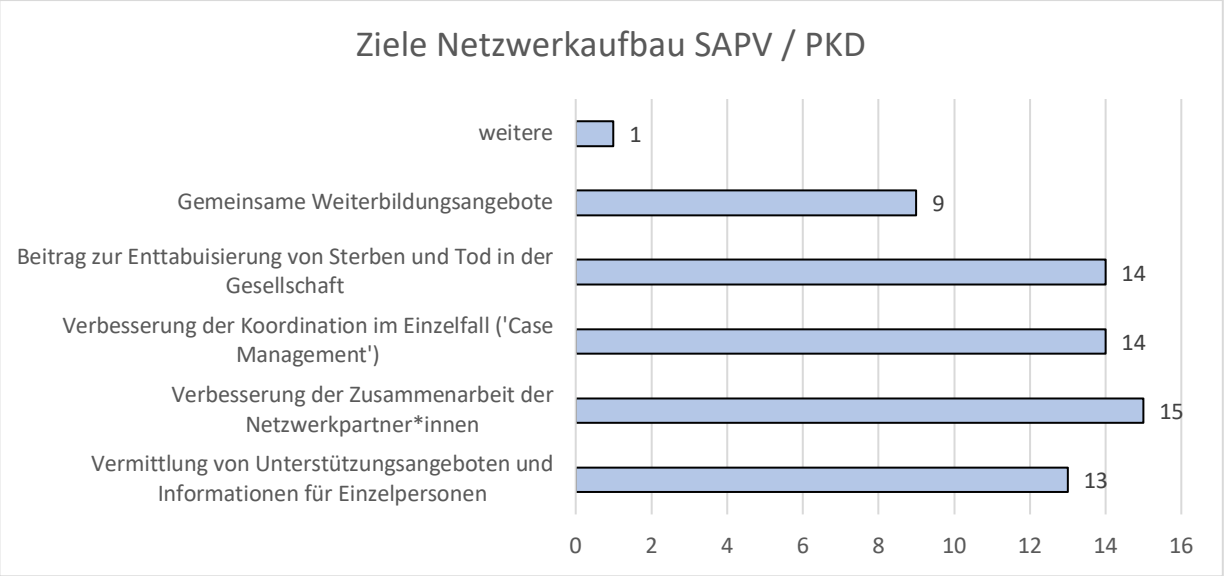


Abb. 12 Ziele für den Aufbau von PKD/PCT-Netzwerken.

<u>Rechts- bzw. Organisationsform des Netzwerks</u>

Wesentlich für die erfolgreiche Wirkung eines Netzwerks scheint außerdem die Entscheidung zu sein, an welchem strukturellen Ort die Verantwortung für die Steuerung angesiedelt ist.

Eine Mehrheit der Hospiznetzwerke hat für sich die Form eines eingetragenen Vereins (e.V.) gewählt: 63%. Nur ein Netzwerk gab eine Gesellschaft Bürgerlichen Rechts (GbR) als Rechtsform an. Dies stellt sich in der Netzwerkgruppe der PKD und PCT etwas anders dar. Hier weisen 42% die GbR als Rechtsform auf.

Inhaltliche Schwerpunkte der Netzwerkarbeit

Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Die häufigste Aussage zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung war der „kollegiale Austausch“ (86%), gefolgt von „Fort- und Weiterbildungsangeboten“ (82%). Die Auswertung legt auch nahe, dass ein hoher Anteil der Netzwerkarbeit dazu genutzt wird, Mitarbeiter*innen der teilnehmenden Einrichtungen und Dienste fortzubilden.

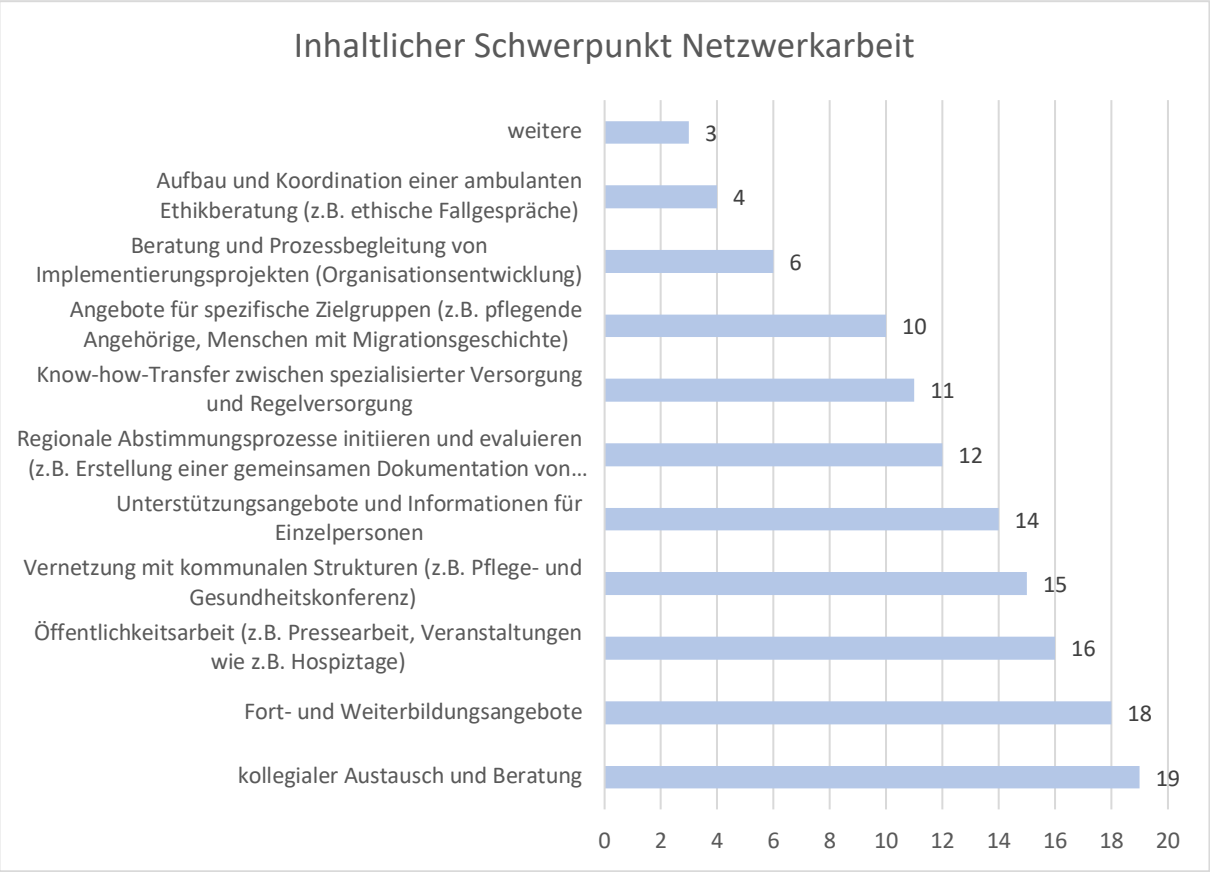


Abb. 13 Inhaltlicher Schwerpunkt Netzwerkarbeit (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Aufgrund dieser Priorisierung scheint es so, als ob in gut funktionierenden Netzwerken mögliche Konflikte der interdisziplinären Zusammenarbeit auch besser gelöst werden können als ohne Netzwerke.

> *„Einmal gab es einen großen Konflikt mit dem Arzt. Dank der guten Moderation bei dem Netzwerktreffen konnte das schnell wieder behoben werden.“*
>
> (Freitext-Rückmeldung aus einem Fragebogen)

Voraussetzung dafür scheint allerdings die Gestaltung und der Umgang mit impliziten und expliziten Hierarchien zu sein, die teilweise von den Institutionen ins Netzwerk eingebracht werden und für die ein Umgang gefunden werden muss.

Wirkungen der bisherigen Netzwerkarbeit der Hospiz- und Palliativversorgung

Ein großer Teil der Befragten geht davon aus, dass sich die Wahrnehmung hospizlich-palliativer Angebote in der Öffentlichkeit durch die Netzwerkarbeit deutlich verbessert hat. Ferner haben sich auch die Kooperationen zwischen den Netzwerkpartner*innen verbessert ebenso wie die Versorgung von Patient*innen und ihrer Zugehörigen.

Entscheidende Faktoren für den Aufbau eines Netzwerks

Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Bei Aufbau und Fortbestand eines Netzwerks sind unterschiedliche Faktoren prioritär: Von grundlegender Bedeutung hingegen jeweils in Höhe von 86% ist die „positive Atmosphäre“ beim Aufbau eines Netzwerkes sowie die „Einbeziehung aller relevanten Netzwerkpartner“. Das Vorhandensein einer festen Organisationsstruktur steht beim Aufbau eines Netzwerkes eher im Hintergrund.

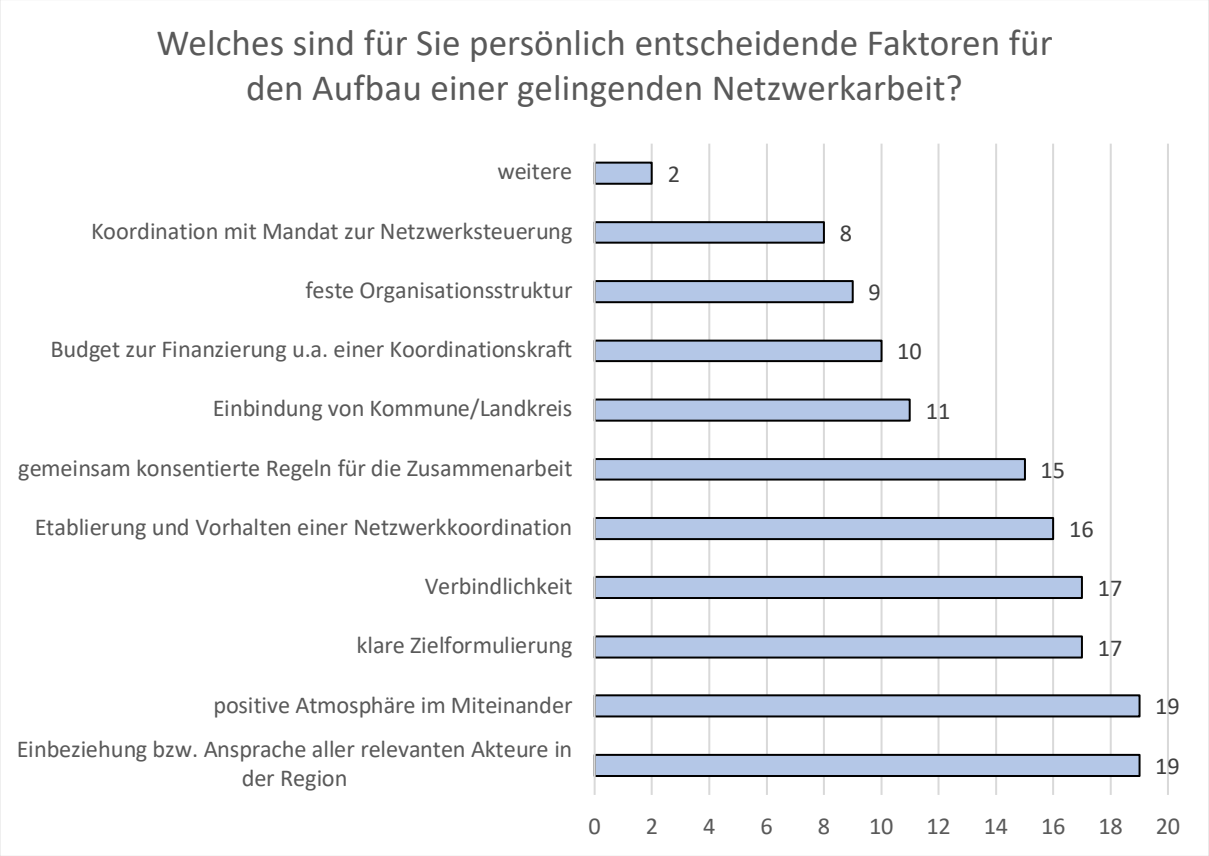


Abb. 14 Entscheidende Faktoren für den Aufbau von Netzwerken (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Entscheidende Faktoren für den Fortbestand einer gelingenden Netzwerkarbeit

Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Im Gegensatz zu dem Aufbau scheinen für die Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung regelmäßige Netzwerktreffen in Verbindung mit gemeinsamen Fortbildungen und einer positiven Atmosphäre einen entscheidenden Einfluss zum Fortbestehen der Netzwerke zu haben.

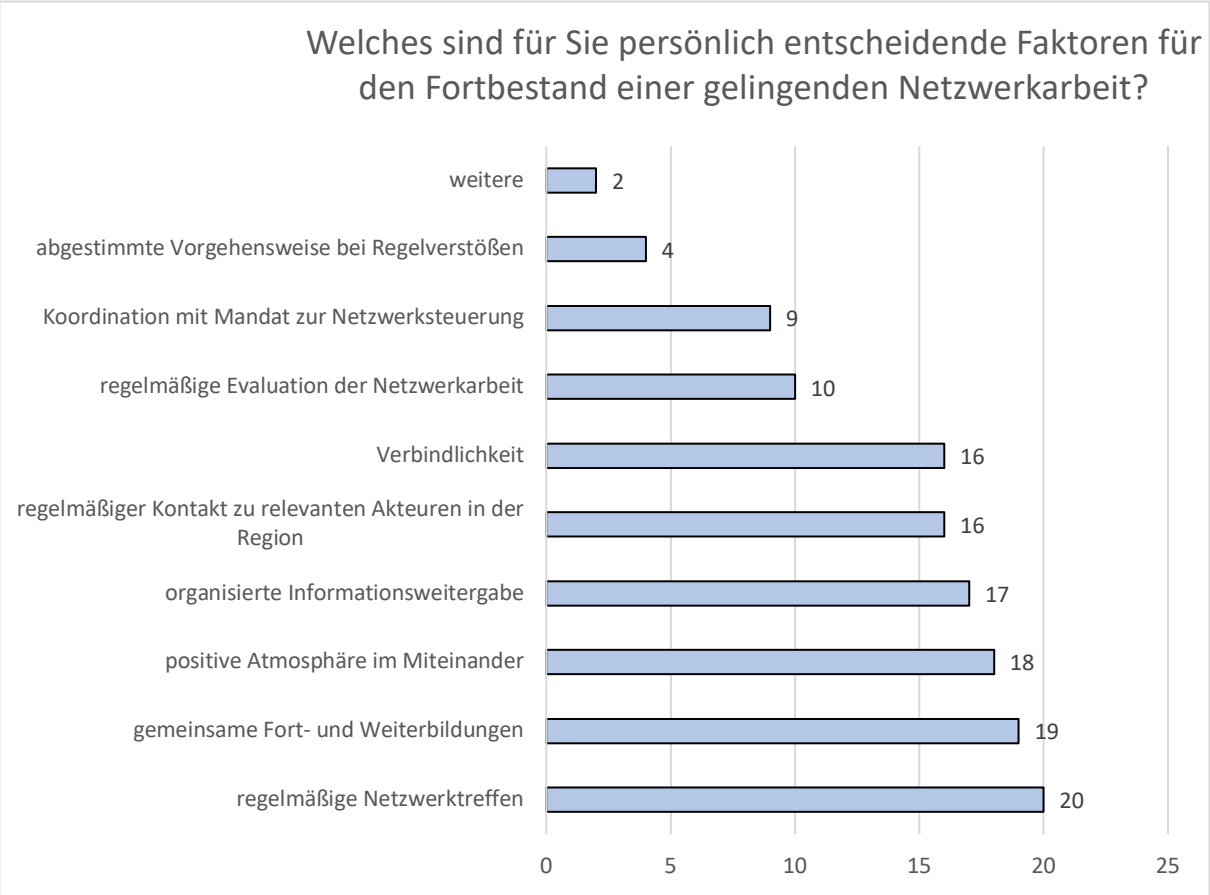


Abb. 15 Entscheidende Faktoren für den Fortbestand einer gelingenden Netzwerkarbeit (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung).

Erlebte „Stolpersteine“ bei der Netzwerkarbeit

Die Aussagen zu den erlebten „Stolpersteinen“ wurden als Freitextformat aufgenommen und wurden anschließend in einzelne Themenbereiche geclustert:

Art und Weise der Zusammenarbeit (Prozessqualität)

Problematische Situationen entstehen, wenn einzelne Netzwerkteilnehmende mit ihren Anliegen nicht berücksichtigt werden und/oder es in der Festlegung von Prozessen keine Verbindlichkeit gibt. Denn dies kann u.a. dazu führen, dass einzelne Netzwerkpartner*innen nur unregelmäßig an den Treffen teilnehmen. Weitere häufig genannte Stolpersteine sind ein Mangel von Führung und das Fehlen einer Evaluation des bestehenden Netzwerks.

Zitate aus der Befragung:

- Anliegen nicht ernst nehmen
- keine Verbindlichkeit
- Mündlich vereinbarte Regeln, die an neue Mitglieder nicht weitergegeben werden
- keine Evaluation der Zusammenarbeit nach langjährigem Bestehen
- keine klare Leitlinie und Führung
- unregelmäßige Teilnahme
- Interessenskonflikte
- fehlende Motivation von Einzelnen
- persönliche Präferenzen einzelner Akteure
- schwierige Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft
- große Versorgungsregion bei Kindern und Jugendlichen - sehr viele Akteure in der Versorgung und Vernetzung, mit unterschiedlicher Intensität/Häufigkeit - Herausforderung für eine verbindliche Einbindung im Netzwerk
- Profilierungssucht

Ressourcen

Mangelhafte finanzielle wie auch zeitliche Ressourcen scheinen zu Schwierigkeiten in der Netzwerkarbeit zu führen.

Zitate aus der Befragung:

- fehlende Ressourcen personell / finanziell für die umfassenden Aufgaben der Netzwerkkoordination
- Kostenuneinigkeit
- anfänglich finanzielle Probleme
- fehlende Finanzierung
- fehlende Zeit für Öffentlichkeitsarbeit, dadurch begrenzte Außenwirkung
- mangelnde Zeitressourcen für Vorbereitungskreis und Steuerungsarbeit

Fluktuation

Eine hohe Fluktuation innerhalb eines Netzwerks scheint zu Problemen führen zu können, die sich in der Folge auf die Prozessqualität negativ auswirken können.

Zitate aus der Befragung:

- hohe Fluktuation bei Netzwerk-Ansprechpartnern
- personelle Wechsel
- Fluktuation der Akteure
- häufig wechselnde Akteure (z.B. Ärzt*innen in Kliniken, Pflegediensten) – eine besondere Herausforderung für gelebtes Netzwerken

Elemente erfolgreicher Netzwerkarbeit in der Hospiz- und Palliativversorgung

(jeweils wörtl. Zitate aus der Befragung)

Im Folgenden werden die Elemente einer erfolgreichen Netzwerkarbeit aus persönlicher Sicht der Befragten dargestellt.

Ziele

- Die Ziele des Netzwerkes schriftlich festzuhalten und sie zu reflektieren
- Die Qualität / Qualifizierung der Patientenversorgung sollte im Fokus aller Bemühungen stehen
- Gemeinsame Zielsetzung

Struktur

- Es braucht eine klare Netzwerkstruktur mit verbindlicher Netzwerkkoordination.
- Es bedarf eines hohen Zeitaufwands / ausreichender Ressourcen.
- Es braucht einen "group of inspired people" als Kern des Netzwerkes.
- Kommune von Beginn an einbinden
- Allparteilichkeit beachten
- möglichst neutrale Moderationsstruktur aufbauen
- möglichst früh mit erfolgreichen Projekten beginnen
- qualifizierte Koordination
- feste Ansprechpartner zu haben

Prozess

- wichtige Informationen/Absprachen schriftlich festhalten
- Rollenklärung
- Identifizieren von Promotoren
- attraktive (Zwischen-)Ergebnisse
- regelmäßig im persönlichen Kontakt zu stehen
- auf Augenhöhe agieren, zuhören
- für gute Atmosphäre sorgen
- Angebote an den Bedürfnissen der Patienten und den Bedarfen der Region ausrichten

5. Kriterien für eine gelingende Netzwerkarbeit

Die Untersuchung hat gezeigt, dass es in den Netzwerken sehr unterschiedliche Arbeitsstrukturen und Rahmenbedingungen gibt, die Einfluss auf die Qualität der Arbeit haben. So scheint es, dass es einzelne Merkmale gibt, die grundlegend für eine hohe Wirksamkeit und den Erfolg eines Netzwerks verantwortlich sind, die auf der Grundlage der Befragungsergebnisse generiert wurden Hierzu gehören:

- **Strukturelle Verankerung des Netzwerks**

Die strukturelle Ansiedlung der Netzwerksteuerung sollte unbedingt an eine institutionelle Vertretung erfolgen, die für alle Beteiligten im regionalen Gefüge als weitestgehend neutral und somit „vertrauenswürdig“ gilt und in der Grundhaltung als „allparteilich“ im regionalen Gefüge wahrgenommen wird.

Zitat: „Als der Arzt die Koordination übernommen hatte, gab es sehr viel mehr Konflikte als vorher. Dann wurde entschieden, dass Frau M. von der Kommune die Koordination übernehmen sollte und das war sehr gut. Zu ihr hatten alle großes Vertrauen und niemand fühlte sich übervorteilt.“

- **Entwicklung von strukturorientierten Qualitätskriterien: Finanzmittel**

Ein weiteres Ergebnis der Befragung ist, dass für ein erfolgreiches Netzwerk Finanzmittel in ausreichender Höhe vorgehalten werden müssen. Die durch die Netzwerkarbeit entstehenden und dauerhaft anfallenden Kosten sollten in der Planung berücksichtigt werden. Zum adäquaten Stellenumfang für die Netzwerkoordination wurden keine Aussagen getroffen.

- **Entwicklung von strukturorientierten Qualitätskriterien: Netzwerkregeln**

Verbindlichkeit in der aktiven Beteiligung an der Netzwerkarbeit ist ein Merkmal für das erfolgreiche Funktionieren eines Netzwerks. Ausschlaggebend scheint hier das Vorhandensein sowie die Befolgung von Netzwerkregeln zu sein, die idealerweise gemeinsam entwickelt werden. Hierbei ist es unerlässlich, durch definierte Prozesse (z.B. Abstimmungsprozesse im Vorfeld von Entscheidungen, Sanktionierungsmaßnahmen beim Verletzen der Netzwerkregeln) sicherzustellen, dass die Partizipation aller Entscheidungsträger bzw. Akteure des Netzwerks gesichert ist.

- **Entwicklung von prozessorientierten Qualitätskriterien: Kommunikation**

Kontinuierliche Kommunikationsprozesse zwischen den unterschiedlichen Akteuren, Institutionen und Funktionsträgern des Netzwerks sollten durch definierte Prozesse (E-Mail-

Verteiler, Protokollwesen bzw. Dokumentation von Netzwerktreffen) gesichert sein. Hierzu gehört auch eine transparente, alle Beteiligten einbeziehende Entscheidungskultur.

Zitat: „Wie bei uns im Netzwerk Entscheidungen getroffen werden, ist vorgegeben. Alle Beteiligten können Themen einbringen – über die Koordinatorin. Diese Sachen gehen dann in die Abstimmung in die große Runde. So fühlt sich niemand ausgeschlossen."

- **Entwicklung von strukturorientierten Qualitätskriterien: Koordinationsstelle**

Die Komplexität im palliativ-hospizlichen Versorgungsbereich ist derart hoch, dass ein/e Koordinator*in für ein erfolgreiches Netzwerk in diesem Themenfeld unerlässlich ist. Der/die Koordinator*in hält u.a. auch die Prozessverantwortung innerhalb des Netzwerks im vorab von allen Beteiligten definierten Rahmen.

- **Entwicklung von prozessorientierten Qualitätskriterien: Zieldefinition**

Die Entwicklung der gemeinsamen Ziele ist ein sehr bedeutsames Element erfolgreicher Netzwerkarbeit. Fehlen gemeinsam erarbeitete Ziele, können zu einem späteren Zeitpunkt Kooperationsprobleme auftauchten, die den Fortbestand des gesamten Netzwerkes gefährden. Grundlegend ist bei der Zieldefinition der erkennbare Nutzen für jeden beteiligten Netzwerkpartner.

- **Entwicklung von prozessorientierten Qualitätskriterien: Transprofessionelle Kooperationen**

In hospizlich-palliativen Netzwerken sind idealerweise unterschiedliche Professionen miteinander verbunden. Von besonderer Bedeutung sind hier die Fähigkeiten im Konfliktmanagement bspw. als Moderationskompetenz der Netzwerkkoordinator*innen. Diese Kompetenzen können möglicherweise Spannungen und Konflikte auf unterschiedlichen Ebenen des Netzwerks lösen oder minimieren.

Die Befragungsergebnisse bestätigen die Darstellungen von Netzwerkarten und -kriterien in der Literatur (vgl. Bauer 2005, S.11 ff.). Somit ist davon auszugehen, dass die Netzwerkarbeit im hospizlich-palliativen Bereich ganz ähnlichen Vorgehensmustern entspricht und die diesbezügliche Qualitätskriterien auch im hospizlich-palliativen Setting gelten.

6. Fazit und Ausblick

Für die Auswertung der Erhebung wurden die befragten Netzwerke in zwei Subgruppen unterteilt (Netzwerke der Hospiz- und Palliativversorgung und PCT/PKD-Netzwerke). Die Ergebnisse zeigten, dass die Netzwerkgruppen sich in Aufbau, Arbeitsweise und Ausrichtung sowie im Selbstverständnis mitunter deutlich voneinander unterscheiden. Gemeinsamkeiten konnten vor allem bei den erlebten fördernden und hemmenden Faktoren für die Netzwerkarbeit identifiziert werden. Mit Hilfe der erhobenen Daten sowie auf der Grundlage der theoretischen Einbettung der Untersuchung konnten Struktur- und Qualitätskriterien für eine gelingende hospizlich-palliative Netzwerkarbeit abgeleitet werden.

Im nächsten Schritt ist eine Veröffentlichung der Netzwerke auf der ALPHA-Internetseite geplant, die den Zugang zu regionalen/kommunalen Angeboten und Aktivitäten der Hospiz- und Palliativversorgung aus Sicht der von schwerer Krankheit Betroffenen und deren Angehörigen erleichtert. Hierzu werden die bekannten Netzwerke gebeten, ihre Struktur und Arbeitsweise anhand eines Fragebogens darzulegen, der u.a. nach Zielen, Mitgliedern, Ansprechpartnern, und Erreichbarkeit des Netzwerks, Angeboten oder Finanzierung fragt.

Die Grundlage für die fortlaufende Aktualisierung der veröffentlichten hospizlich-palliativen Netzwerkstruktur in NRW wird somit geschaffen.

7. Literaturverzeichnis

Bauer, P./Otto, U. (2005). Mit Netzwerken Professionell zusammenarbeiten. Band II: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen.

Diller, C. (2002). Zwischen Netzwerk und Institution. Eine Bilanz regionaler Kooperationen in Deutschland. Opladen.

Herrlein, P. (2009). Handbuch. Netzwerk und Vernetzung in der Hospiz- und Palliativversorgung. Theorien, Strategien und Beratungs-Wissen. hospiz verlag.

Löcherbach, P. (2020). Vernetzung im Gesundheitswesen. In: Peter Löcherbach und Wolf Rainer Wendt (Hrsg.). Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart.

Mennemann,H./Wegleitner, K. (2012). Netzwerke in Palliative Care entwickeln – auf was es ankommt. In: Klaus Wegleitner/Katharina Heimerl/Andreas Heller (Hrsg.). Zuhause sterben – der Tod hält sich nicht an Disziplinen. Ludwigsburg.

Quilling, E./Nicolini,H.J./Graf, C./Starke, D. (2013). Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Wiesbaden.

Reis, C. (2014). Fallmanagement und Netzwerke; in: Zeitschrift Case Management, S. 4.

Schöning, W./Motzke, K. (2016). Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung, Praxis. Stuttgart.

Schubert, H. (2005). Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In: Bauer, P./Otto, U. (Hrsg.) Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Tübingen.

Teller, M./ Longmuß, J. (2007). Netzwerkmoderation. Netzwerke zum Erfolg führen. Augsburg.

8. Anhang

Anhang 1

Ergebnisliste Internetrecherche Netze der Hospiz- und Palliativversorgung in NRW inkl. Palliative Care Teams und Palliativmedizinische Konsiliardienste (Stand Juli 2021)

Aachen	Home Care Städteregion Aachen gGmbH
Aachen	Palliatives Netzwerk für die Region Aachen e.V.
Bergisch Gladbach	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung im Rheinisch-Bergischen-Kreis
Bergisch Gladbach	Palliativ- & Hospizzentrum
Bielefeld	Palliativnetz Bielefeld e.V.
Bocholt	Palliativmedizininscher Konsiliardienst Bocholt GbR
Bocholt	Kreishospiznetzwerk des Kreises Borken
Bochum	Palliativnetz Bochum e.V.
Bonn	KoCkPiT – Kinder Palliativ Care Team Bonn Zentrum für Kinderheilkunde Universitätsklinikum Bonn Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Bonn	Palliative Care Team Bonn/Rhein-Sieg
Bonn	Netzwerk Hospiz- und Palliativversorgung Bonn/Rhein Sieg
Bonn	Hospizforum Bonn/Rhein-Sieg
Borken	PKD Borken Nord
Borken	PKD Borken Süd
Bottrop	Palliativmedizinischer Konsiliardienst Bottrop gGmbH
Brühl	Palliativteam SAPV Rhein-Erft
Brühl	Palliativ Netz Südlicher Erftkreis
Coesfeld	Palliativnetz Kreis Coesfeld e.V.
Dinslaken	SAPV Niederrhein GmbH
Dinslaken	SAPV Rhein-Ruhr GmbH
Dormagen	PTD Region Dormagen

Dorsten	Palliativnetzwerk Dorsten
Dortmund	Palliativ- und Hospiznetz Dortmund
Dortmund u.a.	Runder Tisch der Kinderhospizarbeit im Ruhrgebiet
Duisburg	Palliative-Care-Duisburg eG
Düren	Hospizbewegung Düren Jülich e.V.
Düsseldorf	Palliative Care Team Düsseldorf
Düsseldorf	KinderPalliativTeam „Sternenboot“
Düsseldorf	Düsseldorfer Hospiz- und Palliativforum
Emsdetten	Palliativmedizinischer Konsiliardienst Emsdetten - Greven - Saerbeck
Essen	SAPV Essen
Essen	KinderPalliativTeam im KinderPalliativNetzwerk Essen
Essen	Netzwerk Palliativmedizin Essen
Essen	KinderPalliativNetzwerk Essen (KPN)
Frechen	SAPV-Team NoPain GmbH
Gelsenkirchen	Palliativnetz Gelsenkirchen e.V.
Gevelsberg	Palliativnetz EN Süd & Hattingen
Goch	Palliativ Netzwerk Rhein-Maas GmbH und Co. KG
Gummersbach	SAPV Oberberg GmbH
Gütersloh	Palliativnetz Gütersloh GbR
Hagen/Herdecke/Wetter	PKD Hagen/Herdecke/Wetter
Hamm	PKD Hamm
Heinsberg	Netzwerk Hospiz Palliativ Trauer
Herford	PalliativNetz Kreis Herford e.V.
Herne	Palliativ-Netzwerk Herne, Wanne-Eickel, Castrop-Rauxel e.V.
Hörstel-Bevergern	Palliativnetz Nordmünsterland e.V.

Höxter	Palliativ Netz im Kreis Höxter e.V.
Iserlohn	PKD-NILNetzwerk Iserlohn-Letmathe
Issum	Palliativ Netzwerk Niederrhein GmbH
Köln	Palliativteam SAPV Köln rechtsrheinisch
Köln	Palliativteam SAPV Köln Linksrheinisch GmbH
Köln	Hospiz und Palliativ Arbeitsgemeinschaft Köln e.V. (HAK)
Köln	Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln e.V.
Krefeld	SAPV-Krefeld
Krefeld	Palliativnetz Krefeld
Datteln	Palliativnetz Ostvest (Kreis Recklinghausen e.V.)
Lennestadt	Palliativnetz Kreis Olpe e.V.
Leverkusen	Ambulantes Palliativzentrum Leverkusen APZ
Leverkusen	PalliLev gGmbH
Lippe	Palliativnetz Lippe
Lüdenscheid	Palliativnetz Lüdenscheid e.V.
Lünen	Palliativnetz Lünen-Werne
Märkischer Kreis	PKD Märkischer Kreis
Marl	PKD Marl - Herten - Dorsten
Mettingen	Palliativnetz Tecklenburger Land e.V.
Mettmann	Palliativnetzwerk im Kreis Mettmann
Minden	Ambulantes Palliativ Netz Kreis Minden-Lübbecke
Mönchengladbach	Palliativnetz Mönchengladbach Viersen
Mülheim	SAPV Mülheim an der Ruhr
Münster	Palliativnetz Münster
Neuss	Palliativnetzwerk für den Rhein-Kreis

Niederzier	Ambulantes Hospiz- und Palliativzentrum des Kreises Düren
Oberhausen	Palliativnetz Oberhausen
Ochtrup	Netzwerk Hospiz
Paderborn	Paderborner Palliativnetz e. V.
Recklinghausen	PAMIR PKD Recklinghausen
Remscheid	SAPV Team Bergisch Land GmbH
Rheine	Palliativnetz Rheine e.V.
Schwerte	Palliativ- und Hospiznetz Schwerte
Siegen	PalliativNetz Siegen-Wittgenstein-Olpe
Soest	Palliativnetz der Kreise Soest-HSK GbR
Solingen	SAPV Solingen
Steinfurt	PKD Altenberge -Steinfurt
Steinfurt	Netzwerk Hospiz im Kreis Steinfurt
Stolberg	Palliativnetz Stolberg-Eschweiler
Troisdorf	Palliative Care Team Troisdorf
Unna	PKD Unna
Velbert	SAPV Mettmann
Velbert	SAPV Niederberg GmbH (Mettmann-Nord)
Viersen	Home Care Linker Niederrhein gGmbH
Wegberg	Home Care Städteregion Aachen GmbH PCT Kreis Heinsberg
Witten	Palliativnetz Ennepe-Ruhr-Kreis Witten e.V.
Wuppertal	SAPV Wuppertal GmbH
Wuppertal	Palliativnetzwerk Wuppertal e.V.

Anhang 2

Anschreiben Ambulante Hospizdienste in NRW

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ALPHA NRW untersucht zurzeit im Rahmen eines vom Gesundheitsministerium geförderten Projektes die regionalen Netzwerkstrukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen. In den letzten Jahren haben sich viele mehr oder weniger formalisierte Netzwerke gebildet, die über die Patienten*innenversorgung hinaus mit dem Ziel zusammenarbeiten, die Hospiz- und Palliativarbeit in einer Region zu koordinieren, die Zugangs- und Versorgungsmöglichkeiten auszubauen, Versorgungslücken zu identifizieren sowie sich gemeinsam über Strategien und Konzepte abzustimmen.
Unter dem Begriff „Netzwerk“ verstehen wir eine wie oben beschriebene Zusammenarbeit von mindestens drei unterschiedlichen Akteuren oder Organisationen. Dies können auch Partner des gleichen Typs sein wie beispielsweise ein Netzwerk mehrerer Hospizdienste.
Da Sie/Ihr als Hospizkoordinator*innen die Strukturen vor Ort gut kennen, bitten wir Sie/Euch, die nachstehende Liste der Netzwerke (inklusive PKDs in Westfalen-Lippe) auf Vollständigkeit zu prüfen. Falls Sie/Ihr noch weitere Netzwerke in der Region kennen, bitten wir um Rückmeldung per mail an rheinland@alpha-nrw.de bis zum 09. Juli 2021.

Besten Dank für Ihre/Euere Unterstützung, mit herzlichen Grüßen
Ihre/Euere Teams von ALPHA Rheinland und Westfalen-Lippe

Ansprechstellen im
Land NRW zur
Palliativversorgung,
Hospizarbeit und
Angehörigenbegleitung

Netzwerke im hospizlich-palliativen Versorgungskontext

Herzlich willkommen zu unserer Befragung

Vielen Dank, dass Sie unserem Link gefolgt sind!

ALPHA NRW führt derzeit ein landesweites Projekt zu Netzwerken im hospizlich-palliativen Versorgungskontext durch. Ziel ist

eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Netzwerkstrukturen und die Erarbeitung von Qualitätsindikatoren für Netzwerke und Netzwerkarbeit in der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Unter dem **Begriff "Netzwerk"** wird hier eine Form der Kooperation bezeichnet, bei der **mindestens drei unterschiedliche Partner** in der hospizlich-palliativen Versorgung zusammenarbeiten.

Für die Beantwortung der Fragen benötigen Sie ca. 15 Minuten.

Fragen, zu denen keine Angabe gemacht werden kann, können übersprungen werden. Teilweise sind Mehrfachnennungen möglich.

Bitte beschreiben Sie die aktuell gegebene Situation Ihres Netzwerkes und nicht einen gewünschten idealtypischen Zustand.

Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.

1. Bitte geben Sie den Namen des Netzwerkes ein, an dem Sie beteiligt sind/das Sie leiten:

Name

Bitte geben Sie die ersten beiden Ziffern der PLZ an.

Internetseite, wenn vorhanden

E-Mail-Kontakt

2. In welcher Funktion nehmen Sie an der Umfrage teil?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Mitarbeit in einer Organisation/in einem Dienst, der Teil eines Netzwerkes ist
- ☐ leitende oder koordinierende Funktion in einem Netzwerk
- ☐ weitere _____

3. Seit wann besteht Ihr Netzwerk?

- ○ weniger als 2 Jahre
- ○ 2 bis 5 Jahre
- ○ 6 bis 10 Jahre
- ○ 11 bis 15 Jahre
- ○ mehr als 15 Jahre
- ○ nicht bekannt

4. Wer waren die wichtigsten Initiatoren*innen Ihres Netzwerks? (Funktion/Beruf)

Hier sind die Funktionen der Personen gemeint, die das Netzwerk aufgebaut haben wie z.B. Vorstand eines Hospizvereins, Leitung einer Pflegeeinrichtung, Ärzt*innen oder weitere Personen. Bitte keine Namen eintragen. Kennen Sie diese Personen nicht, lassen Sie die Felder einfach frei.

Initiator*in 1: ☐

Initiator*in 2: ☐

Initiator*in 3: ☐

5. Welche Institutionen oder Organisationen waren maßgeblich an der Entstehung Ihres Netzwerks beteiligt?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Kommune bzw. Landkreis
- ☐ Palliativmedizinischer Konsiliardienst bzw. Palliative Care Team (SAPV)
- ☐ Ambulanter Hospizdienst
- ☐ Stationäre Pflegeeinrichtung
- ☐ ALPHA-Stellen

☐ weitere (z.B. Arztpraxen, stationäre Hospize)

☐ nicht bekannt

6. Warum wurde Ihr Netzwerk gegründet?

Mehrfachnennungen möglich

☐ Eigeninitiative (bitte die Motive zur Gründung angeben)

☐ Verpflichtung zur Kooperation (Vorgabe der Kostenträger)

☐ weitere

☐ nicht bekannt

7. Gibt es für Ihr Netzwerk eine/n Koordinator*in?

- ◯ ja, weiter mit Frage 8
- ◯ nein, weiter mit Frage 9
- ◯ nicht bekannt

8. Welche Aufgaben hat die/der Koordinator*in?

- ☐ Koordination der Patient*innenversorgung
- ☐ Organisation von Netzwerktreffen
- ☐ Organisation von Fortbildungen/Veranstaltungen
- ☐ Koordination von gemeinsamen Projekten
- ☐ Beratung von Einrichtungen/Diensten zu hospizlich-palliativen Themen
- ☐ Moderation von Konflikten innerhalb des Netzwerks
- ☐ Kommunikations-/Reflexionsstrukturen ermöglichen
- ☐ Vermittlung von Unterstützungsangeboten für Einzelpersonen, z.B. über ein Hospiztelefon
- ☐ Führung einer Geschäftsstelle
- ☐ Pflege der Netzwerkpartner

☐ Planung und Steuerung der weiteren Entwicklung des Netzwerkes

☐ Öffentlichkeitsarbeit

☐ Gewinnung weiterer Netzwerkpartner

☐ sonstige _____

☐ nicht bekannt

9. Wie viele Kooperationspartner*innen (Organisationen, Dienste und Institutionen) sind an Ihrem Netzwerk beteiligt?

Wenn Sie es nicht genau wissen, dann schätzen Sie bitte.

○ 3 – 5

○ 6 – 10

○ mehr als 10

10. Ist die Mitarbeit in Ihrem Netzwerk an bestimmte Voraussetzungen gebunden?

Gemeint ist hier z.B.: bestimmte Organisationsform; Bereitschaft, sich aktiv einzubringen; Tätigkeit im Feld Hospiz/Palliativ; Bereitschaft zur Teilnahme an Qualitätszirkeln

○ ja, weiter mit Frage 11 ○ nein, weiter mit Frage 12

○ nicht bekannt, weiter mit Frage 12

11. Welche Voraussetzungen zur Mitarbeit müssen erfüllt werden?

Mehrfachnennungen sind möglich

- ☐ aktive Beteiligung am Netzwerk
- ☐ Tätigkeit im Feld Hospizarbeit und Palliativversorgung
- ☐ Beteiligung an Kosten, die im Rahmen des Netzwerks entstehen
- ☐ Verpflichtungserklärung zu bestimmten Standards der Versorgung (Qualitätskriterien)
- ☐ bestimmte Organisationsform (Bitte benennen: z.B. Verein oder Einrichtung des Gesundheitswesens)
- ☐ bei Einzelpersonen: Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppe (Bitte benennen: z.B. Gesundheitsberufe
- ☐ weitere

12. Wer kann in Ihrem Netzwerks mitarbeiten?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Leistungserbringer des Gesundheitswesens (z.B. Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Krankenhäuser, Ambulante Hospizdienste, Pflegedienste, niedergelassene Ärzt*innen, Apotheken, Sanitätshäuser)
- ☐ Behörden von Kommunen/Landkreis
- ☐ Krankenkassenvertretung
- ☐ spezialisierte Netzwerke (z.B. pädiatrische Palliativversorgung)
- ☐ weitere regionale Netzwerke
- ☐ persönliche Mitgliedschaft Einzelner (nicht institutionsbezogen)
- ☐ weitere

13. Wer ist Mitglied in Ihrem Netzwerk? Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Ambulante Pflegedienste
- ☐ Niedergelassene Ärzt*innen
- ☐ Ambulante Hospizdienste
- ☐ Teams der SAPV (PCT bzw. PKD)
- ☐ Stationäre Pflegeeinrichtungen
- ☐ Stationäre Hospize
- ☐ Krankenhäuser
- ☐ Kommunen bzw. kommunale Behörden/Institutionen (z.B. Gesundheitsamt)
- ☐ niedergelassene Psychotherapeut*innen
- ☐ niedergelassene Physiotherapeut*innen
- ☐ Apotheken
- ☐ Sanitätshäuser
- ☐ Reha-Einrichtungen
- ☐ Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte, Selbsthilfe)
- ☐ weitere _____

14. Wie findet die Aufnahme in Ihr Netzwerk statt?

- ◯ formalisiert (z.B. schriftlicher Antrag)
- ◯ informell (kein Aufnahmeverfahren)
- ◯ nicht bekannt

15. Haben die Mitglieder Ihres Netzwerks konkrete Aufgaben/Verpflichtungen?

Gemeint sind z.B. regelmäßige Teilnahme an Netzwerktreffen und/oder organisatorische, inhaltliche oder repräsentative Aufgaben.

◯ ja, weiter mit Frage 16 ◯ nein, weiter mit Frage 17

16. Welche Aufgaben/Verpflichtungen haben die Mitglieder?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ regelmäßige Teilnahme an Netzwerktreffen
- ☐ Vermittlung von Unterstützungsangeboten für Einzelpersonen
- ☐ Organisation z.B. von Netzwerktreffen
- ☐ Führung einer Geschäftsstelle
- ☐ Pflege der Netzwerkpartner

☐ Planung und Steuerung der weiteren Entwicklung des Netzwerkes

Öffentlichkeitsarbeit

☐ Gewinnung weiterer Netzwerkpartner

17. Hat Ihr Netzwerk eine bestimmte Rechts- bzw. Organisationsform? (z.B. GmbH, gGmbH, e.V.)

○ ja, weiter mit Frage 18 ○ nein, weiter mit Frage 19

○ nicht bekannt

---

18. Welche Rechts- bzw. Organisationsform hat Ihr Netzwerk?

○ Eingetragener Verein (e.V.)

○ Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

○ Gemeinnützige GmbH (gGmbH)

○ Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)

○ weitere

---

19. Besitzt Ihr Netzwerk ein schriftlich formuliertes Leitbild, eine Satzung o.ä.?

- ja, weiter mit Frage 19
- nein, weiter mit Frage 20
- nicht bekannt

20. Bitte nennen Sie wichtige Aussagen zur Arbeit Ihres Netzwerkes, die im Leitbild bzw. in der Satzung formuliert sind.

Textfeld

---

21. Existieren schriftlich fixierte Netzwerkregeln?

Das können z.B. Regeln zur Informationsweitergabe oder zur Vertretung des Netzwerks nach außen sein.

- ja, weiter mit Frage 22
- nein, weiter mit Frage 23
- nicht bekannt

22. Was beinhalten diese schriftlich vereinbarten Netzwerkregeln?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Teilnahme an Netzwerktreffen
- ☐ Informationsweitergabe innerhalb des Netzwerks
- ☐ Geschäftsstellentätigkeit
- ☐ Grundsätze der Zusammenarbeit
- ☐ Datenschutz / Schweigepflicht
- ☐ Strukturelle Bedingungen (z.B. Umgang mit Regelverstößen von Netzwerkpartnern)
- ☐ Fortbildungen
- ☐ Ziele der Netzwerkarbeit
- ☐ Vertretung des Netzwerks nach außen (Öffentlichkeitsarbeit)
- ☐ weitere _____

23. Gibt es informelle (mündlich vereinbarte) Netzwerkregeln?

Das können z.B. Regeln zur Informationsweitergabe oder zur Vertretung des Netzwerks nach außen sein.

○ ja, weiter mit Frage 23 ○ nein, weiter mit Frage 24

24. Was beinhalten diese mündlich vereinbarten Netzwerkregeln?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ Teilnahme an Netzwerktreffen
- ☐ Informationsweitergabe innerhalb des Netzwerks
- ☐ Geschäftsstellentätigkeit
- ☐ Grundsätze der Zusammenarbeit
- ☐ Datenschutz / Schweigepflicht
- ☐ Strukturelle Bedingungen (z.B. Umgang mit Regelverstößen von Netzwerkpartnern)
- ☐ Fortbildungen
- ☐ Ziele der Netzwerkarbeit
- ☐ Vertretung des Netzwerks nach außen (Öffentlichkeitsarbeit)
- ☐ weitere _____

25. Kooperiert Ihr Netzwerk mit externen Partnern?

Gemeint sind hier Institutionen, Organisationen usw. außerhalb des Netzwerkes

- ◯ nein, weiter mit Frage 27
- ◯ ja, mit ☐
- ◯ nicht bekannt, weiter mit Frage 27

26. Wie sind diese externen Kooperationen geregelt?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ schriftlich (z.B. mit Kooperationsvereinbarung)
- ☐ mündlich
- ☐ gar nicht
- ☐ nicht bekannt

27. Welches sind die vorrangigen Ziele in Ihrem Netzwerk?

Mehrfachnennungen möglich

- [ ] Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Informationen für Einzelpersonen
- [ ] Verbesserung der Zusammenarbeit der Netzwerkpartner*innen
- [ ] Verbesserung der Koordination im Einzelfall ("Case Management")
- [ ] Beitrag zur Enttabuisierung von Sterben und Tod in der Gesellschaft
- [ ] Gemeinsame Weiterbildungsangebote
- [ ] weitere

28. Wie wurden diese Ziele erarbeitet?

Mehrfachnennungen möglich

- [ ] in gemeinsamen Sitzungen aller Netzwerkpartner*innen
- [ ] in speziell gegründeten Gremien/Arbeitsgruppen
- [ ] von der Leitung des Netzwerks (z.B. Vorstand)
- [ ] weitere
- [ ] nicht bekannt

29. Was sind die Schwerpunkte der Netzwerkarbeit?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ kollegialer Austausch und Beratung
- ☐ Unterstützungsangebote und Informationen für Einzelpersonen
- ☐ Angebote für spezifische Zielgruppen (z.B. pflegende Angehörige, Menschen mit Migrationsgeschichte)
- ☐ Beratung und Prozessbegleitung von Implementierungsprojekten (Organisationsentwicklung)
- ☐ Regionale Abstimmungsprozesse initiieren und evaluieren (z.B. Erstellung einer gemeinsamen Dokumentation von Notfallplänen)
- ☐ Vernetzung mit kommunalen Strukturen (z.B. Pflege- und Gesundheitskonferenz)
- ☐ Aufbau und Koordination einer ambulanten Ethikberatung (z.B. ethische Fallgespräche)
- ☐ Fort- und Weiterbildungsangebote
- ☐ Know-how-Transfer zwischen spezialisierter Versorgung und Regelversorgung
- ☐ Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Pressearbeit, Veranstaltungen wie z.B. Hospiztage)
- ☐ weitere _____

30. Wie werden wichtige Entscheidungen in Ihrem Netzwerk getroffen?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ per Mehrheitsentscheid
- ☐ von einzelnen oder mehreren autorisierten Personen
- ☐ von der Leitung des Netzwerkes
- ☐ weitere

31. Wie beurteilen Sie die Effekte der Arbeit in Ihrem Netzwerk?

Bitte ergänzen Sie mögliche weitere Effekte.

	hat sich stark verbessert	hat sich leicht verbessert	ist unverändert gut	ist unverändert schlecht	hat sich verschlechtert	keine Angabe
Versorgung von Patient*innen	○	○	○	○	○	○
Begleitung von An-/Zugehörigen	○	○	○	○	○	○
Kooperation zwischen den Netzwerkpartnern*innen	○	○	○	○	○	○
Wahrnehmung hospizlich-palliativer Angebote in der	○	○	○	○	○	○

Öffentlichkeit

	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○

---

32. Welches sind für Sie persönlich entscheidende Faktoren für den Fortbestand einer gelingenden Netzwerkarbeit?

Mehrfachnennungen möglich

- ☐ regelmäßige Netzwerktreffen
- ☐ regelmäßige Evaluation der Netzwerkarbeit
- ☐ abgestimmte Vorgehensweise bei Regelverstößen
- ☐ organisierte Informationsweitergabe
- ☐ gemeinsame Fort- und Weiterbildungen
- ☐ regelmäßiger Kontakt zu relevanten Akteuren in der Region, auch außerhalb des Netzwerkes
- ☐ Koordination mit Mandat zur Netzwerksteuerung
- ☐ Verbindlichkeit
- ☐ positive Atmosphäre im Miteinander
- ☐ weitere

33. Welche Erfolgsfaktoren haben Sie bei Ihrer Arbeit im Netzwerk erlebt bzw. erleben Sie?

Erfolgsfaktor 1

Erfolgsfaktor 2

Erfolgsfaktor 3

34. Welche "Stolpersteine" haben Sie bei Ihrer Arbeit im Netzwerk erlebt bzw. erleben Sie?

Stolperstein 1

Stolperstein 2

Stolperstein 3

35. Was raten Sie allen, die ein Netzwerk der Hospiz- und Palliativversorgung ins Leben rufen oder erfolgreich weiterführen wollen?

Ihr Rat:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt.
Bei einer Veröffentlichung wird aus den Ergebnissen nicht hervorgehen, welche Personen an der Untersuchung teilgenommen haben.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team von ALPHA NRW