

Gefördert durch:



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE.NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen



**MICHAEL VILAIN, MATTHIAS HEUBERGER,
CARMEN SCHULZ, MEINULF BRAUCKMANN,
SEBASTIAN BORGERT & ANDREA UNLAND**

Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum



GESUNDHEITZENTRUM IM LUDGERUSHOF

HANDBUCH 2

**MICHAEL VILAIN, MATTHIAS HEUBERGER,
CARMEN SCHULZ, MEINULF BRAUCKMANN,
SEBASTIAN BORGERT & ANDREA UNLAND**

Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum



GESUNDHEITZENTRUM IM LUDGERUSHOF



Handbuchreihe

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund / Leben im Alter e. V. / Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft der Evangelischen Hochschule Darmstadt (Hrsg.)

Projekt: „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier“

Band 1

Stephanie Lechtenfeld, Andrea Kuhlmann & Britta Bertermann

Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen

Band 2

Michael Vilain, Matthias Heuberger, Carmen Schulz, Meinulf Brauckmann, Sebastian Borgert & Andrea Unland

Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum

Band 3

Britta Bertermann, Stephanie Lechtenfeld & Andrea Kuhlmann

Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung –
Entwicklung und Erprobung eines Engagementprofils

Band 4

Gerhard Igl

Rechtsfragen: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung –
sozialrechtliche Finanzierungsmöglichkeiten

Alle Handbücher stehen zum kostenfreien Download bereit:
<https://www.gz-ludgerushof.de>



Inhaltsverzeichnis

VORWORT	8
<hr/>	
1 NETZWERKARTIGE VERSORGUNGSANSÄTZE IM LÄNDLICHEN RAUM	11
1.1. Was ist ein Netzwerk?	21
1.2. Was ist ein regionales themenorientiertes Netzwerk?	30
<hr/>	
2 PHASEN IM AUFBAU EINES REGIONALEN THEMENNETZWERKES	35
2.1 Ausgangspunkt und Gründung des Netzwerkes (Phase 1)	39
2.1.1 Die Ausgangssituation analysieren	41
2.1.2 Die Akteur*innen im Netzwerk ermitteln: Stakeholder	44
2.1.3 Ziele und Werte entwickeln: Das Leitbild	52
2.1.4 Den Weg planen: Strategie	56
2.1.5 Das Netzwerkkonzept	58
2.2 Der Aufbau eines Netzwerkes (Phase 2)	70
2.2.1 Anreize und Beiträge ins Gleichgewicht bringen	70
2.2.2 Strukturen und Prozesse definieren	72
2.2.3 Kommunikation im Netzwerk gestalten	84
2.2.4 Erfolge im Netzwerk messen und darstellen	92
2.3 Die Verstetigung und Verdichtung des Netzwerkes (Phase 3)	97
2.3.1 Das Netzwerk orchestrieren	99
2.3.2 Die Orchestratoren in Netzwerken	104



2.4 Finanzierung von themenorientierten Netzwerken	122
2.4.1 Kosten und Finanzierungsoptionen eines themenorientierten Netzwerkes	123
2.4.2 Finanzierung emergenter Netzwerke durch hybride Geschäftsmodelle	130
<hr/>	
Literaturverzeichnis	138
Autorenverzeichnis	146

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsanzahl in Spork nach Alter.	14
Abbildung 2: Grundmodell des Gesundheitszentrums zum Projektbeginn.	17
Abbildung 3: Planskizze und Eindrücke Gebäudekomplex „Gesundheitszentrum Spork“.	18
Abbildung 4: Netzwerktypen.	22
Abbildung 5: Unterscheidungsmerkmale von Netzwerken.	24
Abbildung 6: Variabilität themenzentrierter Netzwerke am Beispiel des Themas Gesundheit.	34
Abbildung 7: Unterschiedliche Phasen bei der Entwicklung eines themenzentrierten Netzwerkes.	37
Abbildung 8: SWOT-Analyse als Grundlage für Netzwerkstrategien.	42
Abbildung 9: Anwendungsbeispiel SWOT-Analyse.	43
Abbildung 10: Grundstruktur einer Stakeholderliste.	45
Abbildung 11: Stakeholderanalyse in einer Vier-Felder-Matrix.	46
Abbildung 12: Strategieentwicklung in Netzwerken.	57



Abbildung 13: Eindrücke GZ Spork.	63
Abbildung 14: Auszug Ergebnisse vereinfachte SWOT-Analyse.	64
Abbildung 15: Auszug Stakeholder-Analyse (anonymisiert).	65
Abbildung 16: Auszug Vier-Felder-Matrix (anonymisiert).	66
Abbildung 17: Vier Themenbereiche zur Leitbildentwicklung mit Auszügen aus dem Leitbild.	67
Abbildung 18: Anreiz-Beitrags-Konstellationen in einem Gesundheits- netzwerk.	71
Abbildung 19: Prozessstypen.	75
Abbildung 20: Prozessdiagramm: Kernprozess Angebotsentwicklung im Projekt GZ Spork.	83
Abbildung 21: Kommunikationsziele und -anwendungsbereiche.	84
Abbildung 22: Schematische Darstellung einer themenzentrierten Kommunikationsarchitektur.	87
Abbildung 23: Indikatoren zur Erfolgsmessung im Gesundheitsnetzwerk. ..	96
Abbildung 24: Übersicht der Zielsetzung im Modellvorhaben.	107



Vorwort

Dieses Handbuch ist Teil einer Handbuchreihe, die aus dem Projekt „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier“ (Laufzeit: 15.03.2017-14.03.2020) hervorgegangen ist. Im Projektverbund arbeiteten die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund, das Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS) der Evangelischen Hochschule Darmstadt und der Bocholter Verein Leben im Alter (L-i-A e. V.) zusammen. Gefördert wurde das Projekt von der LeitmarktAgentur.NRW, der Landesregierung Nordrhein-Westfalen und EFRE-NRW im Rahmen des Leitmarkt Wettbewerbs Gesundheit.NRW.

Ausgangspunkt war die Tatsache, dass ausreichender Zugang zu und die Verfügbarkeit von Gesundheitsangeboten in ländlichen Regionen häufig nicht (mehr) vorhanden ist. Eine gute gesundheitliche Versorgung ist aber eine wichtige Voraussetzung, um im Alter gesund bleiben und aktiv sein zu können. Ziel des Projektes war es deshalb, die gesundheitliche Versorgung der Bürger*innen in der Projektregion – dem ländlich geprägten Nordwesten des Bocholter Stadtgebiets – zu verbessern und wohnortnahe Gesundheitsangebote insbesondere für die ältere Bevölkerung zugänglich zu machen. Eingebunden in einen partizipativ angelegten Prozess zur Entwicklung gesunder lokaler Strukturen wurde in einem ehemaligen Schulgebäude ein Gesundheitszentrum (GZ) aufgebaut. Moderiert von einer eigens dafür eingerichteten Koordinierungsstelle, die für die Entwicklung und Einführung der Angebote sowie für die Akquise und Begleitung der Akteur*innen zuständig war, wurden verschiedene Gesundheitsangebote für unterschiedliche Zielgruppen unter einem Dach angesiedelt.

Im Einzelnen handelte es sich um stunden-/tageweise vielschichtige Angebote medizinisch-therapeutischer professioneller Gesundheitsdienstleister, Einzelveranstaltungen und Kursangebote zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung sowie die Entwicklung und Erprobung flankierender ehrenamtlicher Unterstützungs- und Begleitungsangebote. Hier sind insbesondere die „Ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen“ zu nennen, die Bürger*innen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Verhaltensprävention unterstützen, ihre Gesundheitskompetenz und ihr Selbstmanagement fördern.



Neben der Entwicklung der Angebotsstrukturen und der Ausgestaltung des Zusammenspiels der Akteur*innen untereinander wurde ein Netzwerkmodell erarbeitet, das die Grundlage für ein wirtschaftlich tragfähiges Geschäftsmodell bildet. Das im Projektverlauf realisierte Angebot im interdisziplinären und multifunktional angelegten Gesundheitszentrum adressierte im direkten Einzugsbereich rund 10.000 Bürger*innen in den Bocholter Stadtteilen Hemden, Holtwick, Liedern, Lowick, Spork und Suderwick. Insgesamt zeigte sich, dass das wohnortnahe Gesundheitsangebot seitens der Nutzer*innen und der Akteur*innen positiv bewertet und rege in Anspruch genommen wurde.

Die gewonnenen Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, des Aufbaus und der praktischen Erprobung sowie die Thematisierung und Einschätzung spezifischer rechtlicher Fragen werden nun in Form der vorliegenden anwendungsorientierten Handbuchreihe zur Verfügung gestellt, so dass die Erfahrungswerte von denjenigen genutzt werden können, die künftig ähnliche Strukturen aufbauen möchten. Die Projektverbundpartner wenden sich damit an alle interessierten Initiativen, Vereine und Organisationen sowie Akteure der gesundheitlichen Versorgung, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Gesundheit (im ländlichen Raum) gemeinsam mit den Menschen vor Ort zu gestalten. Die einzelnen Bände nehmen aufeinander Bezug, stehen aber thematisch für sich und können auch unabhängig voneinander gelesen werden.

Der erste Band „Gesundheit gemeinsam vor Ort gestalten – Bürgerbeteiligung ermöglichen“ beschreibt die partizipative Entwicklung der Angebotsstrukturen, die dabei gesammelten Erfahrungen sowie die Bewertung des Gesundheitszentrums und der Angebote aus Nutzer*innensicht.

Der zweite Band „Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum“ zeigt gleichermaßen theoretisch fundiert und praxisnah wie ein regionales Themennetzwerk nachhaltig aufgebaut werden kann und vermittelt Grundlagen für die Entwicklung hybrider Geschäftsmodelle.

Der dritte Band „Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung – Entwicklung und Erprobung eines Engagementprofils“ beschreibt unter Einbezug der Evaluationsergebnisse den Aufbau und die Erprobung dieses neuartigen Begleitungsansatzes einschließlich der Qualifizierung der Ehrenamtlichen und der dabei eingesetzten Methoden und vermittelten Inhalte.

Der vierte Band „Rechtsfragen: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleitung – sozialrechtliche Finanzierungsmöglichkeiten“ adressiert den rechtlichen Rahmen



und haftungsrechtliche Fragen im Zusammenhang der Umsetzung ehrenamtlicher Gesundheitsbegleitung. Darüber hinaus werden sozialrechtliche Finanzierungsoptionen mit Bedeutung für ehrenamtliche Tätigkeiten im Gesundheitswesen beleuchtet.

Alle Handbücher stehen unter <https://www.gz-ludgerushof.de> zum kostenfreien Download bereit.

Besonderer Dank gilt neben den Fördergebern den Mitgliedern des wissenschaftlichen Begleitgremiums und den Bürger*innen sowie den zahlreichen weiteren Wegbegleiter*innen, die mit hohem persönlichem Engagement und wissenschaftlich-fachlichen sowie fach- und alltagspraktischen Beiträgen die Projektarbeiten vor Ort unterstützt und mitgestaltet haben.

Dortmund/Bocholt/Darmstadt, im März 2020

Prof. Dr. Andrea Kuhlmann
*Forschungsgesellschaft für
Gerontologie e. V.*

Andrea Unland
Leben im Alter e. V.

Prof. Dr. Michael Vilain
*Institut für Zukunftsfragen
der Gesundheits- und
Sozialwirtschaft*



1 Netzwerkartige Versorgungsansätze im ländlichen Raum

Die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse durch die **Sicherstellung der Daseinsvorsorge in ländlichen Gebieten** stellt hierzulande nach wie vor eine zentrale politische und gesellschaftliche Herausforderung dar. Immerhin zählen 90 % der Gesamtfläche der Bundesrepublik mit etwa 46,9 Mio. Menschen zum sogenannten ländlichen Raum (vgl. BMEL 2015). Zwar lassen sich aufgrund der Heterogenität der Regionen keine pauschalen Aussagen über *den* ländlichen Raum treffen (vgl. Simon et al. 2018), aber insgesamt zeigen sich eine Reihe von Parallelen in verschiedenen Regionen wie beispielsweise Bevölkerungswanderung, schrumpfende Gemeinden, unrentable Nahversorgungsangebote und Geschäfte, Konzentration von Dienstleistungsangeboten in Oberzentren und Rückbau des Öffentlichen Personennahverkehrs (vgl. Opitz und Pfaffenbach 2018: 172; Habich und Spellerberg 2008 sowie BMFSFJ 2005). Dies führt dazu, dass mancherorts notwendige Produkte der Nahversorgung ebenso wie Dienstleistungs-, Bildungs-, Sozial- oder Gesundheitsangebote immer schwerer verfügbar sind (vgl. Nadler 2017). Die Folge ist ein erheblicher Verlust von Lebensqualität (vgl. Vilain und Heuberger 2014; Beetz und Neu 2009). Gerade in dünn besiedelten ländlichen Gebieten mit schlechter infrastruktureller Anbindung sind – mit Blick auf die prekäre Ausgangssituation – kreative Maßnahmen zur Sicherstellung der Daseinsvorsorge erforderlich (vgl. Wessel 2013; Schüler et al. 2011). Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Gesundheitsversorgung dar, denn von der haus- und fachärztlichen Versorgung über Klinikplätze und Präventions- und Nachsorgeangeboten (z. B. Reha-Angebote) bis hin zu Angeboten der Gesundheitsförderung lassen sich vielerorts erhebliche Defizite konstatieren (vgl. Walter und Schwartz 2000).

Wissenschaft, Politik und Praxis haben die Herausforderungen angenommen und so haben sich im Rahmen einer Vielzahl von Modellprojekten und Erprobungen in den letzten Jahren unterschiedlichste Lösungsansätze herauskristallisiert. Hierzu gehören beispielsweise die

- Etablierung von Zweigstellen medizinischer Einrichtungen (vgl. Hahne 2013),
- Einführung mobiler Hausarztpraxen (vgl. KV Hessen 2018),



- Fördermöglichkeit von Ärzte-Netzwerken (vgl. Gabriel und Beckmann 2016),
- Delegation ärztlicher Leistungen an Pflege- und andere Fachkräfte (Rieser 2013; Vilain und Heuberger 2016),
- Einbindung zivilgesellschaftlicher Akteur*innen¹ und freiwilligen Engagements zur Erhöhung der Gesundheitsmobilität bzw. der niedrigrschwelligem Versorgung (z. B. Helfende vor Ort, Gemeindegewestern) oder
- Bündelung dezentralisierter Angebote in integrierten (medizinischen) Versorgungs- und Gesundheitszentren oder Mehrfunktionshäusern (vgl. Prenzel 2016).

Daneben treten neue technologische Unterstützungssysteme wie Telemedizin (u. a. Tele-Notärzt*in) oder Ambient-Assisted-Living-Konzepte, welche das Leben mit Beeinträchtigungen im eigenen Heim erleichtern.

Zur Schaffung von Lösungsansätzen gibt es in vielen Regionen sowohl **koordinierte** als auch **unkoordinierte** Aktivitäten unterschiedlichster Akteure. Damit es jedoch nicht zu Leerstellen, Redundanzen oder gar Konkurrenz kommt, ist es sinnvoll, sich um ein koordiniertes Vorgehen zu bemühen. Dahinter steht das Ziel durch gemeinsame Absprachen, komplementäre Maßnahmen zu etablieren und Ressourcen effizient zu bündeln, um so gezielt zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung beizutragen. Eine bewährte Form der Organisation von unterschiedlichen Akteuren mit gemeinsamer Zielsetzung ist dabei das **Netzwerk**. Die Tatsache, dass uns Netzwerke in unserem Alltag vollkommen selbstverständlich erscheinen, täuscht darüber hinweg, dass bisher nur wenige Erkenntnisse über unterschiedliche Netzwerktypen und ihre Gestaltung vorliegen. Der vorliegende Band fokussiert insbesondere den Typus eines regionalen themenorientierten Netzwerkes und gibt Anregungen zu dessen erfolgreicher Gestaltung. In die Darstellung fließen die Ergebnisse jahrelanger Forschung in unterschiedlichen Netzwerkprojekten des IZGS ein (vgl. Vilain und

1 Im Sinne einer gendersensiblen / geschlechtersensiblen Sprache wird im vorliegenden Handbuch die sog. „Genderstern-Variante“ verwendet. Der „Genderstern“ symbolisiert eine beliebige Anzahl von geschlechtlichen Möglichkeiten, die dadurch abgebildet werden sollen. Dadurch sollen auch jene Menschen inkludiert werden, die sich weder dem männlichen noch dem weiblichen „biologischen“ und/oder „sozialen“ Geschlecht zuordnen können oder wollen.



Heuberger 2020), die zu einer fortlaufenden Weiterentwicklung des Managementinstrumentariums (vgl. Heuberger und Vilain 2020) für Netzwerke geführt haben. Illustriert werden die Empfehlungen anhand der Erfahrungen im Projekt GZ Spork in den farblich hinterlegten Textpassagen. Das Thema des Netzwerkes ist zwar Gesundheit, die meisten Vorschläge ließen sich jedoch grundsätzlich auf beliebige andere Netzwerkthemen übertragen. Damit verbunden ist einerseits der Wunsch über die Darstellung eines konkreten, erfolgreichen Projektes hinaus einen sinnvollen Beitrag zur Weiterentwicklung von Netzwerkforschung zu leisten. Andererseits soll so, getragen von der Idee eines Social-Franchise, die Verbreitung von Netzwerkwissen in der Praxis befördert werden.

Ausgangspunkt der weiteren Erörterungen bildet die Entstehungsgeschichte und Entwicklung des Gesundheitsnetzwerks:



PRAXIS:

Erodierende Gesundheitsversorgung für Ältere in Gebieten des westlichen Münsterlandes verhindern

Vom stationären Gesundheitszentrum Spork zum agilen Gesundheitsnetzwerk

Mit der demografisch bedingten Zunahme einer (hoch-)betagten Bevölkerung ist zukünftig davon auszugehen, dass ältere Patient*innen verstärkt Gesundheits-, Pflege- und Sozialdienstleistungen nachfragen werden und der Bedarf an diesen Leistungen trotz eines Bevölkerungsrückganges somit weiterwachsen wird. Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Versorgung von Patient*innen mit vorwiegend chronisch-degenerativen Erkrankungen zu. Zugleich findet gerade im ländlichen Raum trotz dieses steigenden Bedarfs ein Abbau von gut erreichbaren bzw. zugänglichen Gesundheitsdienstleistungen statt (vgl. Sachverständigenrat 2014).²

Die gesundheitliche Versorgung ist an die sich verändernden Rahmenbedingungen anzupassen. Dies erfordert den quartiersnahen Erhalt,

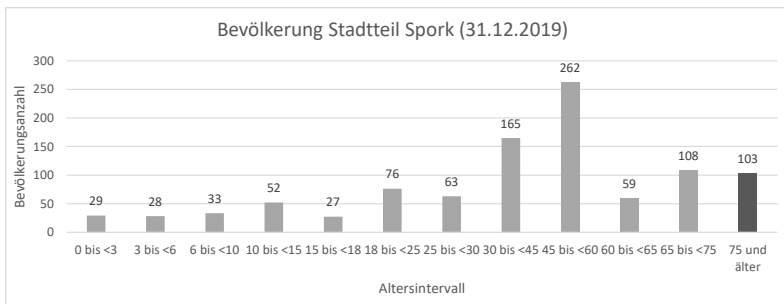
² Vgl. dazu auch Kapitel 5. Für weitere Informationen siehe Handbuch 1, Kap. 2 dieser Reihe.



Aufbau und die Entwicklung einer alter(n)sgerichteten medizinischen Betreuung und Behandlung. Flankiert werden muss dieses Ziel durch Maßnahmen, die eine möglichst selbstständige Lebensführung im häuslichen Umfeld sowie soziale Teilhabe fördern und so zu einem Gefühl subjektiver Gesundheit und Lebensqualität im Alter beitragen. Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei unter der Prämisse des „aktiven und gesunden Alterns“ zu stärken und bislang nicht erreichte Zielgruppen gezielt einzubeziehen. Dem liegt das Ideal einer aktivierenden Gesundheitsversorgung zugrunde, die an der Lebens- und Motivationslage älterer Menschen ausgerichtet ist.

Das hier vorgestellte Projekt setzt an diesen Zielen an. Es ist im strukturschwachen Bocholter Stadtteil Spork angesiedelt, welcher zusammen mit einigen benachbarten kleinen Stadtteilen als eigener Sozialraum gesehen werden kann. Spork ist einer von 32 Bezirken der Stadt Bocholt (Kreis Borken, Region Westmünsterland im Nordwesten Nordrhein-Westfalen). Das Stadtgebiet grenzt südlichen am Kreis Wesel an, während die nördliche Stadtgrenze zugleich die Staatsgrenze zu den Niederlanden bildet. Die für das Projekt namensgebende Ortschaft Spork bildet den Mittelpunkt eines Stadtbezirks. Zusammen mit den fünf umliegenden Stadtbezirken leben dort insgesamt ca. 10.000 Einwohner*innen. Ende 2019 lebten im Bocholter Stadtteil Spork selbst 1.005 Einwohner*innen, von denen 103 Einwohner*innen älter als 75 Jahre waren (Abbildung 1).

Abbildung 1: Bevölkerungszahl in Spork nach Alter.



Eigene Darstellung IZGS auf der Grundlage statistischer Daten der Stadt Bocholt (vgl. Stadtverwaltung Bocholt 2020).



Der Wegfall jeglicher Nahversorgung, die bevorstehende Schließung des Schulstandortes nach 2011 und der fortschreitende demografische Wandel lösten große Besorgnis bei der örtlichen Bevölkerung aus und führten zu einer breiten Aktivierung der Bürgerschaft quer durch alle Bevölkerungsschichten. Dabei wurden zunächst Ideen zur Erhaltung der Lebensqualität in und der Zukunftsfähigkeit von Spork gesucht. Vor diesem Hintergrund wurde 2010 der Verein Spork Aktiv e. V. gegründet, der eine Beteiligungsbasis für breite Bevölkerungsteile anbot.

Mit dem Handlungskonzept „Quartiersnahe Unterstützungs- und Beratungsangebote für Senioren“ hat der Rat der Stadt Bocholt im Jahr 2012 schließlich die Situation älterer Menschen gezielt in den Blick genommen. Die Vorlage wurde einstimmig beschlossen und sollte fortan stadtweit umgesetzt werden. Im Jahr 2013 wurde Spork als eines von zwei Modellquartieren ausgewählt. Der in Bocholt ansässige gemeinnützige Verein Leben im Alter e. V. (L-i-A) wurde mit der Umsetzung des Konzepts in der Modellregion beauftragt. Seitdem erarbeitet L-i-A gemeinsam mit den Akteur*innen vor Ort Lösungen zur zukunftsfähigen Gestaltung des Ortes und unterstützt die Sporker Bürger*innen bei der Realisierung eigener Vorhaben (z. B. Einrichtung einer Anlaufstelle für Senior*innen, Konzeption Wohnprojekt „Ludgerus-Hof“, genossenschaftlicher Dorfladen). Aus der Quartiersarbeit resultierten tragfähige Arbeitsbeziehungen zu den handelnden Akteur*innen vor Ort und somit auch dem Eigentümer des ehemaligen Grundschulgebäudes sowie den verantwortlichen Stellen der Bocholter Stadtverwaltung.

Konzeptionell gliedert sich der vorliegende Projektansatz in die strategischen Ziele der Stadt Bocholt ein. In einem Strategieprozess wurden u. a. der „Quartiersansatz“ und die „Nutzung der Potenziale der Gesundheitswirtschaft“ als sogenannte „Sterne der Stadtentwicklung“ identifiziert. Zudem bereitet die Stadt Bocholt mit den Nachbarkommunen die Gründung eines Ärztenetzwerkes vor, um u. a. neue Modelle zur Sicherung der ärztlichen Versorgung und deren Finanzierung zu erproben.

Die Gestaltung einer demografiesensiblen, präventiv ausgerichteten, bedarfsgerechten und wohnortnahen gesundheitlichen Versorgung stellt jedoch besonders im strukturschwachen und ländlichen Raum eine Herausforderung dar. Insbesondere die fachärztliche Versorgung



als auch die Versorgung mit Heilmitteln (§ 124 SGB V) sowie Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung sind vielfach schon heute nicht mehr gewährleistet. Um strukturelle Mängel der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen und strukturschwachen Raum zu überwinden, wird der Aufbau integrierter und ganzheitlicher Versorgungssysteme und eine berufsgruppen-, organisations- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der jeweils beteiligten Dienste, Institutionen und Akteure als wegweisend angesehen. Bekannte Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum umfassen dabei u. a.:

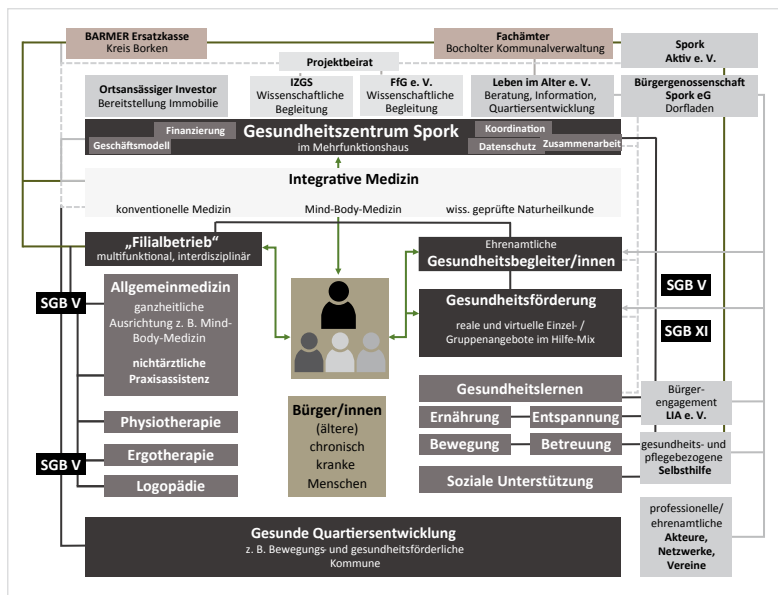
- koordinierende Hausärzteschaften als Anlaufstelle für medizinische Primärversorgung, die Patient*innen an Gesundheitspartner*innen überweisen und die Zusammenarbeit in multiprofessionellen ambulanten Teams, die im ländlichen Raum eine wohnortnahe Versorgung ermöglichen,
- Zweigpraxen und Außensprechstunden von ärztlichem Fachpersonal ggf. gemeinsam mit anderen leistungs anbietenden Personen (z. B. Heilmittelerbringer*innen)
- Modelle nicht-ärztlicher Praxisassistenten wie AGnES, VERAH, EVA, MoNi, MoPras sowie die Gemeindepflege, d. h. weitergebildete medizinische Fachangestellte oder Pflegefachkräfte, die Hausarzt*innen in ihrer Arbeit entlasten,
- regionale, vernetzte altersmedizinische Versorgung durch Ärztenetze, Krankenhäuser und aufsuchende Dienste mit Pflegefachkräften / medizinische Fachangestellten, die als „Gesundheits Helfer*innen“ ältere Patient*innen betreuen und beraten,
- den Einbezug informeller Unterstützung und die Gestaltung eines Profi-Laien-Mix sowie diverse Modelle geschulter „ehrenamtlicher Begleiter*innen“, die Hilfe, Unterstützung und Entlastung für ältere Betroffene in unterschiedlichen Lebens- und Bedarfslagen erbringen (z. B. Patientenbegleiter*innen, Schlaganfallhelfer*innen, ehrenamtliche Begleiter*innen für Bewegungsübungen in der geriatrischen Rehabilitation, ehrenamtliche Bewegungsbegleiter*innen)



für ältere Menschen, die u. a. Rahmenbedingungen für die Vermittlung eines gesundheitsorientierten Lebensstils schaffen).

Konkret sollte im Modellprojekt „Gesundheitszentrum Spork: Aufbau und Verstetigung eines wirtschaftlich tragfähigen, interdisziplinären und zivilgesellschaftlichen Wertschöpfungsnetzwerkes im Quartier“ (offizieller Projekttitel, nachfolgend kurz: GZ Spork) in den Räumlichkeiten einer umgebauten Dorfschule im Bocholter Ortsteil Spork ein multifunktionales Gesundheitszentrum verstetigt werden, das über eine zentrale Koordinierungsstelle professionelle Dienste, Kooperationspartner*innen, Nutzer*innen und Ehrenamtliche bündelt. Dabei sollte ein komplexer Mix verschiedenster Gesundheitsleistungen zur Verfügung gestellt werden (Abbildung 2).

Abbildung 2: Grundmodell des Gesundheitszentrums zum Projektbeginn.



Eigene Darstellung FfG, IZGS und L-i-A.



Für die geplante Entwicklung und Erprobung des interdisziplinären und multifunktionalen Gesundheitszentrums können Räumlichkeiten in der ehemaligen Grundschule genutzt werden. Ein ortsansässiger Investor hat das ehemalige Schulgebäude erworben und aufwändig saniert. Im Umfeld der ehemaligen Schule entstand der Gebäudekomplex „Gesundheitszentrum Spork“ (Abbildung 3), ein generationsübergreifendes Wohnprojekt mit zwölf Wohneinheiten (Neubau) sowie weiteren Nutzungen im ehemaligen Schulgebäude. Der Investor stand der konzeptionellen Ausgestaltung der Immobilie offen gegenüber, solange sie den Zwecken der Dorfgemeinschaft dient. Die vorliegende Projektidee wurde sowohl vom Investor als auch von Spork Aktiv e. V. und der Stadt Bocholt unterstützt. Für die Umsetzung des Projektes konnte in Spork auf die lokalen Strukturen, eine engagierte Bürgerschaft und auf die eben genannte Immobilie zurückgegriffen werden. Mit der Aufstellung des geplanten Vorhabens als Modellprojekt wurden der bestehende Netzwerkkern (Investor, Spork Aktiv und L-i-A) um die beiden wissenschaftlichen Partner der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) und dem Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS) erweitert.

Abbildung 3: Planskizze und Eindrücke Gebäudekomplex „Gesundheitszentrum Spork“.



Quelle: Boom Design 2015.



Am Anfang des Vorhabens stand zunächst die Idee gemeinsam mit dem Besitzer des Schulgebäudes (Investor) und der L-i-A e. V. (Betreiber) sowie den wissenschaftlichen Partnern ein Investoren-Betreibermodell zu etablieren. In diesem Modell überlässt die Investorin (Ostermann Grundstücks GmbH & Co. KG) dem Betreiber (Verein L-i-A) die Verwaltung der Immobilie und ermöglicht damit die Umsetzung der Projektidee auf begrenztem Raum multiprofessionelle Dienstleistungsangebote im Bereich Gesundheit vorzuhalten. Das bedeutet: Der Betreiber kann gezielt durch Kontaktabbahnungen professionelle Gesundheitsdienstleister*innen gewinnen, welche die Dienstleistungsangebote entsprechend der Antragstellung in einem Filialbetrieb erbringen. Der Filialbetrieb könnte als „atmendes System“ die flexible Kombination aus Raumeinsatz und Leistungsangebot abdecken und sich an wechselnde Nachfragesituationen anpassen. Auf diese Weise könnten verschiedene medizinische und gesundheitliche Angebote, die unter normalen Umständen dort niemals angesiedelt worden wären, integriert werden. Für die Vermittlung und Verwaltung der Räumlichkeiten wäre eine anteilige Berücksichtigung an den Mieteinnahmen denkbar. Diese Mieteinnahmen würden einerseits den Verwaltungsaufwand im Rahmen der Vermietung der Räumlichkeiten abbilden und andererseits bereits einen Teil des Finanzierungsmix für die Koordinierungstätigkeiten im Rahmen der Ausgestaltung des Gesundheitszentrums darstellen.

Allerdings erwies sich dieses angedachte Modell in der Praxis schon bald nach dem Projektstart 2017 als nicht umsetzbar, da vor allem das Betreiberberrisiko zu hoch war.³ Das geförderte Modellprojekt selbst sah weder die Generierung von Einnahmen noch die Übernahme von Ausfallrisiken vor, so dass die Idee nicht weiterverfolgt werden konnte und im laufenden Projekt durch ein deutlich umfassenderes Konzept ersetzt wurde. Aus den Beschränkungen wurde so ein wegweisender und erfolgreicher Ansatz zur Integration heterogener Gesundheitsangebote in Netzwerkform.

3 Dies lag zum einen darin begründet, dass für die Ansiedlung professioneller Gesundheitsanbieter*innen erhebliche rechtliche, organisatorische und auch räumliche Hürden auftraten (siehe Kapitel 2.3.2). Auch konnte für das Investoren-Betreiber-Modell kein Ankermieter gefunden werden, der das Mietausfallrisiko getragen hätte.



Der ursprünglich geplante Bezug zur Immobilie ging jedoch nicht verloren. Realisieren ließen sich im GZ Spork mit Unterstützung des Investors die Ansiedlung der Netzwerkkoordinierungsstelle sowie die kooperativ betriebene Nutzung von Räumlichkeiten. Als Ausgangspunkt, Ressource und Identifikationskern erwies sich dieser räumliche Bezug gerade in der Anfangsphase als äußerst hilfreich. Die Idee eines Netzwerkes war zwar von Beginn an in der „DNA“ des Projektes angelegt, wurde jedoch in dieser Situation nunmehr deutlich weiterentwickelt.

Ausgehend vom geplanten Gesundheitszentrum und unter Berücksichtigung der örtlichen Bedingungen wurde das Modellprojekt gemeinsam mit den Praxispartner*innen zu einem **regionalen, thematisch orientierten und orchestrierten Gesundheitsnetzwerk** rund um die lokal ansässige Koordinierungsstelle im GZ Spork ausgebaut. Nachfolgend werden zentrale Erkenntnisse dieser bemerkenswerten Entwicklung beschrieben. Die Nutzung der Ergebnisse zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung und Umsetzung in der Praxis wird dadurch nicht nur möglich, sondern ist auch ausdrücklich erwünscht.



1.1 Was ist ein Netzwerk?

Der Alltag eines jeden Menschen wird durch eine Vielzahl von Netzwerken geprägt, die teilweise organisch⁴ und teilweise organisiert entstehen, sich aber in jedem Fall permanent verändern. Oftmals erkennen wir diese gar nicht als Netzwerk oder würden sie nicht als solches bezeichnen. Netzwerke können familiäre oder freundschaftliche Beziehungen, berufliche Kontakte oder Verbindungen in Vereinen oder der Nachbarschaft sein. In der Wissenschaft werden je nachdem wie Netzwerke koordiniert werden und auf welchen Beziehungsgrundlagen diese aufbauen, verschiedene Netzwerktypen unterschieden (vgl. Vilain et al. 2017). Diese bedingen in ihrer Unterschiedlichkeit verschiedenartige Verhaltensweisen und damit Erfordernisse bei der Gestaltung. Sind sie vor der Gründung eines Netzwerkes bekannt, kann dies den Aufbau und die Lenkung der Netzwerke erheblich vereinfachen und beschleunigen.

Grundsätzlich lassen sich **natürliche** und **künstliche Netzwerke** unterscheiden (Abbildung 4; vgl. nachfolgend Vilain et al. 2017). In natürlichen Netzwerken treten vor allem Personen unmittelbar und nicht / kaum formalisiert miteinander in Beziehung. Dabei kann es sich um informelle Gruppen wie Familie oder Freundeskreise handeln (primäre Netzwerke). Das sich hier ergebende Austauschverhältnis lässt sich als generalisierte Reziprozität⁵ beschreiben. Hilfeleistungen lassen sich also nicht formal einfordern, sondern beruhen auf einer grundsätzlich empfundenen Gegenseitigkeit, die sich als Beziehungen des Gebens-und-Nehmens beschreiben lassen. So wird beispielsweise auch heute noch ein Großteil der häuslichen Pflege mittels solcher primären Netzwerke organisiert.

4 Das heißt, aus sich selbst heraus ohne absichtsvolle Gestaltung.

5 Reziprozität ist das Prinzip von Gegenseitigkeit, das auf der Erwidering einer Gabe oder einer Tat beruht, ohne dazu verpflichtet zu sein (vgl. Stegbauer Christian 2002). Die generalisierte Reziprozität bezieht sich auf Verpflichtungen, die sich aus dem früheren Verhalten von Einzelnen oder Gruppen herleiten (vgl. Goulder Alvin W. 1960). Ein Beispiel dafür ist die Gastfreundschaft. Auch wenn es keine gesetzliche Pflicht zur oder einen unmittelbaren ökonomischen Vorteil aus der Gewährung von Gastfreundschaft gibt, wird allgemein erwartet, dass diese später erwidert wird, ohne dass dabei ein genauer Zeitpunkt und Umfang vorab festgelegt werden. Grobe Verstöße gegen dieses Prinzip der Reziprozität werden dann nicht selten sozial geahndet.



Abbildung 4: Netzwerktypen.

Natürliche Netzwerke		Künstliche Netzwerke		
Primäre Netzwerke	Sekundäre Netzwerke		Tertiäre Netzwerke	
generalisierte Reziprozität	solidarorientierte Gabeüberschusshaltung		Vertikale und äquivalente Reziprozität	äquivalente Reziprozität
nicht organisiert	gering organisiert	organisiert	formal organisiert, funktional	formal organisiert, effizient
informelle Kreise	kleine Netze	größere Netze	institutionelle Dienste	Produktionsnetze
z. B. Familie, Verwandte, Freund*innen und Kolleg*innen	z. B. Selbsthilfe, Nachbarschaftsnetzwerke	z. B. Vereine und Organisationen	z. B. staatliche und freie Wohlfahrtspflege	z. B. Wertschöpfungs- und Produktionsketten

Erweiterte Darstellung in Anlehnung an Straus 1990: 498.

Darüber hinaus schließen sich Menschen auch zur Erreichung bestimmter Ziele zusammen. Sie zeigen sich in kleinen informellen und größeren zivilgesellschaftlichen Strukturen und Organisationen (sekundäre Netzwerke). Die Bindungen sind vergleichsweise schwächer als bei Familie oder Freund*innen, aber auch durch größere Beziehungsflexibilität gekennzeichnet. Kleine Netze, bspw. Nachbarschaftsnetze oder Selbsthilfegruppen, sind dabei weniger stark formalisiert als Organisationen (z. B. Vereine), die u. a. auf der Grundlage von Mitgliedschaft und Mitgliedschaftsregeln beruhen. Die Funktionslogik leitet sich hier aus einer Art solidarorientierten Gabeüberschusshaltung (vgl. Schulz-Nieswandt 2011) ab. Die Bereitschaft sich einzubringen ist freiwillig und von individuellen Faktoren wie Freizeitverhalten, Einkommen, erlernter Engagementbereitschaft etc. abhängig. Angebotene Hilfestrukturen weisen daher in diesem Feld ein höheres Maß an Zufälligkeit und Willkürlichkeit auf.



In stark formal organisierten Netzwerken lassen sich vor allem zwei Netzwerktypen samt zugehöriger Funktionslogik unterscheiden: Zum einen die in einer Marktumgebung agierenden Unternehmen und ihre Kund*innen sowie die daraus resultierenden Netze, in denen ein Produkt oder eine Dienstleistung gegen Geld getauscht wird (äquivalente Reziprozität). Aufbauend auf diesem einfachen Grundprinzip können komplexe Produktionsketten bzw. Wertschöpfungsnetzwerke mit vor- und nachgelagerten Produktionsstufen entstehen. Zum anderen übernehmen auch formal organisierte und staatlich finanzierte institutionelle Anbieter wie kommunale Betriebe, Ämter, aber auch Verbände (der Wohlfahrtspflege) in erheblichem Umfang Versorgungsfunktionen. Kennzeichnend ist hier die überwiegend (sozial)rechtliche Regelung der Angebote zwischen Anspruchsberechtigten (Klient*innen / Nutzer*innen), Dienstleistungserbringern (Behörden, Verbände) sowie Auftraggebern (staatliche Stellen; vertikale Reziprozität). Auch daraus entstehen komplexe Netzwerke aufbauend auf rechtlich definierten Vertrags- und Anspruchsbeziehungen von Klient*innen / Nutzer*innen.

Netzwerke lassen sich anhand verschiedener **Strukturmerkmale** wie Zielsetzung des Netzwerkes, Motivation der Akteur*innen oder dem Grad an Organisation unterscheiden. Die jeweiligen Ausprägungen haben dabei Einfluss auf die Handlungslogik des Netzwerkes. Während tertiäre Netzwerke zwischen Wirtschaftsunternehmen, beispielsweise zur gemeinsamen Produktentwicklung, an einem Ziel hochgradig organisiert mit geschlossenem Teilnehmendenkreis und hoher Verbindlichkeit arbeiten, kennzeichnen sich nachbarschaftliche Netzwerke eher durch soziale und örtliche Verbundenheit und Freiwilligkeit, woraus eine eher selbstregulierende und dezentrale Steuerungslogik resultiert. Diese Merkmale sind ebenso wenig wie die daraus resultierende Netzwerklogik starr und unveränderbar. Sie lassen sich daher nur anhand eines Kontinuums abbilden. Die nachfolgend abgebildeten Begriffspaare ermöglichen eine Analyse und Beschreibung der Eigenarten des bestehenden oder noch zu gründenden Netzwerkes (Abbildung 5).



Abbildung 5: Unterscheidungsmerkmale von Netzwerken.

Strukturmerkmale von Netzwerken	Merkmalsausprägungen		
Zielsetzungen	redistributiv	↔	reziprok
Steuerungsform	hierarchisch	↔	partizipativ / heterarchisch (selbstregulierend)
	zentral	↔	dezentral
Netzwerkbindung	loser Zusammenschluss	↔	intensive Beziehung
Frequenz der Beziehung	seltene Kontakte	↔	häufige Kontakte
Grad der Organisation (Formalität)	formalisiert	↔	informal
Grad der Verbindlichkeit	niedrig	↔	hoch
Zugänglichkeit	niederschwellig	↔	voraussetzungsvoll
Struktur	beschränkt	↔	offen
Räumliche Ausdehnung / Räumliche Grenzen	lokal / räumlich begrenzt	↔	global / räumlich offen
Grad der Zielkonkretisierung	vage Vorstellung	↔	gemeinsame Ziele
Zeitdauer	befristet	↔	unbefristet
Inhalt	bestimmt	↔	unbestimmt
Größe	begrenzt	↔	unbegrenzt
Akteurs-Mix	homogen	↔	heterogen
Variabilität	gleichbleibende Akteure	↔	wechselnde Akteure
Ausrichtung	operativ	↔	strategisch

Eigene Darstellung IZGS.



Durch die Bündelung von Fähigkeiten und Ressourcen im Netzwerk sollen in der Regel gemeinsame Ziele erreicht werden. So finden sich beispielsweise Unternehmen zusammen, um gemeinsam an einer neuen Technologie zu arbeiten, im Internet formieren sich Gruppen, um Erfahrungen auszutauschen und pflegende Angehörige organisieren ihr Umfeld, um die Betreuung ihrer Verwandten sicher zu stellen. In jüngster Zeit zeigt sich eine Zunahme verschiedenartiger Netzwerktypen, die – Kooperationsbereitschaft mit anderen Partner*innen vorausgesetzt – gemeinsame Schnittstellen entwickeln oder sogar miteinander verschmelzen. Während beispielsweise früher die medizinische Versorgung ausschließlich professionellen Akteur*innen (z. B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken) vorbehalten war, sind mittlerweile unterschiedlichste Akteur*innen wie Industrieunternehmen, Selbsthilfegruppen, Patient*innenvertretungen, Vereine oder Nachbarschaften in die Versorgung eingebunden. Es entstehen neue Netzwerkformen, sogenannte **hybride Netzwerke**.

Hybrides Netzwerk

Ein hybrides Netzwerk zeichnet sich durch die Verbindung von Akteur*innen (Menschen, Organisationen und Institutionen) aus, die aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Systemen oder Sektoren mit verschiedenartigen Zielen, Koordinationsmechanismen und Kulturen entstammen (vgl. auch Evers 2018):

- Gemeinschaft (z. B. Familie, Freundschaft, Nachbarschaft, gegenseitige informelle Unterstützung, Solidarität),
- (Zivil-)Gesellschaft (z. B. Vereine, Gemeinde, Ehrenamt, organisierte Unterstützung, Gabeüberschuss),
- Staat und Kommune (demokratische Beteiligung und administrative Herrschaftsausübung, organisierte Unterstützung, Wahl und Anordnung)
- bzw. Wirtschaft (Profit-Organisationen, Angebot und Nachfrage, organisierte Unterstützung, Tausch und Kauf).



Hybride Netzwerke entstehen vorzugsweise dort, wo einzelne Akteur*innen oder einzelne gesellschaftliche Systeme keine ausreichenden Problemlösungen erzeugen können. Ein Beispiel für spontan entstandene hybride Netzwerke sowohl auf lokaler wie auch überregionaler Ebene waren die unzähligen Hilfsangebote im Zuge der großen Flüchtlingsankunft im Jahr 2015.

Netzwerke, zumal in ihrer hybriden Form, verbinden Personen und Organisationen aus unterschiedlichsten gesellschaftlichen Bereichen (vgl. Biritz et al. 2019). Gerade dadurch entstehen Synergien und Vorteile, die ohne diese Zusammenarbeit weder finanziell noch strukturell umsetzbar wären. So kann die Initiierung eines solchen Netzwerkes insbesondere dann lohnend sein, wenn

- ... Aufgaben und Anforderungen unterschiedliche Erfahrungswerte, Kompetenzen und Ressourcen erforderlich machen, z. B. Einbezug unterschiedlicher Fachdisziplinen und Gesundheitsanbieter*innen in die Gesundheitsversorgung oder die Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen oder Themen.
- ... Einzelleistungen gebündelt werden müssen, um eine Marktfähigkeit nach den Maßstäben von Rentabilität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen, z. B. wenn in etwa teure Anschaffungen gemeinsam getätigt werden, Ressourcen gemeinsam genutzt oder ehrenamtlich engagierte Personen Aufgaben übernehmen.
- ... ein gemeinsames Auftreten gegenüber Dritten mit einer gewissen Reputation förderlich ist, z. B. bei Vertragsverhandlungen mit Krankenversicherungen oder bei potenziellen Fördermittelgebern.

Vielfach können durch eine Zusammenführung unterschiedlicher Fähigkeiten und Kompetenzen überhaupt erst Angebote entstehen oder erhalten bleiben. Zentral an den Angeboten des Netzwerkes ist, dass diese gemeinsam von unterschiedlichen Netzwerkakteuren oder zumindest aufeinander abgestimmt angeboten werden.



Hybride Netzwerke bestehen demnach nicht nur aus professionellen Akteur*innen und Dienstleister*innen in Verbindung mit den jeweiligen Kund*innen. Vielmehr finden sich in einem solchen Netzwerk eine Vielzahl unterschiedlicher Akteur*innen mit ihren jeweiligen Zielen und Koordinationsformen wieder. Hierzu gehören u. a. zivilgesellschaftliche Akteur*innen wie Vereine, Verbände oder Initiativen, Gruppen (auch sorgende- und teilende Gemeinschaften) und Einzelpersonen sowie weitere bereits bestehende Netzwerke. Daraus ergibt sich ein weiteres charakteristisches Merkmal für das hier beschriebene hybride Netzwerk, und zwar die **Heterogenität der beteiligten Netzwerkakteure**.

Diese Heterogenität erfordert eine flexible Ausgestaltung der Netzwerkbeziehungen unter den Akteur*innen aufgrund der daraus resultierenden hohen **Dynamik in den Netzwerkbeziehungen**. Neben dem Austausch marktfähiger Leistungen, nicht selten in Kombination mit hierarchischen Verwaltungsstrukturen, finden auch Netzwerkbeziehungen abseits marktlicher Austauschformen mit solidarischen Strukturen (z. B. in Sportvereinen oder Sharing-Communities) statt. Die Intensität der Teilnahme sowie die Verbindungen der Akteur*innen untereinander können dabei stark differieren (vgl. Schubert 2018). Diese Netzwerkbeziehungen weisen eine hohe Dynamik auf und unterliegen einem zeitlichen Wandel. Sie gestalten sich häufig in einer Mischung aus gezielter Steuerung und Selbstkoordination. Es ist geradezu das Wesensmerkmal solcher Netzwerke, dass die Akteur*innen nicht nur passive Mitglieder sind, sondern in aktiv zu gestaltenden, vielfach asymmetrischen Austauschbeziehungen zueinanderstehen.

Mit Blick auf die Ziellogik können Netzwerke ebenso wie andere Organisationsformen einen Aufgaben-, Themen- oder Wertebezug oder eine Kombination daraus aufweisen (vgl. Vilain und Meyer 2014). In **aufgabenorientierten Netzwerken** schließen sich unterschiedliche Akteur*innen zusammen, um gemeinsam ein konkretes gemeinsames Ziel zu erarbeiten. Dies kann die Einrichtung eines Mehrfunktionshauses, der Bau einer Umgehungsstraße oder die Realisierung eines Konzertabends sein. Konkrete Aufgaben erleichtern die Aufgabenteilung und die Strukturierung der Zusammenarbeit, weil der Beitrag zum Ergebnis eines*iner jeden Akteurs*Akteurin leicht messbar ist, und sich aus der Art der Aufgabe die zur Erfüllung notwendigen Prozesse ableiten lassen. Im Mittelpunkt steht das WIE des gemeinsamen Handelns.



Themenorientierte Netzwerke hingegen arbeiten gemeinsam an einem übergeordneten Thema wie der Verkehrswende, dem Umweltschutz oder der Gesundheit in einer Region. Da die Zielsetzung sehr viel unkonkreter ist, müssen themenzentrierte Netzwerke gemeinsam immer wieder an der Spezifizierung und Umsetzung des Themas arbeiten. Dabei geht es vielfach in einem ersten Schritt darum, sich über das Thema zu verständigen und erst dann Vorhaben zu konkretisieren und mögliche Maßnahmen daraus abzuleiten. Die Beiträge dazu können sehr vielfältig sein, die Meinungen auch kontrovers, so dass Diskussionen und Konflikte hier nicht selten zu finden sind. Im Kern geht es dann immer um das WAS gemeinsamen Handelns.

Wertorientierte Netzwerke hingegen teilen eine gemeinsame Grundeinstellung. Dies können politische, religiöse oder andere weltanschauliche Vorstellungen sein. Diese gilt es durch das Netzwerk gemeinsam zu teilen und zu bestätigen. Handlungen können sich darauf beziehen diese Anschauungen auch anderen näher zu bringen oder die Realität entsprechend der eigenen Vorstellungen zu verändern. Im Mittelpunkt steht das WARUM des Handelns.

Wenngleich es unterschiedlichste Netzwerkziele und dadurch unterschiedliche -typologien gibt, so ist doch allen gemein, dass unterschiedliche Akteur*innen mit teils divergierenden Interessenlagen sich zusammenschließen, um gemeinsam mehr zu erreichen, als es Ihnen als Einzelakteur*in möglich wäre. Dies erfordert eine sehr spezifische Form der Organisation, mittels derer die Ziele und Interessen sowie das Verhalten und die Ressourcenbeiträge gesteuert werden können: Die Netzwerkorganisation.

Netzwerkorganisation

Eine Netzwerkorganisation ist „ein auf Interessenausgleich zielendes, temporäres Aushandlungssystem, in dem vertrauensbasierte Beziehungen und persönliche Kommunikation eine zentrale Rolle spielen“ (Howaldt und Ellerkmann in Becker et al. 2007: 45).



Die Erforschung von Netzwerkorganisationen und -steuerung steht in der Wissenschaft erst am Anfang. Idealtypischerweise lassen sich jedoch dezentrale und zentral gesteuerte Netzwerke sowie Mischformen daraus unterscheiden. So fehlt in rein **dezentralen Netzen** eine zentrale oder hierarchische Steuerung. Vielmehr existieren zahlreiche Steuerungsversuche und Impulse durch die beteiligten Akteur*innen. Diese können sich komplementär oder konfliktär zueinander verhalten, sich gegenseitig abschwächen, verstärken oder gar nicht berühren. Die Netzwerkpartner*innen agieren in der Regel auf Augenhöhe; ein eindeutiges „Machtzentrum“ fehlt.

Zentrale Netzwerke neigen hingegen dazu einen Netzwerkkern auszubilden. Aber auch hier gibt es – im Gegensatz zu einer Organisation – häufig keine formal geregelte Zugehörigkeit zum Netzwerk und auch eine direkte Verbindung zum Netzwerkkern muss nicht zwangsläufig für alle Mitwirkenden gegeben sein. Für die professionellen Akteur*innen und das Netzwerkmanagement bedeutet dies, dass nicht alle im Netzwerk stattfindenden Aktivitäten und erstellten Leistungen kontrollierbar sind.

Netzwerkkern

Der Netzwerkkern ist eine Menge von Akteur*innen, welche die Verstärkung der Vernetzungsprozesse vorantreibt. Der Netzwerkkern sorgt für einen strukturellen und organisatorischen Rahmen, innerhalb dessen sich das Netzwerk eigenständig entwickeln kann und gibt entsprechende Steuerungsimpulse. Meist zeichnet er sich durch eine im Vergleich zu anderen Netzwerkakteuren hohe Ressourcenverfügbarkeit (z. B. Geld, Sachmittel, Beziehungen oder Fach- und Koordinationskompetenz) aus, was für die Akzeptanz durch die Netzwerkpartner*innen von großer Bedeutung ist.



1.2 Was ist ein regionales themenorientiertes Netzwerk?

Themenorientierte Netzwerke können sich mit einer Vielzahl an Inhalten befassen. Das verbindende Element ist dabei jedoch immer das Interesse an dem gemeinsamen Thema. Dieses kann dabei sehr allgemein gehalten sein, wie beispielsweise das Thema Gesundheit, aber auch spezifisch wie z. B. die Themen Prävention oder Krebsvorsorge bis hin zu Nischenthemen. Das Netzwerkthema muss dabei so gewählt werden, dass es eine dauerhafte und somit zeitlich unbestimmte gemeinsame Netzwerkentwicklung ermöglicht.⁶

Im vorliegenden Fall geht es konkret um den Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes mit der primären Zielgruppe älterer Menschen. Unter einem Gesundheitsnetzwerk oder auch Gesundheitsnetz wird im deutschen Sprachgebrauch bisher ganz überwiegend ein Zusammenschluss von Ärzt*innen und Arztpraxen mit den Zielen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und wirtschaftlicher arbeiten zu können, bezeichnet (vgl. Schlicht 2001). Diese Formen von Vernetzung zeigen sich beispielsweise in medizinischen Versorgungszentren, Praxisnetzen, kommunalen Klinikallianzen oder anderen auf die medizinische Versorgung ausgerichteten Zusammenschlüssen. Dabei spielen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Rehabilitation und Pflege bisher kaum eine Rolle, was ein wenig überraschen mag, da gesundheitsbezogene Netzwerke bereits in den 1980er Jahren auch in Deutschland durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erprobt und umgesetzt wurden. Zwar waren diese Ansätze, deren bekanntester wohl das „Healthy Cities“-Konzept darstellt, noch stark auf Kooperationen von Organisationen und Einrichtungen beschränkt, dennoch wurde hierbei der Netzwerkansatz für den Gesundheitssektor maßgeblich geprägt (vgl. Brößkamp-Stone 2003). Dabei wurde bereits

-
- 6 Neben dem hier beschriebenen Gesundheitsnetzwerk in Spork gibt es einige Beispiele für Netzwerke mit Gesundheitsbezug in Deutschland, die sich jeweils durch eine regionale Verortung auszeichnen und darauf ausgerichtet sind, Ressourcen für ein bestimmtes Ziel zu bündeln. Als Beispiele lassen sich hier das Multiple Haus Thallwitz-Böhlitz (Sachsen) als zentrale Stelle für unterschiedlichste Dienstleistungen sowie nachbarschaftliche Vernetzung oder das Gesundheitsnetzwerk Kehdingen-Oste (Niedersachsen) mit einem umfassenden Verständnis von Gesundheit nennen.
- 7 „Healthy Cities“, im Deutschen als „Gesunde Städte“ bezeichnet ist ein Ansatz der Weltgesundheitsorganisation, in dem Gesundheit als Herausforderung und Querschnittsthema in urbanen Settings betrachtet wird und Netzwerke eine wichtige Rolle spielen, um die Gesundheit von Menschen, die in Städten leben und arbeiten, zu erhalten und zu verbessern.



zu dieser Zeit einem negativen Gesundheitsbegriff, der Gesundheit traditionell als Fehlen von Krankheit definiert, ein erweitertes Gesundheitsverständnis gegenübergestellt.

Gesundheit

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ (Weltgesundheitsorganisation 2014: 1)

Folgt man diesem positiv gefassten Gesundheitsverständnis, erweitert sich der Kreis der relevanten Akteur*innen erheblich. Einzubeziehen sind demnach nicht mehr nur Akteur*innen der Krankenversorgung (Ärzt*innen, Krankenhäuser etc.), sondern auch alle Akteur*innen im Bereich der Gesunderhaltung und des Wohlbefindens (Sport, Prävention, Ernährung etc.). Diese Ausweitung bezieht sich dann nicht nur auf die Anbieter*innen von Gesundheitsleistungen, sondern auch auf die durch das Netzwerk zu erreichenden Zielgruppen.

Eine geografische Eingrenzung des Netzwerkes kann in Abhängigkeit der gewählten Themen und Ziele Sinn ergeben. So können Forschungsnetzwerke zum Thema Gesundheit global sehr sinnvoll sein. Geht es jedoch um die Verfolgung eines Zieles innerhalb einer bestimmten Region oder eines bestimmten Sozialraumes, sind Eingrenzungen erforderlich, um einerseits das Interesse der Akteur*innen sicherzustellen und um andererseits den zeitlichen, organisatorischen und monetären Aufwand für Netzwerktreffen und Austausch überschaubar zu halten. Die geografische Eingrenzung eines Netzwerkes macht es demnach möglich, eine am Sozialraum orientierte Netzwerkarbeit zu leisten, die regionale Bedarfe abdeckt. Dafür sollten sich alle Akteur*innen des Netzwerkes in einem **gemeinsamen geografischen Raum** aufhalten, der so eng gefasst ist, dass prinzipiell ein persönlicher Austausch zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen möglich ist und sich der Reise- und Koordinationsaufwand in Grenzen hält.



Regionales Themennetzwerk „Gesundheit“

Unter einem Regionalen Themennetzwerk „Gesundheit“ wird ein thematisch auf Gesundheit (positiver Gesundheitsbegriff) ausgerichtetes und in seiner räumlichen Ausdehnung auf einen bestimmten Sozialraum beschränktes hybrides Netzwerk bestehend aus unterschiedlichsten Akteur*innen und Interessen bezeichnet.

Die Wahl dieses Netzwerktypus hat dabei konkrete Folgen: Die thematische Orientierung und vergleichsweise hohe Offenheit erfordert den Aufbau eines Netzwerkes, das den heterogenen Akteur*innen Raum für Austausch und Themenentwicklung einräumt. In einem rein dezentralen Setting wäre dies dauerhaft kaum realisierbar (Zerfaserung und Zentrifugalkräfte). Eine rein zentralistische oder gar hierarchische Steuerung könnte andererseits den vielfältigen Zielen und Steuerungslogiken der Beteiligten kaum Rechnung tragen. Die Klärung der Zusammenarbeit in Form von Unter- und Überordnungsverhältnissen ist somit kaum realistisch. Erforderlich ist ein dezent vor allem durch Fachkompetenz, Beziehungsarbeit, Zugang zu Ressourcen und durch Impulse lenkender Netzwerkkern. Im vorliegenden Projekt wurde dies durch das räumlich im renovierten ehemaligen Schulgebäude angesiedelte Gesundheitszentrum Spork sowie die darin befindliche Koordinierungsstelle gemeinsam mit den Projektpartner*innen aus Wissenschaft und Praxis erreicht.

Der Zugang zu diesem Netzwerktypus sollte durch eine **strukturelle Offenheit** und einen **niedrigschwiligen Zugang** für alle in der Region verorteten Akteur*innen und Personen, die Berührungspunkte mit der Netzwerkthematik haben, gekennzeichnet sein. Damit sollte ein Ausschluss bestimmter Akteur*innen und ein daraus resultierendes Konkurrenzempfinden – auch durch bereits bestehende Netzwerke – vermieden werden. Zugleich sollte ein Integrationsrahmen für die vielfältigen Interessen, aber auch Kompetenzen und Ressourcen geschaffen werden. Letzteres wird durch eine hohe Variabilität des Netzwerkes erreicht. Abbildung 6 zeigt oben die Grundkonstruktion eines Gesundheitsnetzwerkes. Hier finden sich neben den Nutzer*innen auch Partner*innen zu verschiedenen vorab definierten Teilthemen wie ...

- Ernährung (denkbar: Ernährungsberater*innen, Adipositas Selbsthilfe, Slow-Food, Krankenkasse etc.),



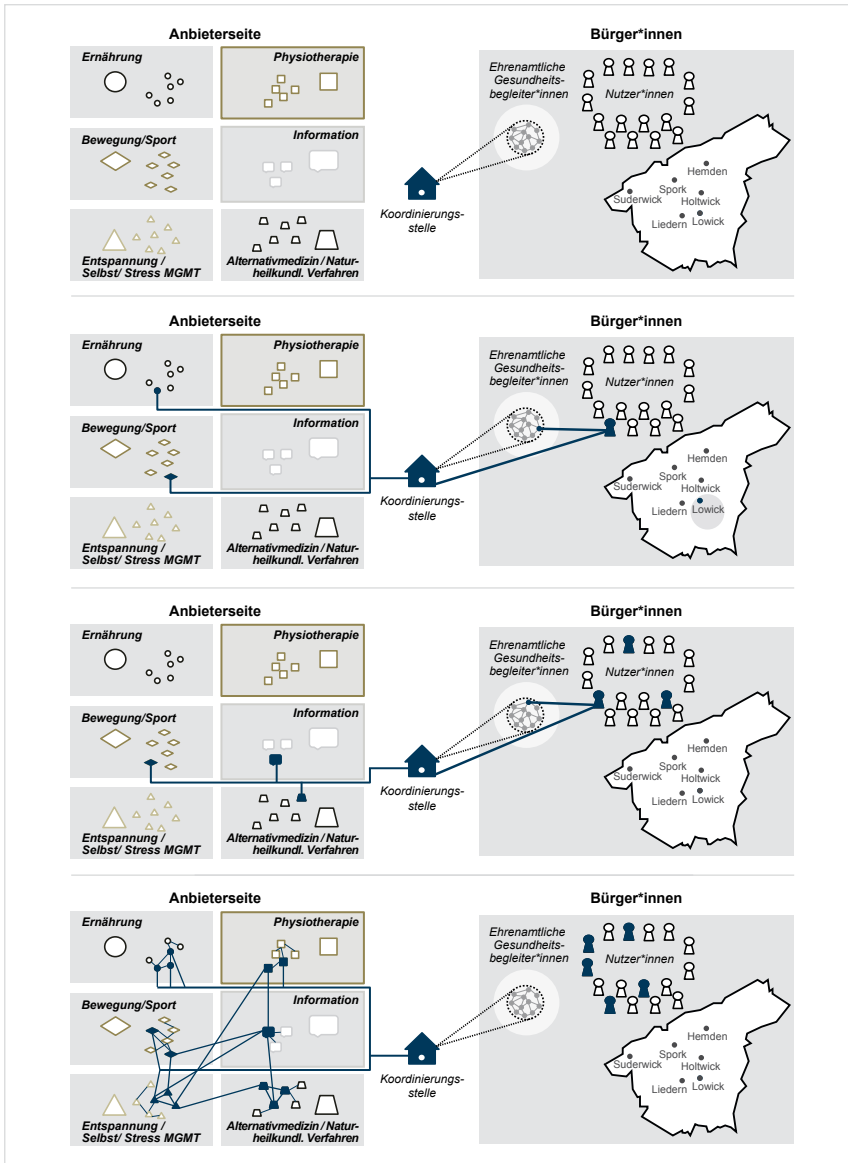
- Therapie (denkbar: Physiotherapie, Psychotherapie, Logopädie etc.),
- Bewegung / Sport (denkbar: Stadtsportamt, Sportvereine, Trainer*innen etc.),
- Entspannung / Stressbewältigung (denkbar: VHS, Kursanbieter*innen, Ärzt*innen, Freiberufler*innen etc.),
- Alternativmedizin, Naturheilverfahren (denkbar: Heilpraktiker*innen, Osteopath*innen, Reiki etc.) oder
- Gesundheitsinformation (denkbar: Gesundheitsamt, einschlägige Medien, VHS etc.).

Die Anzahl möglicher Themen und Stakeholder können entsprechend der selbst gesetzten Ziele variieren. Orchestriert wird das Netzwerk durch eine Koordinierungsstelle (siehe weiter unten). Diese begleitet und unterstützt ebenfalls die ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen bei der Ausübung ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit (vgl. Band 3 dieser Buchreihe).

Ausgehend von dieser Grundkonstellation können theoretisch unendlich viele Akteurskonstellationen entstehen: So könnten übergewichtige Nutzer*innen in einem bestimmten Ortsteil mit Unterstützung eines*einer ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*in konkrete Hilfestellung zu den Themen Ernährung und Bewegung erhalten (Abbildung 6, zweite von oben). Ebenso könnte im gleichen Netzwerk mit Unterstützung der VHS oder der Stadt eine Informationsreihe für die gesamte Region entstehen, bei denen medizinische und alternativmedizinische Erkenntnisse zum Thema Sport und Rehabilitation nach Oberschenkelhalsbrüchen geteilt werden (Abbildung 6, dritte von oben). Darüber hinaus könnten mit Unterstützung von Betroffenen und Fachleuten komplexe Bewältigungsstrategien nach schweren Erkrankungen wie Krebs zusammengetragen und durch ehrenamtliche Gesundheitsbegleiter*innen, Ärzt*innen etc. an betroffene Personen vermittelt werden (Abbildung 6, unten).



Abbildung 6: Variabilität themenzentrierter Netzwerke am Beispiel des Themas Gesundheit.



Eigene Darstellung IZGS.



2 Phasen im Aufbau eines regionalen Themennetzwerkes

Um ein Netzwerk aufbauen zu können, ist es erforderlich geeignete Partner*innen zu finden und die unterschiedlichen Interessens- und Erwartungshaltungen möglichst auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Dazu müssen geeignete Arbeitsformen und Arbeitsmethoden zu entwickeln sowie dazu passende Strukturen aufzubauen. Spielregeln müssen definiert und ein Verhaltenskodex geschaffen werden, der geeignet ist, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen. Die Veränderlichkeit des Netzwerkes erfordert die Anpassung der Aufgaben. Grob lassen sich ausgehend von der Ausgangssituation dabei drei Phasen unterscheiden (Abbildung 7).

Am Anfang steht eine konkrete Idee einzelner oder mehrerer Akteur*innen, welche Handlungsinteressen möglicher Kooperationspartner*innen verbindet, um gemeinsam an einer übergreifenden bedarfsorientierten Zielsetzung zu arbeiten (**Ausgangspunkt**). Im Praxisbeispiel war dies die Vorstellung einer verbesserten Gesundheitsversorgung für Ältere in einer benachteiligten Region. Abgesehen von einer möglichst umfassenden Datensammlung zu diesem Thema, sollten in dieser Phase vor allem die Chancen und Risiken der festgestellten Situation ermittelt, mögliche Stakeholder und Kooperationspartner*innen identifiziert und der zu erwartende Nutzen eines Netzwerkes im Verhältnis zum erforderlichen Aufwand (monetär und nicht monetär) ermittelt werden.

In der **Initiierungsphase** (erste Phase) wird die anfängliche Idee – insbesondere durch Gespräche mit potenziellen Kooperationspartner*innen und Multiplikator*innen – konkretisiert und weiterentwickelt. Unter Einbeziehung der verschiedenartigen Kompetenzen aktueller und potenzieller Netzwerkakteure werden gemeinsame Ziele, Werte und Verhaltensregeln verhandelt und die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt. Durch das Festhalten dieser Vereinbarungen in einem Netzwerkleitbild, wird transparent dokumentiert, warum, wodurch und auf welche Weise ein gemeinsames Ergebnis erreicht werden soll.



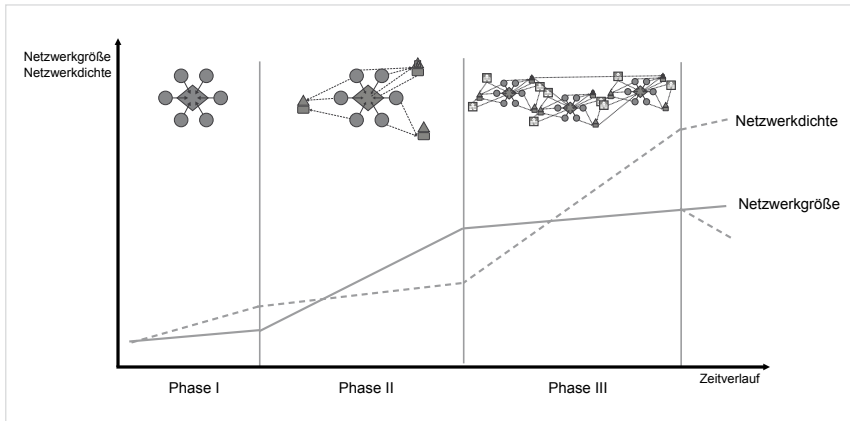
In der besonders zeit- und ressourcenintensiven **Aufbauphase** (zweite Phase) werden kontinuierlich Kooperationspartner*innen gewonnen und miteinander vernetzt, wichtige Stakeholder und Schlüsselpersonen informiert und eingebunden sowie die finanziellen Grundlagen der Kooperation geschaffen. Dazu müssen die heterogenen Akteur*innen kooperieren und neue Arbeits- und Kommunikationsformen (z. B. Erfahrungsaustausch, Netzwerktreffen etc.) gefunden sowie Organisationsstrukturen und -prozesse entwickelt werden. Meist wachsen Netzwerke in dieser Phase besonders schnell und die Netzwerkausdehnung und -größe nehmen rasch zu. Kann dies einerseits als Indikator für eine erfolgreiche Arbeit gewertet werden, ergeben sich durch das Wachstum und die Ausdehnung nicht selten weitere Herausforderungen: So können beispielsweise Akteur*innen durch den Erfolg des Netzwerkes angelockt werden, deren Interessen nicht zu denen des Netzwerkes passen. Auch kann es dazu kommen, dass einzelne Partner*innen versuchen, das Netzwerk zu dominieren und ihre Interessen gegen das Netzwerkziel durchzusetzen. Im Ergebnis kann es auch zu Zielabweichungen und einer Verwässerung des Profils kommen. In jedem Fall wachsen dadurch die Kommunikationserfordernisse.

Hat das Netzwerk eine gewisse Größe erreicht, entsteht eine hohe Dynamik durch das Wechselspiel der einzelnen Netzwerkakteure und die Netzwerkdichte als Maß für die Intensität und Frequenz der Netzwerkkontakte nimmt deutlich zu. Aktionen einzelner Netzwerkteile haben Auswirkungen auf das gesamte Netzwerk und verändern dieses in nicht vorhersehbarer Weise: das Netzwerk wird zunehmend emergent.⁸ In dieser **Verdichtungsphase** (dritte Phase) hat das Netzwerk eine so hohe Komplexität und ein so dynamisches Reaktionsvermögen, dass es nicht mehr durch einfache Managementmethoden steuer- und kontrollierbar ist.

8 Für weiterführende Erläuterungen zum Begriff der Emergenz vgl. Trezzini (2011).



Abbildung 7: Unterschiedliche Phasen bei der Entwicklung eines themenzentrierten Netzwerkes.



Eigene Darstellung IZGS.

Netzwerkgröße

Die Netzwerkgröße bezeichnet die Anzahl der Akteur*innen in einem Netzwerk. Die Netzwerkgröße ist somit eine quantitative Größe und gibt Hinweise auf die Menge der zu koordinierenden Personen / Organisationen. Je größer ein Netzwerk ist, desto aufwändiger wird tendenziell das erforderliche Stakeholdermanagement (mehr Interessen, mehr Kompetenzen, größere Räume etc.).

Netzwerkdicke

Die Netzwerkdicke gibt einen Hinweis auf die Häufigkeit (Frequenz) und Intensität der Kontakte, die sich als Summe aus der Vielfalt der einzelnen Netzwerkbeziehungen ergibt. In diesem Sinne kann ein großes Netzwerk eine geringe Dichte besitzen, wenn die Zusammenarbeit und Kommunikation nur punktuell und oberflächlich erfolgt. Umgekehrt kann ein kleines Netzwerk auch bei sehr intensiver Kooperation eine hohe Netzwerkdicke aufweisen.



Netzwerkausdehnung

Die Netzwerkausdehnung beschreibt die räumliche (geografische und digitale) Ausbreitung des Netzwerkes. Dieser Aspekt spielt insbesondere für regionale Netzwerke eine besondere Rolle, da zwar die Durchdringung der definierten Region angestrebt wird, nicht aber eine beliebige Ausweitung.

Eine Beeinflussung des Netzwerkes ist in dieser Phase am ehesten durch eine Orchestrierung (oder besser noch „Selbstorchestrierung“) möglich. Der Begriff „Orchestrierung“ wurde dabei durch das IZGS entwickelt, um eine bewusste Abgrenzung vorzunehmen zu Steuerungsverfahren, wie sie im Organisationsalltag von Unternehmen und Behörden verbreitet sind. Auch wenn sich verschiedene Managementinstrumente hier gewinnbringend einsetzen lassen, so steht der Begriff in einem deutlichen Gegensatz zu zentralistisch und hierarchisch ausgerichteten Leitungsformen. Sie ähnelt vielmehr der Selbststeuerung in einem Free-Jazz-Ensemble, bei der die Musiker*innen sich gegenseitig auf ein Ziel hinlenken und steuern und dabei gleichermaßen Formvorschriften einhalten wie improvisieren. Diese wird jedoch nur dann möglich sein, wenn zuvor ein gemeinsames Verständnis der Ziele und Werte erreicht wurde.

Die Idee eines dauerhaften, emergenten Netzwerkes trägt dem Gedanken Rechnung, dass das in Spork angestrebte Netzwerk, abweichend von den in der Literatur überwiegend beschriebenen Formen, zeitlich nicht befristet sein sollte (vgl. Howaldt und Ellerkmann). Vielmehr sollte eine neuartige Organisationsform entwickelt werden, die nachhaltig und tragfähig innerhalb eines (Sozial-)Raumes wirkt. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde bereits in der Ausgangsphase die Leitidee eines sich größtenteils selbstentwickelnden und -erhaltenden Netzwerkes angestrebt. Organisation und Prozesse wurden daher von Beginn an so ausgerichtet, dass diese später weitgehend autonom funktionieren und die dadurch frei werdenden Ressourcen für die Orchestrierung des Netzwerkes genutzt werden können.



2.1 Ausgangspunkt und Gründung des Netzwerkes (Phase 1)

Für die Entwicklung eines Themennetzwerkes ist es von Anfang an bedeutsam, Sinn und Ziele des Netzwerkes vor Augen zu haben, um alle Aktivitäten daran ausrichten zu können. Daher müssen sich zunächst ein oder mehrere der Initiatoren auf ein grobes **Konzept** verständigen und dieses möglichst schriftlich festhalten. Soll die Gründung eines Netzwerkes durch Projektmittel gefördert werden, kann dies zugleich die Grundlage einer Antragstellung bei Fördermittelgebern bilden. Ein Konzept bildet ab:

- a) die politische und soziale Notwendigkeit des Netzwerkes, hergeleitet beispielsweise aus bestehenden Defiziten in der Versorgungssituation (Legitimation des Netzwerkes),
- b) welche Lösungsbeiträge geleistet werden sollen (Ziel und zu erwartender Nutzen des Netzwerkes),
- c) für wen diese Arbeit von direktem oder indirektem Interesse oder Nutzen sein wird (Stakeholder des Netzwerkes),
- d) auf welche Weise diese Lösungen und Ergebnisse erzeugt werden sollen (Netzwerkstrategie),
- e) welche Mittel (Zeit, Finanzen, Raum und Kompetenzen) dazu erforderlich sein werden (Netzwerkressourcen) und
- f) welchen Restriktionen und Schwierigkeiten möglicherweise zu begegnen sind (Hindernisse des Netzwerkes).

Zur Erfassung und Beschreibung dieser Aspekte lassen sich unter anderem auch bewährte Instrumente wie eine **Stärken-Schwächen-Analyse** oder die **Akteurs- bzw. Stakeholderanalyse** verwenden (siehe unten). Diesen eher analytischen Schritten folgt dann schließlich der „Sprung ins kalte Wasser“. Angesichts einer hohen beruflichen Belastung und einer vielerorts überbordenden Meetingkultur werden nicht alle Wunschpartner*innen sofort für eine Mitwirkung in einem neuen Netzwerk zu begeistern sein. Die Erfahrung zeigt, dass sich Personen, Gruppen oder Organisationen nur längerfristig beteiligen, wenn



sie den Nutzen ihres Engagements klar erkennen. Entscheidend ist zu diesem Zeitpunkt, einen handlungsfähigen Netzwerkkern aufzubauen und gemeinsam erste Schritte zu gehen. Darüber hinaus kommt – aufgrund der Herausforderungen bei der Steuerung eines solchen Netzwerkes – der Entwicklung gemeinsamer Werte und Spielregeln besondere Bedeutung zu.

Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit in themenorientierten Netzwerken

1. **Gemeinsame Ziele und Visionen:**
Alle Netzwerkakteure verfolgen gemeinsame Ziele und Visionen.
2. **Bereitschaft und Fähigkeit zum Kompromiss:**
Der Nutzen des Netzwerkes muss für den einzelnen so hoch sein, dass Einschränkungen der Partikularinteressen in Kauf genommen werden.
3. **Bereitschaft zur Innovation (auf Neues einlassen):**
Die Netzwerkmitglieder sind bereit sich einzubringen (Zeit, Ideen, Mittel), um die Ziele zu erreichen.
4. **Gegenseitiges Vertrauen:**
Im Netzwerk herrscht auf der Grundlage eines gemeinsamen Verständnisses eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.
5. **Gewinner-Prinzip:**
Nach Möglichkeit sollen immer wieder win-win-Situationen für alle oder viele entstehen.
6. **Regelmäßige Kontaktpflege / Kommunikation (intern):**
Verlässliche regelmäßige Kommunikation ist Grundvoraussetzung für einen Beziehungsaufbau. Hierzu gehört auch ein verbindlich geregelter Umgang mit Konflikten.
7. **Gemeinsame Kommunikation (extern):**
Eine verlässliche inhaltsstarke Außendarstellung.

In Anlehnung an Quilling et al. 2013: 32f.



Entscheidend für das Gelingen ist der Einbezug der wesentlichen Netzwerkakteure (in der frühen Phase der Netzwerkkern, später auch andere). Durch einen gemeinsamen Entwicklungsprozess kann dabei nicht nur die Zusammenarbeit erprobt, sondern eben jener Werte- und Handlungskorridor festgelegt werden, der später die Möglichkeiten und Grenzen der Selbststeuerung vorgibt. Für das Gesundheitsnetzwerk Spork sind dies beispielsweise parteipolitische Neutralität, keine Verfolgung primär kommerzieller Interessen und die grundsätzliche Offenheit für alle am Thema Interessierten. Gleichzeitig bildet dieser Korridor die Basis für ein vertrauensvolles Miteinander und ermöglicht eine höhere Identifikation mit dem Netzwerk.

2.1.1 Die Ausgangssituation analysieren

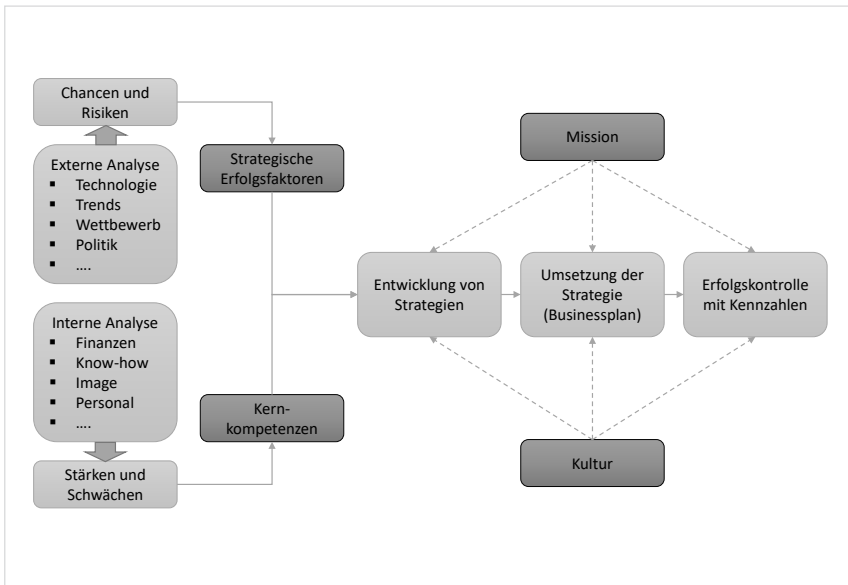
Die Gründung eines Themennetzwerkes beginnt also zumeist, wenn ein konkreter Bedarf oder gar ein gewisser Leidensdruck vorhanden ist, der einzelne Akteur*innen dazu veranlasst, aktiv zu werden. Ist ein geeignetes Thema identifiziert, wird im ersten Schritt die **gesellschaftspolitische Relevanz des Vorhabens** genauer herausgearbeitet. Dazu werden zunächst alle relevanten Hintergrundinformationen zusammengetragen. Dies können im Themenfeld Gesundheit beispielsweise Daten zur medizinischen Versorgungssituation, demografischen Entwicklungen, Gesundheits- und Krankheitslage oder Bevölkerungsstruktur sein. Als Datenquellen dienen dabei vor allem Sekundärdaten, also Statistiken und Daten, die bereits erhoben und veröffentlicht wurden, aber auch Informationen, die im Rahmen eigener (Expert*innen-)Interviews und Befragungen erhoben werden können. Zu beachten ist dabei auch der Sozialraum, in dem das Netzwerk agieren soll. Insbesondere mit Blick auf die Anforderungen eines möglichst selbstbestimmten Lebens im Alter (und bei Krankheit) kommt dem vertrauten sozialen Raum und den individuellen sozialen Netzwerken von Senior*innen dabei eine hohe Bedeutung zu.

Diese erste Ausgangsanalyse sollte einer Bestandsaufnahme dienen vor allem in Hinblick auf das Netzwerkthema, das Netzwerkkumfeld und mögliche Kooperationspartner*innen. Sie bildet die Grundlage für die Herleitung der Notwendigkeit und liefert damit zugleich die zentrale Argumentations- und Legitimationsgrundlage für die Existenz des Netzwerkes.



Zur Systematisierung der Ausgangsanalyse bietet sich das aus dem strategischen Management bekannte Instrumentarium der SWOT-Analyse an, mit Hilfe dessen Stärken und Schwächen des entstehenden Netzwerkes bzw. Chancen und Risiken des Umfeldes erfasst und in Beziehung zueinander gesetzt werden, um darauf aufbauend eine Entscheidung über die Netzwerkstrategie abzuleiten. Die zentrale Idee dahinter ist es, die zukünftigen strategischen Erfolgsfaktoren (Chancen und Risiken) den zukünftigen netzwerkspezifischen Kernkompetenzen (Stärken und Schwächen) gegenüberzustellen (Abbildung 8): Auf welche künftigen guten und schlechten Eigenschaften des Netzwerkes treffen gesellschaftliche Trends, politische Veränderungen, demografische Entwicklungen etc.? Die Ergebnisse werden zusammenfassend in einer SWOT-Matrix (Abbildung 9) dargestellt und für die einzelnen Ergebnisse Stärken / Chancen-, Stärken / Gefahren-, Schwächen / Chancen- und Schwächen / Gefahren-Strategien formuliert.

Abbildung 8: SWOT-Analyse als Grundlage für Netzwerkstrategien.



Quelle: Pelz, Waldemar 2018: 8.



SWOT-Analyse

Die SWOT-Analyse ist eine systematische Erfassung und Analyse der Stärken (**Strengths**) und Schwächen (**Weaknesses**) eines Netzwerkes (nach „innen“ gerichteter Blick) ebenso wie der Chancen (**Opportunities**) und Risiken (**Threats**) des Handlungsumfeldes (nach „außen“ gerichteter Blick) zur Ableitung strategischer Handlungsalternativen.

Abbildung 9: Anwendungsbeispiel SWOT-Analyse.

SWOT		Ergebnisse Analyse – extern	
		Chancen z. B. steigende Sensibilität für Gesundheitsthemen, engagierter Bürgermeister, mögliche Klinikeröffnung etc.	Risiken z. B. schließende Arztpraxen, Überalterung der Bevölkerung, Anstieg Multimorbidität, schlechter Wohnraum etc.
Ergebnisse Analyse – intern	Stärken z. B. Förderprojekt zum Netzwerkaufbau, räumliche Verfügbarkeit, aktive einschlägige Vereinsstruktur	<u>Ausbauen</u> Investieren und Entwickeln neuer Angebote / Leistungen, da eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit vermutet wird.	<u>Absichern</u> Nichts Unbedachtes tun, vor allem keine riskanten Entscheidungen treffen, evtl. durch Kooperationen Risiken minimieren.
	Schwächen z. B. mangelnde Vernetzung der Akteure	<u>Aufholen</u> Investieren, um aus der Schwäche eine Stärke zu machen, z. B. durch Kooperationen / Kompetenzen von außen.	<u>Vermeiden</u> Vorbereiten auf den „worst case“.

Eigene Darstellung IZGS.



Die SWOT-Analyse kann und sollte nicht nur im Rahmen der Initiierung eines Netzwerkes, sondern auch zu späteren Zeitpunkten Anwendung finden. Sie ist dann auch dazu geeignet ein Resümee der bisherigen Arbeit zu ziehen und Folgen für die künftige Netzwerkarbeit abzuleiten. Durch das Netzwerk sollen letztendlich die Schwächen bzw. die fehlenden Kompetenzen im Netzwerk durch die Vernetzung mit geeigneten Partner*innen kompensiert werden.

2.1.2 Die Akteur*innen im Netzwerk ermitteln: Stakeholder

Zu einem Netzwerkkonzept gehört auch die Erfassung und Kategorisierung möglicher Netzwerkgründer*innen sowie später der Partner*innen. Dazu bietet sich die Stakeholderanalyse an. Der **Stakeholderansatz** berücksichtigt ursprünglich die Anspruchsgruppen von Unternehmen, lässt sich aber auch mit leichten Anpassungen auf die Arbeit in Netzwerken übertragen. Als Stakeholder werden dabei Akteur*innen (Personen, Personengruppen oder Organisationen) bezeichnet, die Einfluss auf ein Netzwerk ausüben können (vgl. Arnold und Maelicke 1998). Dies können Akteur*innen sein, die Interessen mit dem Netzwerk verbinden, Ressourcen zur Verfügung stellen oder das Netzwerk durch Entscheidungen beeinflussen können. Folgende Fragen sollen dabei beantwortet werden (vgl. GPM 2015):

- Wer sind diese zentralen Akteur*innen / Stakeholder?
- Was sind deren Erwartungen und möglichen Beiträge?
- Welche Herausforderungen könnten sich durch ihre Einbindung ergeben?
- Welche Verantwortlichkeiten bestehen gegenüber den Stakeholdern?
- Welche Anreize erwarten sie?

In einem ersten Schritt werden aus der Menge aller denkbaren Akteur*innen zunächst alle Stakeholder identifiziert, die für das Netzwerk wirklich relevant sind. Dieser Schritt ist nicht immer einfach und erfordert mitunter eine intensive Diskussion entlang vorher gesetzter Kriterien. Voraussetzung dafür ist, dass die eigenen Ziele und die gewünschten Ressourcen zu diesem Zeitpunkt bekannt sind, denn sie setzen den Rahmen und damit die Kriterien für die Stakeholderanalyse.

Andererseits können aus der Analyse Akteur*innen hervorgehen, die vorab gar nicht angedacht waren. Dadurch können sich gerade in der frühen Phase der Netzwerkbildung neue Potenziale ergeben, die wiederum die Zielsetzung des



Netzwerkes beeinflussen und eine Zielanpassung erforderlich machen können. Diese wechselseitige Beziehung ist in dem zumeist unbekanntem Umfeld in dieser Frühphase normal, erfordert aber eine gewisse Flexibilität in der Vorgehensweise.

Die so ermittelten Stakeholder lassen sich sehr leicht zunächst in einer **Stakeholderliste** erfassen (Abbildung 10). Dabei sollte eine Beschreibung der Ziele und Interessen des Stakeholders, der Organisations- und Entscheidungsstruktur (bei institutionellen Anspruchsgruppen), der möglichen Ressourcen, der möglichen Einflussnahme und der erwarteten Anreize sowie die Verankerung in anderen Netzwerken erfasst werden.

Abbildung 10: Grundstruktur einer Stakeholderliste.

Stakeholder Entscheidungs- träger	Interesse	Beiträge / Ressourcen	Anreize	Einfluss	Netzwerke
Arztpraxis Dr. XY Dr. XY (alleinvertretungs- berechtigt)	Erprobung Delegations- prinzip nicht viel Zeit	Arzthelfer* in Anerken- nung bei Hausarzt* innen Partner in anderen Modellvor- haben	Delegations- leistung zur besseren Versorgung der eigenen Patient* innen Abrechen- barkeit der Leistungen	hohe Fach- kompetenz hohes An- sehen bei Fachkolleg* innen (Multiplika- tor)	Mitglied der Ärztékam- mer unterstützt Sportverein und Selbst- hilfegruppe AB
...

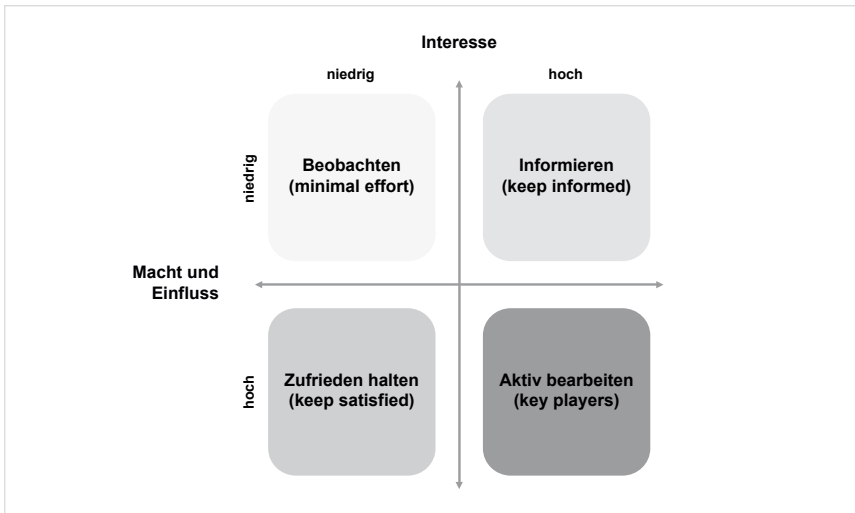
Eigene Darstellung IZGS.



Mit dieser Liste verschaffen sich die Netzwerkpartner*innen einen Überblick über mögliche „Verbündete“ bei der Schaffung und Entwicklung des Netzwerkes. Diese Liste ist jedoch nicht statisch. Vielmehr zeigt die Erfahrung, dass sich Netzwerke fortlaufend verändern und Anspruchsgruppen neu hinzukommen und andere sich zurückziehen. Insofern empfiehlt es sich bei größeren Netzwerken, die Liste auch in späteren Phasen immer mal wieder auf Aktualität zu überprüfen.

Um von der Stakeholderliste zu Handlungsempfehlungen zu kommen empfiehlt sich eine Analyse, beispielsweise im Rahmen einer **Einfluss-Interessen-Matrix** (Abbildung 11). Hier werden die in der Liste erfassten Anspruchsgruppen nach den Kriterien *Interesse* und *Einfluss* einem von vier Feldern zugeordnet. Die Zuordnung entscheidet über die zu wählende Kommunikation. Je nach Verortung der Stakeholder sollten im Anschluss insbesondere zu den interessierten Schlüsselakteur*innen mit hohem Einfluss persönliche Kontakte aufgebaut und für alle weiteren Gruppen relevante Maßnahmen entwickelt werden, um diese Personengruppen für das Netzwerk zu aktivieren.

Abbildung 11: Stakeholderanalyse in einer Vier-Felder-Matrix.



In Anlehnung an Mendelow 1991: o.S.



Stakeholderanalyse

Im Rahmen einer Stakeholderanalyse werden alle potenziellen internen und externen Anspruchsgruppen, die das Netzwerk und deren Arbeit aktuell oder in Zukunft betreffen oder betroffen werden, erfasst. Ziel ist es herauszufinden, welche Stakeholder für die Netzwerkziele bedeutsam sind. Dabei werden die einzelnen Anspruchsgruppen nach Einfluss und Interesse einer Vier-Felder-Matrix zugeordnet und einzelne Handlungsmaßnahmen zur Aktivierung der Stakeholder abgeleitet.

Die Analyse umfasst mehrere aufeinander aufbauende Schritte (in Anlehnung an: Vilain 2018: 449):

1. Identifikation der Anspruchsgruppen:

- Welche Personen / Gruppen / Organisationen wirken an der Arbeit des Netzwerkes mit?
- Welche Personen / Gruppen / Organisationen haben relevante Ressourcen, Ermöglichungs- oder Verhinderungsmacht?
- Welche Personen / Gruppen / Organisationen haben Interesse an den Ergebnissen oder sind davon betroffen?

2. Analyse und Interpretation:

- Stakeholderliste erstellen mit Anreiz-Beitrags-Struktur, Einfluss und Verbindungen der Stakeholder
- Stakeholder-Typologisierung (z. B. Stakeholder-Matrix)
- Erwartbares Verhalten der Stakeholder
- Erwartbare kritische Situationen
- Einschätzung von Risiken und Bedrohungen, aber auch Chancen und potenziellen Beiträgen



3. Strategieentwicklung:

- Festlegung einer Handlungslinie über alle Stakeholdergruppen hinweg
- Sicherstellung Authentizität und Kohärenz der Kommunikation und Vermeidung widersprüchlicher Kommunikation innerhalb einer Stakeholdergruppe und zwischen Stakeholdergruppen
- Langfristige Einbindung und Kommunikation zentraler Stakeholder

4. Maßnahmen:

- Planung konkreter kommunikativer Maßnahmen (Wann wird was, durch wen und mit wem kommuniziert?)
- Einschätzung möglicher Kommunikationskonflikte
- Beteiligung der Stakeholder nach Maßgabe der eigenen Interessen

5. Kontrolle:

- Evaluation der Maßnahmen im Hinblick auf ihre Zielerreichung
- Anpassung der Maßnahmen und ggf. Einbeziehung weiterer Stakeholder
- Überprüfung der Anreiz-Beitrags-Relation

Der Fokus der aus der Analyse resultierenden Netzwerkarbeit liegt auf der Gewinnung und Motivation interessierter und einflussreicher Akteur*innen. Kern der Vernetzung bilden dabei Stakeholder mit einem starken inhaltlichen Interesse (z. B. politische Multiplikator*innen, einschlägige Vereine). Diese sollten von Anfang an aktiv einbezogen werden. Auch den einflussreichen nicht so stark am Netzwerk Interessierten (z. B. Investor*innen, Unternehmen) sollte eine gewisse Aufmerksamkeit zukommen, um diese mit geeigneten Kommunikationsstrategien für das Projekt zu gewinnen und zu informieren (vgl. Spie-



ckermann und Schubert 2009). Letztlich sollten aber auch die Stakeholder mit wenig Einfluss, aber hohem fachlich-inhaltlichem Interesse (bspw. an Ernährung oder an Gesundheitssport interessierte Personen oder Vereine) als potenzielle Unterstützer*innen mittels einer kontinuierlichen, aber niedrigschwelligen, Informationspolitik lose an das Netzwerk gebunden werden.

Da die Entwicklung eines thematischen Netzwerkes ein dynamischer Prozess ist, bei dem immer wieder neue Akteur*innen in Erscheinung treten werden und bekannte Partner*innen ihre Anstrengungen variieren, ist die Stakeholderanalyse ebenso wie andere Instrumente keineswegs auf die Gründungsphase eines Netzwerkes beschränkt, sondern kann im Sinne einer dynamischen Analyse auch zu späteren Zeitpunkten Verwendung finden und so die Veränderung eines Netzwerkes nicht nur dokumentieren, sondern auch helfen, diese aktiv zu gestalten.

Zur **Identifikation der Stakeholder** kann man sich eines einfachen Schneeballverfahrens bedienen. Zunächst werden auf Basis der verfügbaren Informationen leicht ermittelbare Stakeholder kontaktiert. Im Zuge eines Gespräches oder Interviews werden diese dann nach anderen potenziellen Anspruchsgruppen befragt, mit denen nach der Kontaktaufnahme ebenso verfahren wird, usw. Die Frage, ob ein mehr oder weniger strukturiertes Interview oder ein einfaches und zwangloses Gespräch zu führen ist, sollte vorab geklärt werden. Wenn sich die beteiligten Akteur*innen beispielsweise bereits gut kennen, wirkt ein strukturiertes Interview schnell deplatziert und übertrieben und ein formloses Gespräch passender.

Stakeholderanalyse – Leitfragen für Interviews oder Gespräche

Die Gespräche bzw. Interviews sollen dazu beitragen relevante Daten und Informationen sowie ein Stimmungsbild von den Stakeholdern zu erhalten. Hierfür werden im Vorfeld relevante Themengebiete definiert und mit einzelnen Fragestellungen grob vorformuliert. Die Reihenfolge, in der diese einzelnen Themenbereiche angesprochen werden bzw. an welchen Stellen nachgefragt wird, entscheidet der*die Interviewende eigenständig im Gesprächsverlauf. Durch diese Teilstandardisierung wird gewährleistet, dass alle Interviewten alle Themenbereiche besprechen,



aber dennoch Raum für eine individuelle Gesprächsentwicklung möglich ist. Überall dort, wo Interviews unnatürlich wirken könnten, empfiehlt es sich die Leitfragen in telefonische oder persönliche Erstgespräche zu integrieren. Dabei bietet es sich an, zunächst die Idee und die Ziele des Netzwerkes vorzustellen, damit die Gesprächspartner*innen dazu Bezug nehmen können. Danach gilt es – bei Gesprächen unter Beibehaltung des natürlichen Gesprächsverlaufs – möglichst strukturiert Informationen abzufragen:

1. Institution und handelnde Person(en)

Im ersten Gesprächsabschnitt zu Hintergrund und Person werden zunächst allgemeine Informationen wie Name, Institution / Arbeitgeber und dort ausgeübte Funktion bzw. Position innerhalb der Organisation sowie beruflicher Hintergrund und Erfahrungen abgefragt. Vertreten die Personen Institutionen, so sind auch die Zielsetzung der Institution und deren Rolle im thematischen Umfeld des Netzwerkes von Bedeutung.

Ergänzt werden diese Angaben durch weitere Informationen, welche die regionale Netzwerkarbeit potenziell beeinflussen können: Hierzu zählen beispielsweise beruflicher Werdegang, Bezug zur Region oder Vereinszugehörigkeiten. Viele dieser Informationen lassen sich heute bereits vorab über das Internet recherchieren oder sind vielleicht durch persönliche Kontakte vorab bekannt und entlasten so das Gespräch / Interview. Gegebenenfalls kann man sich die Richtigkeit und Aktualität der Informationen auch im Verlauf des Gespräches bestätigen lassen.

2. Interessen und Potenziale

Im zweiten Teil der Befragung wird auf die individuellen Interessen des Stakeholders bezüglich des Netzwerkes eingegangen. Diese Interessen können sehr unterschiedlicher Natur sein und hängen von den Zielen und der Rolle des Stakeholders ab. Mitunter nennen Stakeholder ihre Interessen sehr freimütig und offen. Dies erleichtert die Analyse sehr. Es muss aber gerade zu Beginn davon ausgegangen werden, dass das Vertrauen für ein offenes Gespräch zunächst aufgebaut werden muss oder dass es hinter den geäußerten Interessen auch eine Hintergrundagenda gibt. Damit sind Ziele gemeint, die von den geäußerten Aussagen abweichen oder diesen sogar widersprechen. Letztlich kann es sogar Ziel eines*iner Akteurs*Akteurin sein, das Netzwerk und die damit verbundenen Effekte



zu verhindern. Dies wird jedoch in der Regel nicht direkt geäußert und gehört zu den großen Herausforderungen des Stakeholdermanagements in Netzwerken.

3. Weitere netzwerkrelevante Akteur*innen

Im dritten Abschnitt werden weitere relevante Stakeholder sowie deren Interessen und Einflussmöglichkeiten erfragt. Dies umfasst sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen und Einrichtungen. Ferner können deren potenzielle Rollen und Einflussnahme innerhalb des Netzwerkes aus Sicht der Befragten sowie potenziell vorhandene Spannungsfelder mit anderen Netzwerkakteuren erfasst werden. Gleichzeitig wird in diesem Themenblock versucht, den tatsächlich möglichen Einfluss einzelner Akteur*innen in Bezug auf das Thema abzufragen und einzuschätzen.

Die Suche nach Stakeholdern endet, wenn es zu einer zunehmenden Zahl von Mehrfachnennungen kommt, bzw. keine neuen Nennungen mehr erfolgen.

Die identifizierten Stakeholder stehen gerade in ländlichen Regionen vielfach bereits in Beziehung zueinander und beeinflussen dadurch bereits die Netzbildung. Die Stakeholderanalyse soll dazu beitragen diese Relationen zu untersuchen und zu bewerten, um letztendlich eine Vorstellung von der Zusammensetzung des Netzwerkes und eines möglichen Netzkerns zu entwickeln.

Um die Austausch-, Beeinflussungs- und Machtprozesse zwischen den Akteur*innen eines Gesamtnetzwerkes formal zu erfassen, werden sowohl die Knotenpunkte (Akteur*innen) als auch die Qualität ihrer Verbindungen betrachtet. Dabei werden die Eigenschaften der miteinander in Beziehung stehenden Akteur*innen untersucht z. B. die Formen der Zusammenarbeit oder der Kommunikation. Daraus ergeben sich die strukturellen Merkmale der Beziehungen wie die Art der Vernetzung, die Netzwerkdichte oder die Netzwerkausdehnung. Die Visualisierung der Beziehungen trägt zu einer anschaulicheren Darstellung der oftmals bereits komplexen Ausgangssituation bei, stößt jedoch bei einer großen Zahl von Stakeholdern an Grenzen. Die Stakeholderanalyse kann in regelmäßigen Abständen (z. B. jährlich) wiederholt werden, da sich die Beziehungen der Netzwerkteilnehmenden kontinuierlich weiterentwickeln.



Die Analyse ist der Ausgangspunkt zur Bestimmung derjenigen Personen, Gruppen oder Organisationen, die am Gründungsprozess aktiv beteiligt werden sollten. Von besonderer Relevanz sind dabei in dieser Phase Akteur*innen mit hohem thematischem Interesse und großem Einfluss. Diese sollten in dem nachfolgenden Schritt der Zielformulierung und Leitbildentwicklung des Netzwerkes eingebunden werden.

2.1.3 Ziele und Werte entwickeln: Das Leitbild

Die zentrale Frage eines gut funktionierenden Netzwerkes ist die nach den Gemeinsamkeiten der Werte und Ziele. Die Praxis zeigt, dass Netzwerke, beispielsweise nach einer Krise oder einem starken Wachstum, schnell zerfallen können, wenn Differenzen bezüglich der geteilten Werte auftreten. Dies trifft insbesondere auf den hier vorgestellten Typus des hybriden Netzwerkes zu, bei dem heterogene Akteur*innen mit unterschiedlichsten Zielen aufeinandertreffen.

Jedes Netzwerk sollte daher folgende Fragen beantworten können:

- Was verbindet uns? Was wollen wir erreichen? Warum wollen wir als Netzwerk zusammenarbeiten? (normative Ebene)
- Wie werden wir die Ziele langfristig verfolgen? (strategische Ebene)
- Was werden wir konkret tun? (operative Ebene)

Das Netzwerkleitbild umfasst kurz und prägnant Mission, Vision und eine gemeinsame Wertevorstellung des Netzwerkes. Also den Auftrag, den das Netzwerk hat, die Ziele, die es damit verbindet und die Art und Weise, wie es diese verwirklichen möchte. Ausgangspunkt ist dabei die Mission, die bereits früh umrissen sein sollte.



Mission

Die Mission beschreibt den grundsätzlichen Auftrag bzw. Zweck einer Organisation bzw. eines Netzwerkes. Sie kann sich auch aus einem öffentlichen Auftrag oder Defizitzustand ableiten.

Vision

Die Vision ist ein kurz und prägnant formuliertes Bild einer erstrebenswerten und möglichen Zukunft, die identitätsstiftend ist und Mitarbeitende und Mitwirkende in Netzwerken dazu motiviert, dieses Ziel langfristig zu erreichen (in Anlehnung an Toman 2015: 52).

Vision und Mission bilden als Selbstverständnis einer Organisation oder eines Netzwerkes den normativen Rahmen, aus dem konkrete strategische Ziele formuliert werden.

Zentrales Element einer Mission ist das **Narrativ**, also eine über das Netzwerk erzählte, sinnstiftende Geschichte (vgl. Schubert 2018). Sie bestimmt, wie das Netzwerk von außen wahrgenommen wird und welche Werte damit in Verbindung gebracht werden.⁹ Bei der Entwicklung des Narratives für ein Netzwerk ist darauf zu achten, dass die Geschichte aufbauend auf der realen Gründungssituation möglichst viele Personen anspricht und gleichzeitig ein „Wir-Gefühl“ erzeugt, so dass die Netzwerkakteure Teil der Geschichte werden und sich diese auch weiterentwickeln lässt. Die Netzwerkgeschichte sollte Begründungen dafür liefern, warum Menschen Teil eines Netzwerkes sein wollen, und warum sie Zeit und Geld in ein Netzwerk investieren sollten. Ferner sollten Narrative auch die Art und Weise der Zusammenarbeit beschreiben und somit ein „Wertegefüge“ für den künftigen Umgang miteinander beschreiben.

9 Ein bekanntes Beispiel für ein Narrativ ist das Rote Kreuz mit seiner Gründungsgeschichte, aus der Mission und die weltweit gültigen Grundsätze hervorgehen. Eine zentrale Gründungsfigur des Roten Kreuzes, Henry Dunant, wurde 1859 unvermittelt Zeuge der Folgen eines Krieges und verarbeitete seine Erinnerungen an die prekäre Lage der Verwundeten in einem Buch. Darin fordert er dazu auf in Friedenszeiten eine freiwillige Hilfsorganisation zu gründen, die dazu beiträgt durch kriegsführende Armeen Verwundete mithilfe von Freiwilligen zu pflegen. Es gelang Dunant – auch mit Hilfe dieses Narratives – Unterstützer*innen für dieses Vorhaben zu finden und legte dadurch die Wiege des Roten Kreuzes, dessen Werte noch heute global gültig sind.



Netzwerkleitbild

Das Netzwerkleitbild ist eine schriftlich fixierte, transparente, „richtungsweisende und handlungsleitende Vorstellung von Normen, Werten und Arbeitsweisen“ (Ellerkmann 2003: 84), die sich ein Netzwerk als Ganzes gibt und die von allen Netzwerkakteuren getragen wird. Sie führt demnach Vision, Mission und die Grundwerte eines Netzwerkes zusammen. Erst durch die Implementierung und die Umsetzung dieser im Idealfall gemeinsam erarbeiteten Vorstellung entwickelt sich ein identitätsstiftender und strategischer Nutzen für das Gesamtnetzwerk.

Das Leitbild eines Netzwerkes muss unterschiedliche Anspruchsgruppen adressieren. Da die Anspruchsgruppen in einem regionalen Themennetzwerk zwischen wirtschaftlichen Akteur*innen, Klient*innen und Ehrenamtlichen eine große Heterogenität aufweisen, empfiehlt sich ein mehrstufiges Vorgehen. Zunächst sollten vom Netzwerkkern der grobe Rahmen und die relevanten Unterthemen unter Berücksichtigung der Ausgangslage abgesteckt werden. Im Anschluss werden in einem diskursiven Vorgehen unter Einbindung weiterer für das jeweilige Unterthema relevanter Akteur*innen diese Informationen sukzessive variiert und verdichtet. Am Ende des Prozesses sollte eine klare Formulierung stehen, hinter der alle (bzw. viele) am Prozess Beteiligten stehen können.

Vorgehen Leitbildentwicklung in netzwerkartigen Kooperationen

1. Vorklärung (Prozessziele, Einverständnis der Beteiligten einholen etc.)
2. Vision und Mission entwickeln (im Sinne von: Was gewinnen wir mit einem Leitbild?)
3. Analyse der externen Chancen, Trends und Risiken und der internen Stärken und Schwächen des Netzwerkes (gemeinsam mit allen relevanten Stakeholdern)



4. Erarbeitung des Selbstbildes des Netzwerkes
5. Fremdbild von relevanten Stakeholdern formulieren (sowohl interne als auch externe Akteur*innen, Aufnahme von Leitbildern der Einzelorganisationen)
6. Vision überprüfen, Ziele definieren, Mission überprüfen
7. Leitbildentwurf in einer dafür geschaffenen Projektgruppe
8. Feedback-Schleifen innerhalb des Netzwerkes und mit den beteiligten Personen und Organisationen zur Konsolidierung des Leitbildes
9. Formulierung und formale Verabschiedung einer Endfassung
10. Umsetzungsmaßnahmen (so konkret wie möglich) ableiten

Quelle: In Anlehnung an Becker 2007: 65

Wesentliche Erfolgsfaktoren sind dabei nicht die – vielfach sehr allgemein klingenden – Aussagen eines Leitbildes, sondern die gemeinsame Erarbeitung. Die gemeinsame Leitbildentwicklung und anschließende Umsetzung sind demnach eine erste Möglichkeit, bei der kooperativ ein gemeinsames Verständnis über die Zusammenarbeit sowie über Strukturen und Abläufe entwickelt wird, das für alle Beteiligten verbindlich ist. Durch die kooperative Erarbeitung lernen die Netzwerkpartner*innen sich besser kennen, loten ihre jeweiligen Arbeitsweisen aus und beginnen eine gemeinsame „Netzwerksprache“ bzw. ein gemeinsames Werteverständnis zu entwickeln.

Das Leitbild ist dabei jedoch nicht zeitlos gültig. Mit der Weiterentwicklung des Netzwerkes kann angesichts neuer Partner*innen und Umstände auch der Wunsch nach einer Veränderung entstehen. In einem sich organisch verändernden Netzwerk sollte daher von Zeit zu Zeit eine Überprüfung stattfinden, um festzustellen, ob die Ausrichtung des Leitbildes noch dem gemeinsamen Verständnis entspricht und die Netzwerkentwicklung widerspiegelt. Indikatoren hierfür können größere Veränderungen im Hinblick auf Aufgaben, Akteur*innen oder Ressourcen sein. Überarbeitungen des Leitbildes sollten immer gemein-



sam mit vielen Netzwerkakteuren, mindestens jedoch mit dem Netzwerkkern, vollzogen werden. So können insbesondere neue Netzwerkpartner*innen in die Entwicklung der Ziele, Werte und Netzwerksprache einbezogen werden. Wichtig ist, dass Änderungen gegenüber allen Netzwerkakteuren, unabhängig davon, ob sie bei der Leitbildentwicklung involviert waren oder nicht, transparent und nachvollziehbar kommuniziert wird.

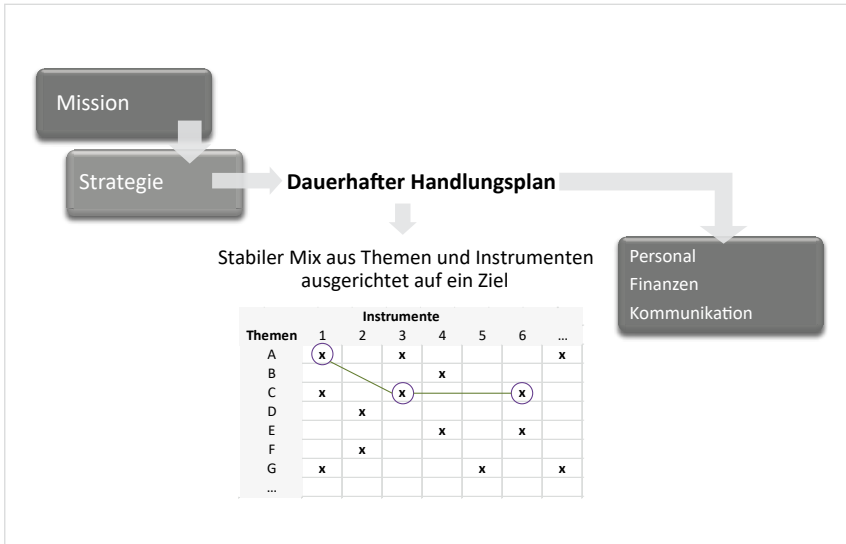
Ausgehend von den strategischen Überlegungen erfolgen die eigentliche Ausgestaltung des Netzwerkes sowie die Etablierung von Strukturen und Prozessen.

2.1.4 Den Weg planen: Strategie

Die **Strategie** zur Gestaltung des Netzwerkes leitet sich aus der Mission ab und stellt ein dauerhaftes Handlungsmuster dar. Im Rahmen der Strategie werden einerseits grundlegende Entscheidungen zum Leistungsangebot, der Kommunikation und Finanzierung sowie dem Personaleinsatz festgelegt (Abbildung 12). Zur Konkretisierung der Strategie in themenorientierten Netzwerken hat es sich bewährt, strategische Unterthemen (z. B. in Anlehnung an die in Kapitel 1.2 genannten Beispiele: „Adiposithilfe“, „postoperative Reha für Senior*innen“ und „Leben mit Krebs“) zu bestimmen und diese mit konkreten Maßnahmen (z. B. Informationstag, offene Sprechstunde, Broschüre, Pressemitteilung, Betroffentreff etc.) zu hinterlegen. Auch wenn einmalige, punktuelle und anlassbezogene Aktivitäten (z. B. Information Gripeschutz, aktuelle Gesundheitsthemen) die Lebendigkeit und den Wert des Netzwerkes erhöhen, sollte es eine Reihe dauerhafter Themen geben, für die das Netzwerk steht. Dies allein schon deswegen, weil es in der Regel eine Weile braucht die richtigen Netzwerkpartner*innen für ein Thema zu identifizieren, anzusprechen und konzeptionell einzubinden. Auch kann es dauern bis die notwendigen Ressourcen gewonnen wurden und die Adressat*innen und Nutzer*innen von diesen Angeboten erfahren. Auch in Bezug auf den eingesetzten Kommunikationsmix (Konferenzen, Informationsveranstaltungen, Social Media etc.) bietet sich eine Schwerpunktsetzung und Auswahl an. Dieser muss im Netzwerk erlernt und erfolgreich umgesetzt werden. Im Wiederholungsfall können so Lerneffekte und Effizienzvorteile entstehen.



Abbildung 12: Strategieentwicklung in Netzwerken.



Eigene Darstellung IZGS.

Klassischerweise wird gefordert, dass strategische Ziele immer so formuliert sein sollten, dass sie präzise sind. Dabei kann man sich an der SMART-Formel orientieren. SMART steht für **S**pezifisch, **M**essbar, **A**traktiv, **R**ealistisch, **T**erminiert. Diese Formel soll dabei helfen, Ziele derart zu formulieren, dass sie für alle Beteiligten gleichermaßen verständlich und präzise genug sind, dass sie als konkrete Orientierung dienen. In themenorientierten Netzwerken muss allerdings vor zu hohen Präzisierungsgraden gewarnt werden. Vielmehr geht es darum, den leitenden Gedanken bzw. die Mission des Netzwerkes immer wieder entlang geeigneter Themen und Unterthemen zu entwickeln. Dabei eröffnen sich durch aktuelle Ereignisse und Veränderungen bei den Netzwerkakteuren fortwährend neue, nicht vorhersehbare Möglichkeiten, die durch eine einengende Planung ungenutzt blieben. Umgekehrt schließen sich aber auch Möglichkeitsfenster überraschend und erschweren so die Realisierung der ursprünglichen Planung. Dies bedeutet letztlich jedoch nicht, dass Planung generell unmöglich oder unnötig wäre. Vielmehr geht es darum den richtigen Konkretisierungsgrad zu finden. Dieser ist umso abstrakter zu wählen, je volatiliter das Netzwerkthema und das Netzwerk selbst und je unsicherer die Ressourcensituation ist.



Netzwerkstrategie

Die Netzwerkstrategie ist ein langfristiges Verhaltensmuster zur Erreichung der Netzwerkziele und zur Steuerung der zentralen Ressourcen. In themenorientierten Netzwerken bestehen diese vielfach aus (stabilen) Kombinationen von Themen und Instrumenten, aus denen sich mittelfristige Maßnahmen (z. B. Kampagnen) ableiten lassen. Begründet durch die hohe Interaktivität lassen sich in themenorientierten Netzwerken nur selten exakte Pläne entwickeln, die vollständig in die Tat umgesetzt werden. Vielmehr geht es darum, den leitenden Gedanken immer wieder an veränderten Unterthemen und Instrumenten unter veränderter Ressourcenlage zu entwickeln.

2.1.5 Das Netzwerkkonzept

Die Ergebnisse der ersten Ausgangsanalyse werden idealerweise in einem **Netzwerkkonzept** zusammengefasst, bei dem die Fragen nach dem Was, Wo, Warum, Wozu, für Wen, mit Wem, Wie und Womit strukturiert beantwortet werden. Dabei werden bereits die Grundgedanken wie Ziele, Aufgabenbeschreibungen, Organisations- und Kommunikationsformen, Führungsstile, Einsatz von Ressourcen, sowie eine Budget- und Maßnahmenplanung berücksichtigt (vgl. Schubert 2008).

Netzwerkkonzept

Das Netzwerkkonzept enthält auf wenigen Seiten zusammengefasst eine Ausgangsanalyse. Es fasst die Ergebnisse der unterschiedlichen Analyseschritte zusammen:

- WAS ist das Thema des Netzwerkes? Inhaltliche Ausrichtung (Gesundheit, z. B. Prävention),
- WO wird das Netzwerk wirken? Geografischer Bezug und Sozialraum (z. B. Großstadt, Landkreis, Nachbarschaft),



- **WARUM** gibt es das Netzwerk? Fachliche Einschätzung zur Situation in Bezug auf das Thema (z. B. aktuelle Debatten, wissenschaftliche Erkenntnisse) und Bedarfe,
- **WOZU** existiert das Netzwerk? Welche Antworten will das Netzwerk in Bezug auf die Herausforderungen des Themas im geografischen Aktionsraum geben (Leitbild und Netzwerkziele),
- **WIE** sollen die Ziele erreicht werden? Angestrebte Maßnahmen und Aktivitäten (z. B. Befragungen, Runde-Tische, Events, Leistungsangebote), Aufgaben und Umgangsformen im Netzwerk,
- mit **WEM** zusammen sollen die Ziele realisiert werden? Bestimmung der Netzwerkakteure / Stakeholder (z. B. Krankhäuser, Altenheime, Reha-Einrichtungen, Senior*innenverbände, Krankenkassen; Stakeholder-Analyse, Akteursanalyse),
- **WOMIT** werden die Netzwerkziele umgesetzt? Benötigte und verfügbare Ressourcen (z. B. Stellenanteile, Finanzen, Engagement, Sachmittel, Räume, Zeit; Wirtschaftsplanung).

PRAXIS:

Ausgangsanalysen und Netzwerkkonzept GZ Spork



Projektgebiet ist der strukturschwache Bocholter Stadtteil Spork und die fünf umliegenden ländlichen Stadtbezirke Hemden, Holtwick, Lowick, Suderwick und Liedern mit insgesamt ca. 10.000 Einwohner*innen, die über keine ausreichende hausärztliche Versorgung verfügen. Es fehlen laut der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 2017 in Bocholt und Umgebung 15,5 Hausarztstze. Die (fach-)ärztliche Versorgung wird zunehmend in Ärztehäusern bzw. medizinischen Versorgungszentren am Bocholter Krankenhaus verortet. Viele Praxen sind aufgrund der Auslastungssituation nicht in der Lage, hausärztliche Besuche durchzuführen und können keine neuen Patient*innen mehr aufnehmen. Eine



Zusammenarbeit mit Nichtärztlichen Praxisassistentenkräften (NäPas) fand aus rechtlichen Gründen nicht statt. Diese Ausgangslage betrifft vor allem die Bocholter*innen in den innenstadtfernen Quartieren und dort insbesondere ältere in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen. Aus den o. g. ländlichen Stadtbezirken existiert nur selten eine durchgängige Busverbindung. Zum Krankenhaus und vielen Ärztehäusern muss immer mindestens ein Umstieg am Busbahnhof erfolgen, was mit Zeitverlusten und Aufwand verbunden ist.

Im Rahmen einer 2012 durchgeführten Bedarfserhebung in Spork (Vollerhebung im Stadtteil, Rücklaufquote 86 %) wurde u. a. identifiziert, dass medizinische Angebote und seniorenorientierte Dienstleistungen besonders wünschenswert sind und derzeit weitgehend fehlen. Um darüber hinaus eine Einschätzung möglichst vieler Bürger*innen zum Bedarf an medizinischen und gesundheitsfördernden / präventiven Angeboten sowie die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der geplanten Angebote des Gesundheitszentrums einzuholen, wurde zu Projektbeginn eine schriftliche Befragung (Bedarfsanalyse) in allen beteiligten Pilotquartieren durchgeführt (siehe Band 1 dieser Handbuchreihe).

Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten leiteten die Rahmenbedingungen für das GZ Spork her. Der Wegfall jeglicher Nahversorgung, die bevorstehende Schließung des Schulstandortes und der fortschreitende demografische Wandel aktivierten die Bürger*innen. Sie suchten nach Ideen, wie sie die Lebensqualität in Spork sichern und ihren Ort zukunftsfähig gestalten können. Im Jahr 2010 wurde der Verein Spork Aktiv e. V. gegründet. Die Möglichkeit zur dörflichen Selbstbestimmung, über einen funktionierenden Dorfverein, motiviert eine Vielzahl von Bürger*innen sich in den Quartiersentwicklungsprozess einzubringen. Im Jahr 2013 wurde Spork als eines von zwei Modellquartieren der Stadt Bocholt zur Umsetzung des städtischen Handlungskonzeptes „Quartiersnahe Unterstützungs- und Beratungsangebote für Senioren“ ausgewählt. Der Verein Leben im Alter (L-i-A) wurde mit der Umsetzung beauftragt.

Um eine demografiesensible präventiv ausgerichtete bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung in Spork und Umgebung sicherzustellen, sollte im Projekt ein interdisziplinäres und multifunktional genutztes



Gesundheitszentrum eingerichtet und ein koordinierter Hilfe-Mix von Profi- und Laienangeboten in Verbindung mit einer vernetzten und engmaschig orchestrierten Angebotsbündelung von präventiven und versorgenden Gesundheitsangeboten aufgebaut werden. Wenngleich sich die Angebote grundsätzlich an Bürger*innen aller Altersgruppen in Bocholt richten, so bilden insbesondere chronisch erkrankte ältere Menschen, z. B. mit Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes Typ II oder demenziellen Erkrankungen, sowie deren pflegende Angehörige die Hauptzielgruppe. Da diese komplexen Erkrankungen oftmals mit Multimorbidität einhergehen, soll daher ein Zugang zu mannigfaltigen Angeboten aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Prävention, Empowerment etc. angestrebt werden.

Als Räumlichkeit wird hierzu die ehemalige Grundschule nach der Sanierung durch einen ortsansässigen Investor mit umfassender räumlich-technischer Ausstattung zur Verfügung gestellt (Abbildung 13). Insgesamt sind im ehemaligen Schulgebäude vier Räume und ein Büro nutzbar. Der größte Raum mit ca. 40 m² dient als Mehrzweckraum (MZR) und ist ebenso wie das Büro durch den Bürgerverein Spork Aktiv e. V. angemietet. Beide sind für zehn Jahre teilvorfinanziert. Das Büro wird der Koordinierungsstelle des GZ Spork vom Verein Spork Aktiv kostenfrei zur Verfügung gestellt, der MZR wird vom Verein Spork Aktiv untervermietet.

Der MZR ist so ausgestattet, dass Veranstaltungen sowohl im leeren als auch mit Klapp-tischen und Stapelholzstühlen möblierten Raum stattfinden können. Er wird für Vorträge, Reha-Sportangebote, Präventionsangebote und Gesundheitskurse genutzt. Über eine Business-Internetleitung können sich Nutzer*innen über einen Gastzugang via WLAN ins Internet einloggen. Webinare sind über einen vorhandenen Beamer realisierbar. Videokonferenzen, u. a. via Skype, sind über eine fernsteuerbare Kamera mit Gegensprechanlage ebenfalls möglich. Darüber hinaus stehen eine rollbare Schultafel, ein Flipchart und mehrere Stellwände zur Verfügung.

Die drei übrigen Räume stehen den professionellen Gesundheitsdienstleistenden zur Verfügung. Die Raumgrößen betragen 12 m², 22 m² und 23 m². Die Böden sind desinfektionsfähig und in jedem



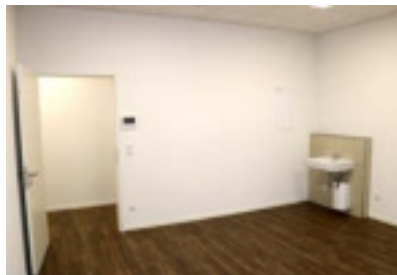
Raum ist ein fünf Liter Warmwasserbereiter vorhanden. Die Deckenhöhe ist mit ca. 2,95 m ausreichend für die vorgeschriebene Raumhöhe bei Heilmittelerbringer*innen. Die anfangs eingezogenen Leichtbauwände wurden später für einen ausreichenden Lärmschutz u. a. zur Ermöglichung sensibler Gespräche, aber auch aufgrund von Übungseinheiten mit Geräuschemissionen, z. B. in der Logopädie, nachgebessert.

Für alle professionellen und ehrenamtlichen Anbieter*innen im Gesundheitszentrum stehen eine kleine Teeküche, ein gemeinsamer Abstellraum sowie ein Kellerraum zur Verfügung. Zudem existiert eine barrierefreie Toilettenanlage – inkl. separater Behindertentoilette zur gemeinschaftlichen Nutzung. Hinter einer separaten Tür verbindet ein gemeinsamer Vorflur die Räume, die jeweils einzeln abschließbar sind. Bei dem Schließsystem des Gebäudes handelt es sich um eine Schließanlage mit priorisierten Schlüsseln. Eine elektronische, z. B. kartenbasierte Schließanlage, die unter Berücksichtigung zukünftiger multipler Nutzung avisiert wurde, wurde aus Kostengründen nicht eingebaut. Die damit einhergehende Organisationsaufwand hat sich in der Praxis als erheblich herausgestellt.

In fußläufiger Nähe zum GZ Spork gibt es zudem zwei weitere Immobilien, die im Rahmen des Projektes genutzt werden konnten und genutzt wurden. Dies sind der Sporker Saal und die Tenne des Guts Heidefeld. Der Sporker Saal wird durch den Schützenverein Spork verwaltet und kann auch von der Öffentlichkeit genutzt werden. Hier steht ein abtrennbarer Gymnastikraum zur Verfügung, der unter besonderen Voraussetzungen auch mietfrei benutzt werden darf. In diesem findet beispielsweise ein über das Projekt initiiertes offenes Tanzangebot für Senior*innen statt. Die Tenne des Guts Heidefeld ist ca. 200 m vom Gesundheitszentrum Spork entfernt und wird für große Veranstaltungen, wie zum Beispiel das Frauengesundheitsfrühstück oder für Netzwerktreffen, genutzt.



Abbildung 13: Eindrücke GZ Spork.



Quelle: L-i-A e.V (2013-2018).



Durch die bereits begonnene Quartiersarbeit vor Ort konnten potenzielle Anspruchsgruppen rasch identifiziert werden und nach leitfadengestützten Interviews miteinander und zum geplanten Netzwerk in Beziehung gesetzt werden. Bei den Stakeholdern wurden sowohl politische Mandatsträger, kommunale Funktionsträger, Funktionsträger*innen in gesundheitsbezogenen Vereinen, Führungskräfte in Organisationen mit Gesundheitsbezug, Ärzt*innen, sowie die Initiatoren der örtlichen Initiativen berücksichtigt. Aus den Gesprächen mit den Stakeholdern konnten spezifische Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken für das geplante Modellprojekt identifiziert werden (Abbildung 14):

Abbildung 14: Auszug Ergebnisse vereinfachte SWOT-Analyse.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • vorhandene Vereinsstruktur • gute Koordinatorin Spork Aktiv • vorhandene Immobilie • gute Ausstattung • alte Schule als Identifikationsobjekt der Sporker*innen • Dienstleister*innen werden aktiv akquiriert • ... 	<ul style="list-style-type: none"> • unklares Betreiber- / Vermietungsmodell • auslaufende Stelle Spork Aktiv • wenig Informationen • gescheiterter Dorfladen • kleines Einzugsgebiet • ...
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Traditionsbewusstsein der Sporker*innen • emotionale Verbundenheit der Sporker*innen mit der Schule • finanzpotenter Investor • Kundenstamm aus Nachbargemeinden akquirieren 	<ul style="list-style-type: none"> • konservative Einstellung der Sporker*innen • Personengebundenheit Koordinatorin • Konkurrenz zu bestehenden und bereits genutzten Dienstleistungen

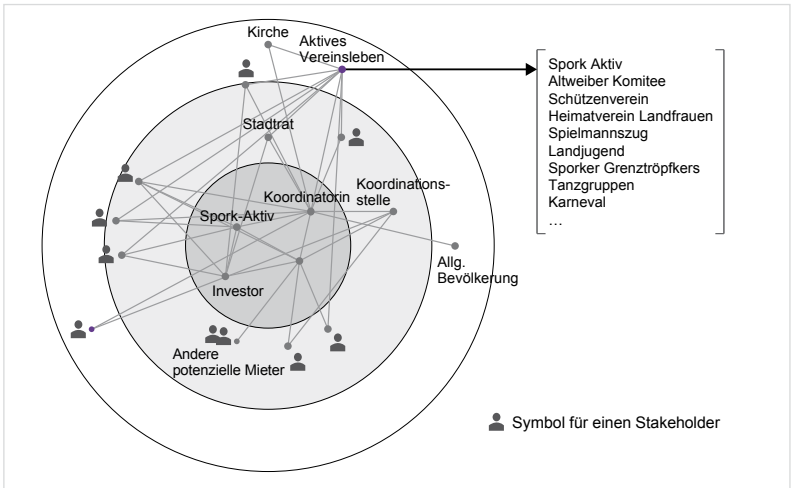


- Frauen als Novelety Seeker, Männer als Adopter
 - Gesundheits- und Wellnessangebote selbst zu finanzieren
 - Hoffnung „Allgemeinmediziner*in“
 - hohe Kaufkraft der Sporker*innen
 - ...
- hohe Abhängigkeit vom Investor
 - ...

Eigene Darstellung IZGS.

In der grafischen Darstellung (Abbildung 15) wird deutlich, dass der Netzwerkkern vor Ort aus der Projektkoordination durch L-i-A, dem Verein Spork Aktiv sowie dem Investor besteht. Darüber hinaus gibt es zahlreiche andere Stakeholder, die sich unterschiedlich stark mit dem Thema identifizieren.

Abbildung 15: Auszug Stakeholder-Analyse (anonymisiert).

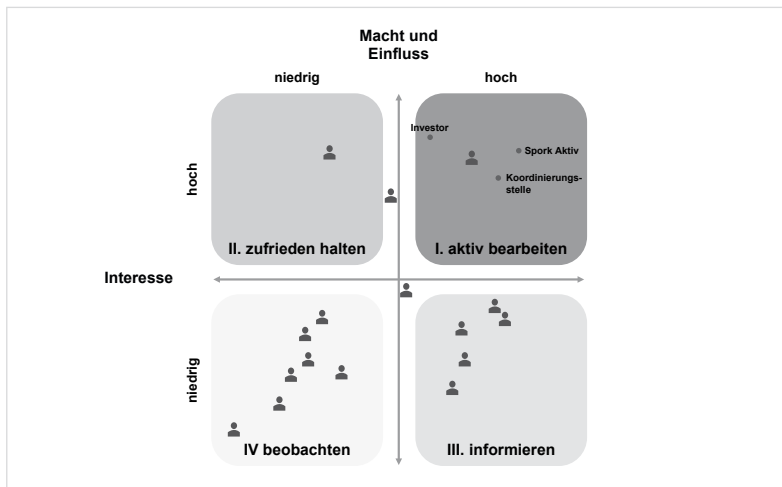


Eigene Darstellung IZGS.



Der Netzwerkkern verfügt über Einfluss und Macht und hat hohes Interesse an dem Projekt. Darüber hinaus gibt es in Spork jedoch auch weniger einflussreiche und teils weniger interessierte Personen und dann noch Personen, die ein hohes Interesse an dem Projekt haben, aber weniger Einfluss. Die Mehrheit der interviewten Stakeholder ist jedoch zu Projektbeginn weder interessiert noch einflussreich. Als Basis für Kommunikationsmaßnahmen wurden die Stakeholder in einer Vier-Felder-Matrix verortet (Abbildung 16).

Abbildung 16: Auszug Vier-Felder-Matrix (anonymisiert).



Eigene Darstellung IZGS.

Um Ziele, Auftrag und ein gemeinsames Selbstverständnis des Gesundheitsnetzwerkes zu entwickeln, wurden im Rahmen eines Workshops vier Themenbereiche (Arbeits- und Kompetenzfelder, Kund*innen und Nutzen, Partner*innen und Anspruchsgruppen sowie Mitarbeiter*innen) bearbeitet und im Anschluss die jeweiligen Resultate zusammengefasst (Abbildung 17) und schließlich zu einem Leitbild **GZ Spork: Mensch – Gesundheit – Region** verschriftlicht.



Abbildung 17: Vier Themenbereiche zur Leitbildentwicklung mit Auszügen aus dem Leitbild.

Arbeits- und Kompetenzfelder

- Was tun wir?
 - Was können wir besonders gut?
 - Welche Kompetenzen haben wir im Portfolio?
- Das Gesundheitsnetzwerk ist auf Ganzheitlichkeit und Mitwirkung der Nutzer*innen ausgerichtet, sodass Gesundheit erfahrbar und auf den Alltag übertragbar gemacht wird. Dabei werden Nutzer*innen motiviert und befähigt, eigene Themen und Angebote mit Gesundheitsbezug umzusetzen, wobei das Gesundheitsnetzwerk als Ermöglicher und Raumgeber bei der Realisierung von Vorhaben unterstützt.
- Eine zentrale Koordinierungsstelle steuert und organisiert die (Weiter-)Entwicklung des Gesundheitsnetzwerkes und zeichnet sich durch ein breites Spektrum an Fachwissen aus den Bereichen Gesundheit, Medizin, Pflege, Management, Recht und Sozialpädagogik aus.

Partner und Anspruchsgruppen

- Wer sind unsere Partner*innen?
 - Wie gestalten wir die Zusammenarbeit?
 - Welche Voraussetzungen bzw. Standards müssen die Partner*innen erfüllen?
- Das Gesundheitsnetzwerk, bestehend aus einer Koordinierungsstelle, professionellen Gesundheitsanbietern, ehrenamtlichen Angeboten und Gesundheitsbegleiter*innen, ist ein wachsendes Kompetenznetzwerk mit dem Fokus Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung sowie gesunder Lebensführung.



- Durch die gelungene Kombination von professionellen Gesundheitsanbietern, Vereinen, ehrenamtlich Aktiven, ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen sowie Angeboten der Gesundheitsförderung und -prävention werden Synergien aus der Vernetzung lokaler Akteur*innen erzeugt. Der Wissenstransfer und ein professionelles Wissensmanagement innerhalb des Netzwerkes, aber auch zu den Nutzer*innen, sind zentrale Bestandteile in der Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit.
- Das Leistungsspektrum zeichnet sich durch die bedarfsgerechte Kombination aus klassischen alternativmedizinischen Gesundheitsdienstleistungen sowie Fachberatung aus. Das Gesundheitsnetzwerk versteht sich als Raum, in dem Lerngelegenheiten partizipativ initiiert und realisiert werden können. Durch die Ausbildung von ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen und die Unterstützung ehrenamtlicher organisierter Angebote wird Gesundheitsentwicklung zusätzlich durch zivilgesellschaftliches Engagement erlebbar gemacht.
- Die professionellen Akteur*innen im Gesundheitsnetzwerk erbringen Leistungen, die entsprechend nachgewiesenen Qualitätsstandards genügen. Die Akteur*innen verfügen über fachliche und sachliche Qualifikationen mit anerkannten Abschlüssen. Auch ehrenamtliche Akteur*innen haben ihren Angeboten entsprechende Qualifikationen nachgewiesen. Im Sinne einer kontinuierlichen Reflexion werden alle Angebote fortlaufend mit dem tatsächlichen Bedarf abgeglichen und angepasst.

Nutzen

- Wer sind unsere Kund*innen bzw. Kund*innengruppen?
- Wie sehen wir unsere Kund*innen?
- Wie gehen wir mit unseren Kund*innen um?
- Gesunde Lebensführung betrifft Menschen in jedem Lebensalter, umfasst alle Lebensbereiche und ist nicht nur auf klassische Angebote beschränkt. Im Sinne eines lebenslangen Lernens möchte das Gesundheitsnetzwerk Menschen unterstützen, gesund zu werden und ihre Gesundheit aktiv zu erhalten. Davon sollen die Bürger*innen von Spork und Umgebung als Nutzer*innen profitieren.



- Das Gesundheitsnetzwerk ist auf Ganzheitlichkeit und Mitwirkung der Nutzer*innen ausgerichtet, sodass Gesundheit erfahrbar und auf den Alltag übertragbar gemacht wird. Dabei werden Nutzer*innen motiviert und befähigt, eigene Themen und Angebote mit Gesundheitsbezug umzusetzen, wobei das Gesundheitsnetzwerk als Ermöglicher und Raumgeber bei der Realisierung von Vorhaben unterstützt.

Mitarbeiter

- Wodurch zeichnen sich unsere Mitarbeiter*innen aus?
 - Welche Kompetenzen bringen unsere Mitarbeiter*innen mit?
 - Wie gehen wir miteinander bzw. mit unseren Mitarbeiter*innen um?
-
- Die Beschäftigten der Koordinierungsstelle treten als kompetente und lösungsorientierte Netzwerk-Organisatoren auf, die sich durch Verbindlichkeit und Verlässlichkeit auszeichnen und bei der Konkretisierung und Realisierung passender Angebote unterstützen.
 - Gelebte Gesundheitsentwicklung trifft auf empathische Arbeit am Menschen, mit Menschen und für Menschen. Die Begegnung mit dem Gegenüber findet auf Augenhöhe statt. Im Netzwerk bringen sie sich wertschätzend und durch eine vertrauensschaffende Arbeitsweise ein.

Eigene Darstellung IZGS.

Wenngleich im Modellprojekt eine regelmäßige Reflektion des Leitbildes bereits im Zuge der Leitbildentwicklung beschlossen wurde, rückte diese im Projektverlauf aufgrund der ständigen operativen Herausforderungen in den Hintergrund und erinnert so an das allgegenwärtige Spannungsfeld zwischen Planung und Praxisalltag einerseits sowie Strategie und Umsetzung andererseits.



2.2 Der Aufbau eines Netzwerkes (Phase 2)

Bereits in der Initialphase werden Gespräche geführt und Ideen generiert, so dass zunehmend eine Schärfung der thematischen Ausrichtung des Netzwerkes erfolgt. Strukturelle Rahmenbedingungen entstehen, innerhalb derer sich konkrete Aktivitäten und Angebote entfalten. Dabei muss ein qualitatives und quantitatives Leistungsspektrum entwickelt werden, das nicht nur die anfänglichen Mitstreiter zufrieden stellt, sondern auch für potenzielle weitere Zielgruppen interessant ist. Auch hier gibt es eine Reihe von Faktoren zu bedenken.

2.2.1 Anreize und Beiträge ins Gleichgewicht bringen

Ziel der Arbeit in und mit Netzwerken ist die Erstellung der vielbeschworenen win-win-Situationen. Die Leistungen, die in einem Netzwerk zu erbringen sind, müssen im Gleichgewicht zwischen Nutzen und zu leistendem Beitrag stehen, und zwar für alle beteiligten Netzwerkakteure. Auch wenn ein solcherart bestimmter Netzwerkaufbau nicht zuletzt viel mit einem guten Gespür für die Region sowie die beteiligten Akteur*innen einhergeht, kann ein analytisches Vorgehen sehr dabei helfen, sich über die Motive und Engagementbedingungen der einzelnen Akteur*innen zu vergewissern. Ein bewährtes analytisches Konzept ist dabei die sogenannte Anreiz-Beitrags-Theorie (vgl. Barnard 1938, March und Simon 1993). Danach sollte das Netzwerk Anreize zur Mitarbeit bzw. Teilnahme schaffen, die so angelegt sind, dass Netzwerkakteure zur Erbringung eigener Beiträge bereit sind. Anreize können dabei unterschiedlichster Natur sein. Sie reichen von finanziellen Belohnungen über den Zugang zu Wissen oder Kontakten, Optionen der Mitgestaltung und Gelegenheiten zur Verfolgung eigener gesellschaftlicher oder politischer Ziele bis hin zu thematischem Interesse. Letztlich kann Beteiligung aber auch auf einem Gefühl der Zugehörigkeit oder Verpflichtung beruhen. Die Bemühungen des Netzwerkes müssen dahin gehen, die Bereitschaft zur Beitragsleistung der Netzwerkakteure zu erhalten oder gar auszubauen. Denn sinkt der gebotene Anreiz, sinkt auch die Bereitschaft des Einzelnen, einen Beitrag zu leisten. Es gilt demnach immer auf die Netzwerkteilnehmenden einzugehen. Je nach Netzwerkakteur kann es hier unterschiedliche Beitrags- und Anreizsysteme geben (Abbildung 18). Ein Netzwerkgleichgewicht zwischen Beitrag und Anreiz kann nur eintreten, wenn die Balance für möglichst viele Akteur*innen gilt. Insofern baut die Anreiz-Beitrags-Betrachtung unmittelbar auf der Stakeholderanalyse auf.

**Abbildung 18: Anreiz-Beitrags-Konstellationen in einem Gesundheitsnetzwerk.**

Netzwerkakteure	Beitrag	Anreiz
Nutzer*in	u. a. Geld, Zeit, eigenes Engagement, ...	z. B. Dienstleistungen, Gesundheit, Prävention, Gemeinschaft, soziale Einbindung
Dienstleistungs-anbietende	u. a. unternehmerisches Risiko, Angebotspektrum, ...	z. B. Wachstum, mehr Bekanntheit, Image
Mitarbeitende Netzwerkmanagement	u. a. Arbeitszeit und Fachkompetenz, ...	z. B. finanzieller Verdienst, Lob und Anerkennung
Ehrenamtliche	u. a. Zeit, eigenes Engagement, Fahrdienstbereitschaft, ...	z. B. Selbstwertgefühl, -bestätigung; soziale Kontakte
ehrenamtliche* Gesundheitsbegleiter*in	u. a. Lernbereitschaft, Zeit, eigenes Engagement, ...	z. B. Selbstwertgefühl, -bestätigung; Gefühl des Gebraucht-Werdens
Krankenkasse	u. a. Geld, Netzwerk, Legitimation, ...	z. B. Außendarstellung, neue Mitgliedergewinnung, Prävention
Kommune	u. a. Geld, Räume, Zeit, Öffentlichkeit, ...	z. B. Sicherstellung bzw. Verbesserung medizinische Versorgungsleistung, Wählerstimmen

Eigene Darstellung IZGS.

Bestehende Gleichgewichte sind jedoch selten von Dauer. Durch immer neue Aktivitäten und Netzwerkakteure ist ein Netzwerk immer in Bewegung und entfernt sich mitunter auch wieder von einmal erreichten Gleichgewichten. Gerade durch die Vergrößerung von Netzwerken entstehen dann im Optimalfall sogenannte Netzwerkexternalitäten. Das heißt, jede neue Aktivität und jede*r neue Akteur*in im Netzwerk potenziert die Zahl möglicher Interakti-



onen, sodass idealerweise der Nutzen jedes einzelnen Netzwerkakteurs mit jedem*jeder neuen Netzwerkpartner*in steigt (vgl. Katz und Shapiro 1985). Ziel des Netzwerkmanagements sollte es demnach sein, möglichst viele (aktive) Stakeholder und regionale Akteur*innen in das Netzwerk durch ein attraktives Anreiz-Beitragssystem über entsprechende Kooperations- und dadurch Angebotsmöglichkeiten einzubinden.

Dabei lässt sich die optimale Größe eines Netzwerkes nicht pauschal bestimmen. Sie ist abhängig vom Thema des Netzwerkes, der regionalen Ausbreitung und von den Managementfähigkeiten des Netzwerkkerns. Insbesondere regionale Themennetzwerke sollten jedoch möglichst viele einschlägige Akteur*innen im Themenfeld einbinden. In jedem Fall sollte vorab geklärt werden, wann ein*e Akteur*in Teil eines regionalen Themennetzwerkes wird und ob es sinnvoll sein kann, unterschiedliche Qualitäten der Netzwerkzugehörigkeit beispielsweise in starke, mittlere oder lose Zugehörigkeit zu definieren. Generell wird sich das Wachstum spezialisierter Netzwerke, vor allem aufgrund des begrenzten Einzugsgebietes und der fachlichen Fokussierung, nach geraumer Zeit verlangsamen und in eine Phase der Stagnation oder gar der Verkleinerung übergehen (Abbildung 7). Letzteres ist allerdings nicht automatisch als Beleg eines Scheiterns zu verstehen, sondern kann Zeichen einer „Normalisierung“ sein, bei der sich Netzwerkakteure mit überhöhten Erwartungen oder geringer Engagementbereitschaft zurückziehen.

2.2.2 Strukturen und Prozesse definieren

Die **Struktur eines Netzwerkes** bezeichnet das vollständige Beziehungsgeflecht (Rolle, Kommunikation, Anreize und Beiträge) aller Netzwerkakteure untereinander. Die Kooperation der einzelnen Netzwerkakteure untereinander kann nur gelingen, wenn diese gemeinsame Themen- bzw. Handlungsfelder bearbeiten. Dabei müssen sich nicht alle Akteur*innen allen Themen widmen, sondern es bilden sich (wie in Abbildung 6 gezeigt) **Teilnetzwerke** mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten heraus – je nach Kompetenz und Interesse der Netzwerkakteure (vgl. Schubert 2018). Die jeweilige Teilgruppe entwickelt das Themen- bzw. Handlungsnetzwerk dabei oftmals eigenverantwortlich. Die koordinierende Stelle bzw. der Netzwerkkern fungiert dabei als zentrale Anlaufstelle, die nicht nur den Aufbau des Gesamtnetzwerkes vorantreibt, sondern auch die integrierten Themennetzwerke bei der Umsetzung ihrer Leistungen unterstützt und begleitet und die Rückkopplung in das Gesamtnetzwerk sicher-



stellt. Optimalerweise zeichnen sich die verantwortlichen Personen mit einer hohen Fach- und Leitungs- bzw. Koordinations- und Moderationskompetenz aus und sind von allen Seiten anerkannte Ansprechpartner*innen.

Vorrangige Aufgaben beim Aufbau der Netzwerkstruktur sind (vgl. Becker et al. 2007):

- das Finden geeigneter Kooperationspartner*innen,
- die Vereinbarung unterschiedlicher Interessens- und Erwartungshaltungen,
- die Entwicklung passender Arbeitsformen und das Erlernen spezieller Arbeitsmethoden,
- der Aufbau einer Infrastruktur, die das Netzwerk trägt,
- die Festlegung von Verhaltensregeln,
- die Festlegung von Entscheidungsfindungsvorgängen,
- die Unterzeichnung von Kooperationsvereinbarungen sowie
- der Aufbau und die Festigung gegenseitigen Vertrauens zwischen den Kooperations- und Netzwerkpartner*innen.

Dabei geht es nicht darum, einfach nur möglichst viele „Einzelkämpfer*innen“ in das Netzwerk einzubeziehen, sondern ein interaktives Beziehungsgeflecht aus unterschiedlichsten Akteur*innen aufzubauen. Es ist gerade diese kooperative Vernetzung, die zu einer hohen Leistungsfähigkeit und Wirksamkeit von Netzwerken beiträgt. Ziel ist mithin, dass die Akteur*innen gemeinsame und/oder aufeinander abgestimmte Beiträge einbringen. Der Mehrwert entsteht dabei entsprechend des Anreiz-Beitrags-Ziels nicht nur durch Leistungsangebote für mögliche Zielgruppen (z. B. erkrankte Menschen), sondern auch für die Akteur*innen selbst. Zu den besonderen Herausforderungen in (hybriden) Netzwerken gehört die Bündelung der dezentralen Netzwerkaktivitäten bei gleichzeitiger Vermeidung starker Zentrifugalkräfte etwaiger Teilnetzwerke.



Gemeinsames Handeln in Netzwerken erzeugt durch Wiederholung auch Routinen (Treffen, Kommunikationsmuster, Veranstaltungsformate etc.). Solche Routinen basieren meistens auf bewährten Abläufen (Prozessen) und lassen sich oft einfach erfassen und beschreiben. Ziel solcher Beschreibungen ist es, wesentliche Schlüsselprozesse in einheitliche netzwerkübergreifende und verbindliche Vorgehensweisen zur Erfüllung von Aktivitäten bzw. Aufgaben zu überführen. Das spart später erheblich Zeit und ermöglicht auch neuen Netzwerkpartner*innen eine zügige Einarbeitung und Mitnutzung der „Schnellstraßen“. Dabei müssen sich auch die Prozesse insbesondere am Netzwerkleitbild, den Zielen und demnach den spezifischen Rahmenbedingungen des Netzwerkes ausrichten.

In Netzwerken besteht die Schwierigkeit, dass Prozesse vielfach autonom zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen, z. B. Dienstleistungsunternehmen und ehrenamtlich Aktiven, ablaufen und nicht der Kontrolle der Koordinierungsstelle / des Netzwerkkerns unterliegen. Häufig sind die Abläufe auch nicht festgeschrieben, sondern informell verabredet und führen dazu, dass Beziehungen geschaffen, aufrechterhalten oder aufgelöst werden. Dies erschwert zum einen eine systematische Analyse aber auch die Entwicklung und den Transfer von Prozessen beim Netzwerkaufbau erheblich. Andererseits ist es auch weder ratsam noch umsetzbar, dass alle Abläufe eines Netzwerkes erfasst und standardisiert werden. Vielmehr geht es darum, die für die Funktionsfähigkeit wesentlichen Prozesse zu identifizieren.

Werden Prozesse von einer Koordinierungsstelle von vornherein mitgestaltet, kann diese darauf achten, dass Abläufe transparent beschrieben und Informations-, Kontroll- und Entscheidungsbedürfnisse mitgedacht werden. Auch sollten Schnittstellen zwischen den Netzwerkakteuren besonders sensibel betrachtet werden, um Folgeprobleme zu vermeiden.

Als Verfahren zur kritischen Durchleuchtung und Optimierung von Prozessen hat sich die Prozessanalyse bewährt. Hierbei werden systematisch alle Prozesse bzw. Tätigkeiten mit allen vorhandenen Netzwerkbeziehungen abgebildet. Dabei wird zumeist iterativ vorgegangen. Gemeinsam mit den verantwortlich umsetzenden Personen, den sogenannten Prozessinhabern, werden bereits bestehende Strukturen und Abläufe erfasst, beschrieben und schließlich nachvollziehbar und übersichtlich dokumentiert. Die Erhebung der notwendigen Daten erfolgt in der Regel mittels Befragung der Prozessbeteiligten oder durch Auswertung vorhandener Dokumente.



Sobald die IST-Situation erfasst ist, werden die Prozesse klassifiziert und priorisiert. Klassischerweise erfolgt die Klassifizierung der Prozesse auf drei Ebenen: (1) Leitungsprozesse, (2) Kernprozesse und (3) Unterstützungsprozesse (siehe Abbildung 19).

Abbildung 19: Prozesstypen.

	Kriterien	Beispiel im Projekt GZ Spork
Leitungsprozesse	<ul style="list-style-type: none">• schaffen Voraussetzungen für die Leistungserbringung des Netzwerkes• dienen der Steuerung der Schlüsselprozesse• legen Ziele, Rahmenbedingungen, Qualitätsmaßnahmen oder weitere Standards fest	<ul style="list-style-type: none">• Kontaktpflege und -ausbau zu einflussreichen Stakeholdern im Netzwerk und außerhalb des Netzwerkes• Positionierung des Netzwerkes• strategische und operative Planung• Akquise von Finanzmitteln und Controlling
Kernprozesse	<ul style="list-style-type: none">• dienen der eigentlichen Leistungserbringung einer Organisation (z. B. Angebotsentwicklung)• sind inhaltlich eng mit dem Netzwerk verbunden• bilden die wertschöpfende Tätigkeit der Organisation ab	<ul style="list-style-type: none">• Vernetzung der Angebotserbringenden untereinander• Organisation von Netzwerkveranstaltungen• Gestaltung kooperativer Angebote• Begleitung und Koordination von Angeboten• Vermarktung und Vertrieb der Angebote



Unterstützungsprozesse	<ul style="list-style-type: none"> • ermöglichen die Leistungserbringung in den Schlüsselprozessen • über Unterstützungsprozesse werden Ressourcen für Kernprozesse bereitgestellt (Personal, Finanzmittel etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Öffentlichkeitsarbeit für das Netzwerk (z. B. Onlineauftritt, Presseartikel, ...) • Leistungsabrechnung und Buchhaltung • Optimierungs- und Analyseprozess, Zufriedenheitsanalyse
-------------------------------	--	---

Eigene Darstellung IZGS.

Es ist hilfreich die einzelnen Prozesse übersichtlich beispielsweise in einer **Prozesslandkarte** oder einem Prozessregister darzustellen. Die Prozesse werden in ein einheitliches, verständliches und für alle im Netzwerk gültige Prozessbeschreibung überführt. Diese Beschreibungen beinhalten die idealtypische zeitliche Abfolge sowie alle Arbeitsschritte vom Prozessstart bis zum Prozessabschluss. Dabei werden ebenfalls alle erforderlichen Werkzeuge (Dokumente, Software, Vorlagen etc.) benannt. Die Auswahl eines vernünftigen Konkretisierungsniveaus verhindert dabei einerseits zu kleinschrittige und dadurch überbordende und andererseits zu allgemeine und damit unkonkrete Prozessbeschreibungen. Zur Überprüfung der Wirksamkeit und zu Optimierungszwecken sollten Prozessziele bzw. -kennzahlen definiert werden, die regelmäßig überprüft und dokumentiert werden.

Prozessbeschreibung – Vorgehensweise

- Schritt 1: Ermittlung der Ausgangssituation
- Schritt 2: Prozesse erfassen
- Schritt 3: Prozesse klassifizieren (Leitungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse)
- Schritt 4: Prozesse priorisieren
- Schritt 5: standardisierte Prozessbeschreibungen erstellen
- Schritt 6: Evaluation des Kompletprozess und ggfs. Anpassung (Schnittstellen)



Durch eine regelmäßige Evaluation des kompletten Prozessablaufs können Schwachstellen identifiziert und somit Entscheidungsprozessen optimiert werden. Insbesondere, wenn mehrere Kooperationspartner*innen involviert sind, müssen Verantwortlichkeiten klar geregelt werden, um Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen zu vermeiden.

Wenngleich neben der Kommunikation die Gestaltung und Umsetzung von Strukturen und Prozessen einen wichtigen Teil der Netzwerkarbeit ausmachen, so sind doch weitere Aufgaben in der Aufbauphase zu leisten: So ist die Stärkung der Netzwerkdichte (u. a. Zahl der Akteur*innen und Anzahl der Beziehungen), die Identitätsförderung der einzelnen Netzwerkakteure mit dem Netzwerk und die Partizipation der Netzwerkteilnehmer*innen eine wichtige Aufgabe, um das Netzwerk zu stabilisieren. Im Mittelpunkt steht also die proaktive Gestaltung von Austauschbeziehungen, die durch eine entsprechende Kommunikation gesteuert wird. Denn weder die Netzwerkstruktur noch die -prozesse sind statisch, sondern unterliegen einer fortwährenden Veränderung. Die Bestandsaufnahmen sollten demnach einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen werden.



PRAXIS:

Prozessanalyse im Gesundheitsnetzwerk Spork

Die Prozessanalyse konnte auch im Projekt GZ Spork durchgeführt werden und lieferte wertvolle Erkenntnisse. Mit Blick auf begrenzte zeitliche Ressourcen erfolgte dabei eine Fokussierung auf die im Netzwerkkern gemeinsam bestimmten wichtigsten Kernprozesse, die der Schaffung des Leistungsspektrums für ortsansässige Bürger*innen mit dem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung sowie gesunder Lebensführung (Zielgruppe: Nutzer*innen) dienen.

Während des Modellprojektes prägten insbesondere folgende Tätigkeiten den Alltag der Mitarbeitenden:

- Akquise und Betreuung von professionellen Dienstleister*innen als Stammmieter*innen
- Akquise von ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen



- Begleitung bürgerschaftlichen Engagements
- Mithilfe bei der Planung von Veranstaltungen und Kursangeboten
- Organisation von Veranstaltungen / Kursangeboten
- Koordination und Unterstützung von Gesundheitsanbieter*innen
- Zusammenarbeit mit Investor und Bürgerverein Spork Aktiv
- Projektrelevante Kontaktpflege und Netzwerkarbeit
- Unterstützung bei der Organisation und Durchführung von Informationsveranstaltungen, Projektgremien, Tag der offenen Tür etc.
- Recherche zu den Rahmen- und Ansiedlungsbedingungen möglicher Anbieter*innen
- Recherche zu relevanten Projektthemen
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in Absprache mit der Projektleitung
- Unterstützung bei der Durchführung von Erfolgskontrollen
- Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen und des Datenschutzes

Aufgaben im Projektverbund:

- Teilnahme an Projekttreffen, Teamtreffen, Dienstbesprechungen
- Projektdokumentation und Berichtswesen
- Unterstützung der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation.

Zur Verdeutlichung der vorgenommenen Prozessanalysen, soll hier exemplarisch ein Bereich herausgegriffen werden: Die Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitsangeboten im GZ Spork. Dabei prägten folgende Kernprozesse die Koordinierungsarbeit:

- die Angebotsentwicklung¹⁰,
- die Koordination und Begleitung der Angebote
- sowie deren Vermarktung und Vertrieb.

¹⁰ Im Projektverlauf entwickelten sich Angebote insbesondere im Bereich Ernährung, Physiotherapie, Bewegung / Sport, Information, Entspannung / Selbst- und Stressmanagement sowie im Bereich Alternativmedizin und naturheilkundliche Verfahren.



Die Koordinierungsstelle war für die Angebotserstellung, die Akquise von Anbieter*innen, der Berücksichtigung lokaler Wünsche und Bedarfe sowie der Durchführung und Vermarktung verantwortlich. Dabei war eine zentrale und zeitintensive Aufgabe die Kommunikation mit den Anbieter*innen und Nutzer*innen des Netzwerkes. Nur durch diesen kontinuierlichen Austausch konnten Befindlichkeiten, Wünsche, Perspektiven und zukünftige Ideen und Ziele zeitnah erfragt und umgesetzt werden. Wenngleich die Angebotserstellung ein dynamischer Prozess war, der regelmäßig Anpassungen erforderte, so erfolgte der Ablauf aber grundsätzlich nach dem gleichen Schema:

Bei ermitteltem Bedarf (zur Bedarfsermittlung vgl. Band 1 in dieser Reihe) wurden passende Anbieter*innen aus dem Netzwerk kontaktiert oder neue potenzielle Anbieter*innen recherchiert, angerufen und bei vorhandenem Interesse eingeladen und über das Projekt informiert. Die Resonanz bei den angesprochenen Anbieter*innen war sehr positiv und fast alle nutzten die Möglichkeit eines persönlichen Informationsgespräches im Gesundheitszentrum. In diesem ausführlichen Vorgespräch wurde das Modellprojekt vorgestellt, die Inhalte, Zielsetzung, Rahmenbedingungen, Termine, Preise, Teilnehmendenzahl und Angebote anderer Anbieter*innen besprochen sowie die Qualifikationen abgefragt. Für eine Zusammenarbeit wurden mit allen im Gesundheitszentrum tätigen professionellen Dienstleister*innen (dauerhafte Raumanmietung) und Anbieter*innen (stundenweise Angebote im Mehrzweckraum) Kooperationsverträge geschlossen (siehe Band 4 dieser Handbuchreihe). Dann erfolgte die konkrete Angebotserstellung in Form eines digitalen PDF-Formulars, das durch den*die Anbieter*in ausgefüllt wurde und nach erfolgter Rückübersendung in die monatliche Vorlage für den Veranstaltungskalender übernommen wurde. Die Terminplanung für den Raum und der Eintrag in die Jahresübersicht erfolgten bereits während des Vorbereitungsgespräches parallel am PC. Darüber hinaus wurde jedem*jeder Anbieter*in die Chance gegeben, einen kostenlosen redaktionellen Beitrag über sein*ihr Angebot und Hintergründe seiner*ihrer Methode im Monatsmagazin PAN zu veröffentlichen. Außerdem wurden Veranstaltungshinweise / Kursangebote von L-i-A zur Veröffentlichung an die Presse weitergegeben. Anmeldungen zu den Angeboten waren sowohl online als auch telefonisch bei der Koordinierungsstelle mög-



lich. Die inhaltliche Organisation der Veranstaltung oblag jeweils den Anbieter*innen. Die Raumvor- und -nachbereitung wurde in Absprache mit den Anbieter*innen durch die Koordinierungsstelle durchgeführt. Die Rechnungsstellung der Raummiete erfolgte monatlich durch Spork Aktiv. Die Angebotserstellung sollte von Anfang an digital erfolgen, so dass die Daten ohne Übertragungsfehler sowohl in ein Buchungssystem als auch für die Öffentlichkeitsarbeit übernommen werden können.

Diese Abläufe der Aufgaben wurden erfasst, beschrieben und schließlich übersichtlich dokumentiert. Nachfolgend ist beispielhaft die Prozessbeschreibung des Kernprozesses Angebotsentwicklung inklusive Prozessdiagramm dargestellt (Abbildung 20):

Prozessauslöser: Anfragen von außen, eigene Ideen (Koordinierungsteam, Netzwerkpartner*innen), Ergebnisse aus Befragungen / Analysen, Daten aus wissenschaftlichen Studien, Erkenntnisse aus Krankenkassendaten, Marktanalysen, Anfrage von (potenziellen) Kursleiter*innen

Prozessinhaber und beteiligte Bereiche:

Beschäftigte der Koordinierungsstelle

Prozessschritte:

(1) Ein Prozessauslöser führt zu der Entscheidung, **(2)** ob ein Kurs erstellt werden soll: **ja/ nein.**

Nein (3): Wird kein Kurs erstellt, erfolgt eine schriftlich dokumentierte Absage an den jeweiligen Prozessauslöser.

Ja: (4) Soll ein Kurs erstellt werden, wird ein*e Kursanbieter*in gesucht (Quellen: Bestehendes Portfolio, Hinweise aus dem Kolleg*innenkreis, Internetrecherche, Netzwerk) oder zu einem vorhandenen Anbieter*in Kontakt aufgenommen. Die Anbieter*innen werden kontaktiert (Vorgespräch) und bei Eignung ein persönliches Gespräch **(5)** vereinbart: Vorstellung des



Gesamtkonzeptes und Besprechung eines möglichen Angebotes mit allen Rahmenbedingungen (Qualifikationen, Erfahrungen, Idee zum Kurs) inkl. Klärung der möglichen Termine, Vergütung und Infos zur Raumnutzung sowie Raumkosten. Das Gespräch führt zu der beidseitigen Entscheidung **(6)**, ob ein Kursangebot erstellt werden soll: **ja/nein**.

Nein (3): Wird kein Kurs erstellt, wird nach alternativen Kursanbieter*innen gesucht **(4)**.

Ja: Kommt ein Kursangebot zustande, werden verbindliche Termine im Raumplan festgelegt (falls Kurs im Gesundheitszentrum) und der Kurs in der Jahresübersicht festgehalten **(7)**. Dem*der Anbieter*in wird fortlaufend nummerierte Vertragsunterlagen mit der Bitte zum Ausfüllen und Rücksendung zugesendet **(8)**. Hinweis: In dem Vertrag werden alle für Folgeprozesse relevanten Daten aufgenommen z. B. Rechnungsanschrift.

Erhalt kompletter Unterlagen: **ja/nein**

Nein: Werden die Unterlagen trotz Nachfassen nicht zurückgesendet bzw. können nicht in dem gewünschten Umfang erfüllt werden, beginnt eine neue Anbieter*innensuche **(4)**.

Ja: Die zurückgesendeten Unterlagen werden geprüft **(9)** und ggfs. Rücksprachen gehalten.

(10) Weiterleitung der Rahmendaten an den*die Ersteller*in des Veranstaltungskalenders (Veröffentlichung im Internet und monatl. Veranstaltungskalender)



(11) Prozessauslöser Kursankündigung Vermarktung und Vertrieb.

(12) Prozessauslöser Angebotskoordination

Ressourcen:

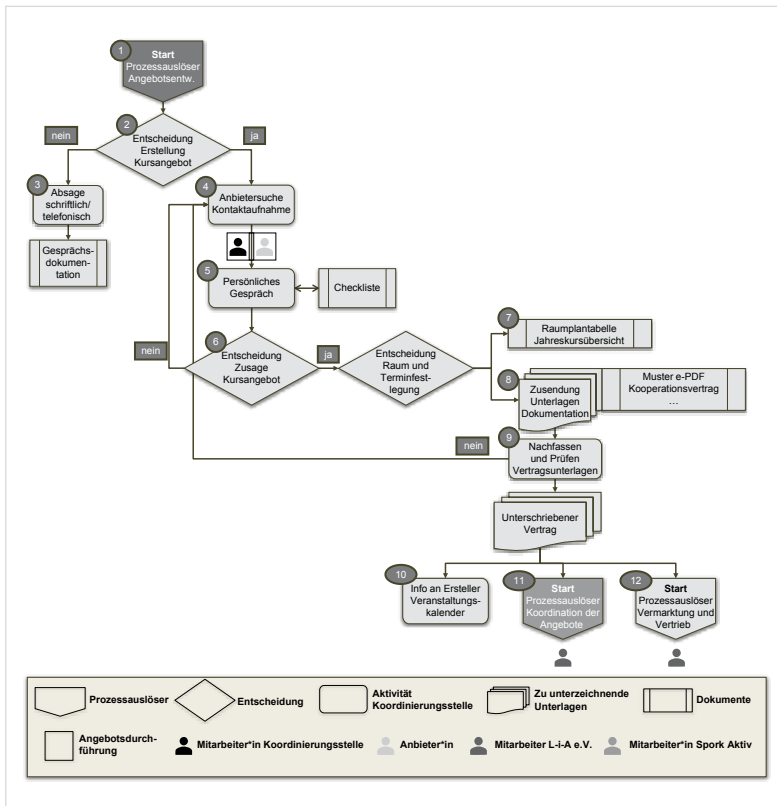
PC, Besprechungsraum, Telefon, Dokumentationsutensilien, Personal

**Mitgeltende
Dokumente:**

Gesprächsleitfaden / Checkliste (Inhalte Gesamtkonzept, Abfrage Qualitätsstandards Anbieter*in); Gesprächsprotokoll, EDV-Kontaktformular; Vorlage e-pdf Kursbeschreibung; Honorarvereinbarung; Kooperationsvertrag; AGBs, Raumplan, Mietpreisübersicht, Jahresübersicht Kurskalender; Veranstaltungskalender; Vorlagen für Pressearbeit



Abbildung 20: Prozessdiagramm: Kernprozess Angebotsentwicklung im Projekt GZ Spork.



Eigene Darstellung IZGS.



2.2.3 Kommunikation im Netzwerk gestalten

Netzwerkarbeit ist Beziehungs- und somit immer auch Kommunikationsarbeit. Auch in regional begrenzten Netzwerken, in denen sich die einzelnen Akteur*innen oft persönlich kennen, ist der regelmäßige Austausch wesentlich, um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, Konflikte zu vermeiden und eine vertrauensvolle Basis für eine Zusammenarbeit zu schaffen.

Daher bietet es sich an, eine Vorstellung darüber zu entwickeln, wie die Kommunikation im Netzwerk zu gestalten ist. Ausgangspunkt sind wiederum Mission und Leitbild sowie Strategie des Netzwerkes. Daraus leiten sich die Ziele der internen und externen Kommunikation ab, die wiederum die Auswahl des Kommunikationsmix und der Regeln zum Umgang mit Daten und Wissen bestimmen. Während interne Kommunikation meist dazu dient, sich zu organisieren und Netzwerkpartner*innen zu informieren und zu vernetzen, dient die externe Kommunikation der Darstellung des Netzwerkes gegenüber Außenstehenden. Die Grenzen sind dabei in Netzwerken fließend.

Die Kommunikation entscheidet darüber, wie das Netzwerk von innen und außen wahrgenommen wird. Abbildung 21 zeigt für verschiedene Anwendungsziele bewährte Maßnahmen in Netzwerken.

Abbildung 21: Kommunikationsziele und -anwendungsbereiche.

Kommunikationsziele	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • routinierte Absprachen • Übermittlung von Dokumenten • Information • offizielle Mitteilungen 	<ul style="list-style-type: none"> • E-Mail • Brief • Fax • Messaging Dienste (z. B. WhatsApp) • ...
<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau von Vertrauen • Förderung der Netzwerkkultur • Wissensentwicklung • Diskussionen und Absprachen • Konfliktlösung 	<ul style="list-style-type: none"> • persönliche Gespräche • Telefonate • Videokonferenzen • analoge und digitale Netzwerktreffen



<ul style="list-style-type: none">• Austausch mit einzelnen und mehreren• Informationsvermittlung bzw. -generierung• Kollaboration• Erfassen von Stimmungen, Meinungen und Wünschen	<ul style="list-style-type: none">• Netzwerkveranstaltungen (z. B. Sozialraumkonferenzen, Netzwerkfrühstück, Open Space-Konferenz, Arbeitskreise)• Sozialraumbegehungen• Interviews• ...
<ul style="list-style-type: none">• virtuelle Partizipation• Generierung von Crowd- und Schwarm-Effekten	<ul style="list-style-type: none">• Foren und Web-Blogs• Social Media und Blogging-Dienste• Clouds• Plattformen• Befragungen• Homepage• ...
<ul style="list-style-type: none">• Information über das Netzwerk• Werbung für das Netzwerk• Transparenz• Imagepflege• Vermarktung von Angeboten• Vertrieb von Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none">• Social Media und Blogging-Dienste• Social Media mit Kommentarfunktionen (z. B. Facebook, Online-Chats)• Informationsveranstaltungen• Website mit Kontaktfunktion• Werbemaßnahmen (z. B. Flyer, Zeitungsanzeigen)• Preetexte• Website• ...

Eigene Darstellung IZGS.

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung des Netzwerkes ist es von Bedeutung zu verstehen, wer die einzelnen Netzwerkakteure sind, um so ein Gespür für das Netzwerk zu entwickeln. Aktivitäten wie Sozialraumkonferenzen, Netzwerkveranstaltungen, Sozialraumbegehungen, Befragungen etc. können dabei helfen, Größe und Struktur des Netzwerkes sowie die Interessen der Netzwerkpartner*innen zu ermitteln und zu verstehen. Zugleich wird der Austausch zwischen dem Netzwerkkern und den Netzwerkmitgliedern intensiviert. Solche Aktivitäten sind auch identitätsstiftend, vertrauensbildend und -festi-



gend. Sie tragen dazu bei, dass das Netzwerk mit Leben gefüllt wird und sind Gelegenheiten das Leitbild immer wieder in Erinnerung zu rufen. Es kann auch sinnvoll sein, Akteur*innen außerhalb des Netzwerkkerns in die Netzwerkgestaltung einzubeziehen. So kann beispielsweise die Überprüfung des Leitbildes im Rahmen einer Netzwerkveranstaltung, z. B. einem Netzwerkfrühstück, stattfinden. Die Teilnehmenden werden inhaltlich mit auf die Reise genommen und können das Netzwerk aktiv mitgestalten. Nur wenn sich alle Netzwerkakteure informiert und beteiligt fühlen, werden Entscheidungen auf breiter Front mitgetragen. Dazu ist neben zahlreichen Rückkopplungsmechanismen vielfach auch die explizite Schaffung von Begegnungsräumen zum Austausch notwendig. Wichtig dabei ist, dass bei Veranstaltungen, die der Gestaltung von Netzwerkprozessen dienen, ausreichend relevante Stakeholder (hoher Einfluss und hohes Interesse am Netzwerkthema siehe Kapitel 2.1.2) anwesend sind. Die frühzeitige Einbeziehung verhindert vor allem auch eine konsumtive Grundhaltung, bei der den Bemühungen einiger weniger Akteur*innen eine passivnehmende Haltung vieler anderer gegenübersteht. Open Space-Konferenzen, thematische Arbeitskreise oder strategische Lenkungsgruppen sind weitere Formate, die als Kommunikationsplattform und zugleich als Steuerungs- bzw. Lenkungsinstrument eingesetzt werden können.

Die Herausforderung in themenzentrierten Netzwerken besteht darin die Vielzahl an Themen so zu kommunizieren, dass Sie die relevanten Stakeholder erreichen (Kommunikationsarchitektur). Je nach zu platzierendem Thema und zu erreichenden Stakeholder gilt es demnach Kommunikationsinstrumente, -kanäle und -formen so möglichen Kommunikationsmaßnahmen zuzuschlüsseln, dass die Erreichung der Netzwerkziele möglichst effizient unterstützt wird (Abbildung 22). Dabei kann sich dieser Kommunikationsmix sowohl nach außen als auch ins Netzwerk selbst, und zwar an die aktiv Mitwirkenden, wie die ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen, oder die Gesundheitsdienstleister*innen als auch die Nutzer*innen des Gesundheitsnetzwerkes richten.



Abbildung 22: Schematische Darstellung einer themenzentrierten Kommunikationsarchitektur.



Eigene Darstellung IZGS.



In funktionierenden Netzwerken stellen insbesondere Netzwerktreffen und andere Veranstaltungen ein wichtiges Instrument zur Beteiligung und Information aber auch für Austausch, Identitätsbildung sowie zur Stärkung der Netzwerkstabilität dar. Sprechen diese Veranstaltungen zudem externe Akteur*innen oder Klient*innen an, tragen Sie auch zur Öffentlichkeitsarbeit im Netzwerk und zu dessen Skalierung bei.

Es lassen sich unterschiedliche digital und analog umsetzbare Arten von Veranstaltungen, nicht immer ganz trennscharf, unterscheiden:

Netzwerkaktionen:

Kleinere (thematisch und regional begrenzte) durch das Netzwerk organisierte Aktivitäten. Hierzu zählen beispielsweise Informationsstände oder Social-Media-Aktionen.

So findet in Spork beispielsweise regelmäßig ein Gesundheitsstammtisch statt, der sich jeweils einem thematischen Schwerpunkt widmet und für die Stammgäste eine Gelegenheit darstellt mit anderen Interessierten und Fachleuten ins offene Gespräch zu kommen.

Netzwerkveranstaltungen:

Umfangreiche Aktionen in der Region oder darüber hinaus, organisiert durch das Netzwerk unter Einbeziehung externer Partner*innen. Sowohl Format als auch Thema spielen dabei eine zentrale Rolle. Eine Netzwerkveranstaltung könnte beispielsweise ein Aktionstag oder ungewöhnliche Formate wie ein Flashmob sein. Netzwerkveranstaltungen bündeln in der Regel verschiedene Aktionen in einem konzeptionellen Rahmen.

So wurde beispielsweise im Sommer 2017 ein Tag der offenen Tür im Gesundheitszentrum Spork veranstaltet, bei dem sich das GZ Spork selbst, die Projektpartner*innen sowie Gesundheits- und Reha-Anbieter*innen vorgestellt haben, aber auch umfangreiche Angebote aus dem Themenbereich Gesundheit, Wellness und Prävention stattfanden. Auch für das leibliche Wohl und für Spaß wurden gesorgt und die Gäste hatten Gelegenheit sich die renovierte ehemalige Schule anzuschauen.

Schwerpunktveranstaltungen:

Netzwerkveranstaltungen zu einem für das Netzwerk zentralem Thema bzw. Themenkomplex, organisiert durch das Netzwerk unter Einbeziehung externer



Partner*innen. Schwerpunktveranstaltungen dienen dazu, das ausgewählte Thema strategisch weiterzuentwickeln. In der Regel sind Schwerpunktveranstaltungen daher Teil einer längerfristig angelegten thematisch abgegrenzten Reihe.

So wurde im November 2018 beispielsweise ein „Großes Netzwerktreffen“ im Modellprojekt durchgeführt. Eingeladen waren neben Vertreter*innen aus Lokalpolitik, die in der ersten Projektphase identifizierten Stakeholder sowie bereits im Gesundheitszentrum Spork aktive Anbieter*innen von Gesundheitsdienstleistungen. Hauptziele der Veranstaltung waren die Sensibilisierung der Teilnehmenden für die Belange und Besonderheiten des Netzwerkes, die Identifikation von möglichen Beiträgen der Teilnehmenden innerhalb des Netzwerkes sowie deren Erwartungen und Wünsche an das Netzwerk sowie die Ermittlung des Potenzials an gegenseitiger Vernetzung und Kooperation. Die Veranstaltung wurde entsprechend der Zielsetzungen in drei inhaltliche Teile gegliedert.

Zunächst wurden die 45 anwesenden Teilnehmenden über Hintergründe, Zielsetzungen, Angebote und Visionen des Netzwerkes informiert und bekamen die Möglichkeit selbst Fragen zu stellen. Im zweiten Teil wurden eigene Beiträge in das Netzwerk sowie Erwartungen an das Netzwerk in Form einer moderierten Kartenabfrage unter dem Motto „Suche und Biete“ abgefragt. Auf diese Weise konnte eine Anreiz-Beitrags-Kartographierung vorgenommen werden. Im Anschluss daran erfolgten erste Schritte hinsichtlich der horizontalen Vernetzung der Teilnehmenden mittels drei thematischer Fallbeispiele, anhand derer konkrete Versorgungsprobleme diskutiert und kooperative Problemlösungen gemeinsam erarbeitet wurden.

Beteiligungskreise:

Im Gegensatz zu Schwerpunktveranstaltungen stehen bei Beteiligungskreisen weniger bestimmte Themen als vielmehr Personenkreise im Mittelpunkt (z. B. Ärzt*innen, Bewohner*innen eines Ortes, Verbände). Es handelt sich somit um Formate zur Einbindung und zur Gewährleistung der Partizipation anhand zielgruppenspezifischer Themen. Sie helfen eine für das Netzwerk relevante Personengruppe in das Netzwerk einzubinden und diese für die Belange des Netzwerkes zu aktivieren.



Ein populäres Beispiel hierfür stellt im Modellprojekt das Bürgerbegleitgremium dar. Ziel des Gremiums ist die Einbindung schwächerer Stakeholdergruppen durch die Beteiligung an der Angebotsentwicklung und die Reflektion der Projektarbeit aus Bürger*innen- und Nutzer*innensicht.

Netzwerkakteurstreffen:

Treffen von besonders an der Entwicklung von Netzwerkstrukturen und -prozessen interessierter Akteur*innen zum gemeinsamen Austausch. Schwerpunkte hierbei sind netzwerkspezifische (strategische) Fragestellungen. Netzwerkakteurstreffen können turnusmäßig oder im Bedarfsfall stattfinden.

So gab es im Projektverlauf immer wieder Treffen mit dem Ärztenetzwerke BOHRIS (Ärztenez Bocholt Rhede Isselburg). Dieses wurde 2016 von der Stadt Bocholt mit den Nachbarkommunen gegründet zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Expertengespräche:

Experten- bzw. Hintergrundgespräche zu bestimmten Themen ggf. gemeinsam mit Netzwerkpartner*innen. Ziel ist es, weitere Informationen zu spezifischen Themen zu erhalten. In den zumeist nicht öffentlichen Expertengesprächen treffen sich Vertreter*innen des Netzwerkes und ausgewählte Fachvertreter*innen, die in besonderer Weise Auskünfte zu Netzwerkthemen geben können (z. B. Vertreter*in eines Ministeriums, eines kommunalen Amtes oder eines Fachverbandes).

Um spezifische Themen in Bezug auf das Modellprojekt zu prüfen, wurde mit dem Ziel der Wissenseinholung in konkreten Einzelfällen Expertengespräche geführt (z. B. zum Thema einer möglichen Einbindung ausländischer Heilberufler*innen in Deutschland und zum Thema Heilkundeübertragungsrichtlinie).

Expertenrunden:

Expertenrunden zu bestimmten Themen ggf. unter Einbeziehung von Publikum. Ziel ist es, das Netzwerk und die Öffentlichkeit zu informieren sowie weitere Informationen zu spezifischen Themen zu erhalten. Zugleich können in diesem Format auch fachliche Kontroversen zu einem Thema geführt und mögliche Konflikte und Lösungen diskutiert werden.



So sind im Projekt mehrere Vortragsveranstaltungen (z. B. Patientenverfügung) entstanden, die fachkundig informieren und dennoch Raum für Austausch lassen.

Trotz gelungener und regelmäßiger Kommunikation kann es in jedem Netzwerk zu Konflikten und Krisen kommen. Sie lassen sich nicht vollständig vermeiden, insbesondere nicht in Netzwerken, in denen unterschiedlichste Akteur*innen mit unterschiedlichsten Interessen gemeinsam agieren. Dort entstehen Spannungsfelder zwischen Zusammenarbeit und Wettbewerb, zwischen Vertrauen und Kontrolle, zwischen Autonomie und Abhängigkeit oder aber auch zwischen Bedürfnissen nach Formalität und Informalität (vgl. Sydow 2006). Es kann zu Auseinandersetzungen kommen, die offen ausgetragen werden oder aber zu eher verborgenen, die schwelend die Arbeit im Netzwerk begleiten oder gar behindern. Gelingt es nicht, die vorhandenen Konflikte konstruktiv zu wenden oder aufzulösen, schaden sie der Zusammenarbeit im Netzwerk. Konfliktpotenziale lassen sich allerdings durch eine gute, offene und proaktive Kommunikation sowie eindeutige und verbindliche Absprachen unter den Akteur*innen reduzieren. Auch tragen eine eindeutige Zielsetzung und ein transparentes Vorgehen im Netzwerk dazu bei Konflikte zu vermeiden. Zentral ist dabei die Sensibilität für Konflikte und Unstimmigkeiten im Netzwerk.



PRAXIS: **Öffentlichkeitsarbeit der Koordinierungsstelle**

Die Kommunikationsaufgaben der Koordinierungsstelle fokussierten auf die Bekanntmachung des Konzeptes, des Gesundheitszentrums Spork sowie auf der Bewerbung der einzelnen Veranstaltungsformate. Dabei kamen neben den selbst initiierten Veranstaltungsformaten insbesondere folgende Kommunikationsmaßnahmen zum Einsatz:

- Berichte über das Projekt in den Medien
- Bereitstellung und Pflege einer Homepage zum Gesundheitszentrum inkl. Anmeldefunktion
- Bereitstellung von Artikeln über das Gesamtprojekt sowie einzelnen Angeboten in der Tageszeitung Bocholter-Borkener Volksblatt, den Anzeigenblättern Bocholter Report und Stadtkurier
- Berichte im Monatsmagazin PAN



- Organisation von Presseterminen zu besonderen Veranstaltungen und Ereignissen des Projektes
- Kleinanzeigen in der Presse
- Werbung für Raumvermietung in kommerziellen Immobilienportalen
- Vorstellung des Projektes bei interessierten Institutionen und Gremien
- Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen
- Kontaktaufnahme zu Multiplikator*innen
- Erstellung von Printprodukten (z. B. Plakate, Flyer und Folder)
- Erstellung eines monatlichen Veranstaltungskalenders und dessen Verteilung an ausgewählten Auslegestellen
- Unterstützung von und Abstimmung mit Anbieter*innen bei deren Öffentlichkeitsarbeit
- ...

2.2.4 Erfolge im Netzwerk messen und darstellen

Die Sicherstellung der Qualität der Netzwerkarbeit und der daraus hervorgehenden Potenziale und Angebote ist wichtig, um den Netzwerkteilnehmenden einen verlässlichen Nutzen zu stiften. Die Erarbeitung und Festsetzung von Regeln können helfen, eigene ethische und fachliche Standards umzusetzen. Dazu gehörten im Projekt GZ Spork unter anderem die Prüfung von Ausbildungs- und Qualifizierungsnachweisen der Anbieter*innen von Gesundheitsdienstleistungen und von ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen (eGbs), die Erstellung und Kontrolle von Kooperationsvereinbarungen mit Anbieter*innen und von Ehrenamtsverträgen (Vereinbarungen) mit den eGbs. Ebenso gehörten der Einsatz und die Weiterentwicklung von Feedbackbögen, die Durchführung von Nutzer*innen- und Anbieter*innen-Gesprächen, die Auswertung und das Monitoring der Feedbacks und die Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen wie bspw. dem Datenschutz dazu. Darüber hinaus ermöglichen Instrumente wie regelmäßig durchgeführte Netzwerkradare¹¹ Rückschlüsse auf den Erfolg des Netzwerkes und dokumentieren Entwicklungsverläufe.

11 Um Akteur*innen in der Praxis die Möglichkeit zu geben Themennetzwerke zu gestalten, wurde durch das IZGS im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektes GESCCO ein Analyse-Tool zur Planung und Visualisierung von Netzwerken entwickelt. Die drei Teile des Netzwerkradars erlauben sowohl das Interesse der Netzwerkakteure an unterschiedlichen Themen (Themen-Radar) sowie deren Erreichbarkeit durch unterschiedliche Instrumente / Formate (Aktionen-Radar) abzubilden. Ferner erlaubt das Radar zur Netzwerkbe-teiligung eine erste Analyse der Qualität der Anbindung an das Netzwerk.



Doch Qualitätssicherung und Erfolgsmessung sind nicht nur aus einer internen Steuerungsperspektive relevant. Vielmehr gilt es die Leistungsfähigkeit des Netzwerkes mitunter auch gegenüber Politik, Verwaltung, Öffentlichkeit und Geldgeber*innen darzustellen. Daher lohnt es sich einen Blick auf die Messbarkeit der Zielerreichung im Netzwerk zu legen. So können auch positive und negative Entwicklungen frühzeitig erkannt, transparent gemacht und gegebenenfalls nach innen und außen dargestellt werden. Ein bewährtes Mittel zur Erfassung und Bewertung der Zielerreichung in Netzwerken sind Leistungskennzahlen oder auch Key Performance Indicators (KPI).

Key Performance Indicators

Bei Key Performance Indicators handelt es sich um quantifizierte und verdichtete Informationen, die komplexe Sachverhalte vereinfacht darstellen, einen umfassenden Überblick gewährleisten und für Analyse, Planung, Umsetzung und Kontrolle genutzt werden können (vgl. Losbichler et al. 2015).

Key Performance Indicators ...

- sind ein zentrales Controlling-Instrument und dienen der Planung und Steuerung von Netzwerken,
- dienen der Evaluation, wobei sie die Bewertung des Erfüllungsgrades von Zielen bzw. den Fortschritt von Maßnahmen ermöglichen (vgl. Gessler 2005),
- unterstützen die Kommunikation mit den zentralen Anspruchsgruppen und
- können in Netzwerken dazu dienen, Akteurskonstellationen auf gemeinsame Ziele auszurichten und Leistungen zu messen bzw. zu bewerten (vgl. Stirzel und Armbrüster 2012 nach Kaplan et al. 1997).



Die Schlüsselindikatoren lassen sich dabei für verschiedenste Dimensionen bilden. Damit sind meist komplexe Sachverhalte angesprochen, die zum Erreichen der Mission und der Netzwerkziele beitragen. Mit Blick auf die Machbarkeit und Effizienz von Evaluationen sollte die Anzahl der Dimensionen auf einige wenige beschränkt werden. Da die Ergebnisse der Evaluation möglichst überprüfbar sein sollen, wird jede Dimension weiter konkretisiert und mit Indikatoren hinterlegt. Indikatoren sind dann konkrete, bestimmbare „Anzeiger“, die helfen die Zielerreichung zu messen. Sie lassen sich qualitativ oder quantitativ näher bestimmen.

Das könnten beispielsweise sein:

- **Netzwerkstruktur:** Mit der Dimension „Netzwerkstruktur“ soll die Entwicklung zentraler Eigenschaften des Netzwerkes abgebildet werden, um so Rückschlüsse auf den Erfolg des Netzwerkes ziehen zu können. Wichtige Erfolgsgrößen sind dabei die – nur qualitativ zu erfassende – inhaltliche Entwicklung in Verbindung mit der Entwicklung der Größe, Ausdehnung und der öffentlichen Präsenz des Netzwerkes. Zusammen mit den anderen Evaluationsdimensionen kann somit ein Bild über die Austauschbeziehungen und die Entwicklungsperspektiven des Netzwerkes gewonnen werden.
- **Netzwerknutzer:** Die Dimension „Netzwerknutzer“ nimmt Personen in den Blick, die vor allem die Angebote des Gesundheitszentrums in Anspruch nehmen. Sie bildet somit wichtige, aber doch nicht alle Akteur*innen des Netzwerkes ab. Als unmittelbare Nutznießer*innen kommen ihnen jedoch im Anreiz-Beitrags-Gefüge des Netzwerkes (auch ökonomisch) besondere Bedeutung zu. Sie stellen Ressourcen zur Verfügung und sind allein schon aufgrund ihrer schiereren Zahl zentrale Multiplikator*innen.
- **Netzwerkanbieter:** Anbieter*innen sind Personen, die in eigenem Auftrag oder für eine Organisation Gesundheitsangebote im Netzwerk zur Verfügung stellen. Darunter fallen auch Angebote von Personen, die dies ausschließlich ehrenamtlich machen wie z. B. den Lauffreiwort oder den Fahrdienst. Als unmittelbare Erbringer*innen eines Leistungsspektrums kommt auch ihnen im Anreiz-Beitrags-Gefüge des Netzwerkes (auch ökonomisch) eine besondere Bedeutung zu.



- **Netzwerkökonomie:** Die Dimension „Netzwerkökonomie“ nimmt die ökonomischen Austauschverhältnisse, unterschiedliche Finanzierungslogiken (Netzwerkbetriebskosten und Aktivitätskosten) sowie die Akzeptanz des Leistungsspektrums in den Blick. Sie basiert maßgeblich auf einem stimmigen Zusammenspiel der Dimensionen. Sowohl eine solide Netzwerkstruktur als auch ein solides und positives Austauschverhältnis zwischen Nutzer*innen, Anbieter*innen und Steuerungseinheit tragen dazu bei, tragfähige Finanzierungsmodelle zu entwickeln.

Da die im Leitbild und der Strategieplanung definierten Ziele des Netzwerkes im Idealfall Lösungen für die in der Region identifizierten Herausforderungen (siehe SWOT-Analyse) anbieten, kann mit Hilfe der Evaluation auch festgestellt werden, ob und in welchem Umfang das Netzwerk einen Beitrag zur Lösung der vorab festgestellten Defizite, Mangelzustände etc. beiträgt.

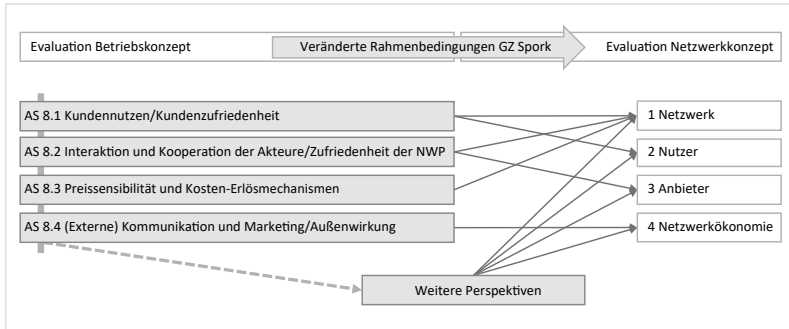


PRAXIS: Evaluation GZ Spork

Im Projektverlauf war u. a. eine Evaluation des Betriebskonzeptes geplant. Erste Erfolgsgrößen wurden bereits ein Jahr nach Projektbeginn identifiziert und danach kontinuierlich an den realen Gegebenheiten vor Ort angepasst. Dabei wurden die vier ursprünglich vorgesehenen Dimensionen Kund*innennutzen, Interaktion und Kooperation der Akteur*innen, Preissensibilität und Kosten- und Erlösmechanismen sowie (externe) Kommunikation auf die neuen Gegebenheiten eines themenzentrierten regionalen Netzwerkes angepasst. Dies wurde notwendig, um den im Projektverlauf zunehmend an Gewicht gewinnenden Netzwerkcharakter des Gesundheitszentrums abbilden zu können. Eine Tendenz, die im Zusammenhang mit der Verschiebung des Gesamtkonzeptes von einem räumlich orientierten Filialbetrieb mit einem klar umrissenen wirtschaftlichen Betriebskonzept hin zu einem umfassenden Gesundheitsnetzwerk mit diffusen, asymmetrischen und vielfach informellen Austauschlogiken stand. In der Folge hat sich das ursprünglich geplante Betriebskonzept zu einem Netzwerkkonzept gewandelt. Abbildung 23 zeigt für die Erfolgsmessung von Netzwerken mögliche Dimensionen sowie Indikatoren zu deren Messung, die im Modellprojekt angewendet wurden.



Abbildung 23: Indikatoren zur Erfolgsmessung im Gesundheitsnetzwerk.



Eigene Darstellung IZGS.

Zur Erhebung der Daten hat das IZGS zum einen ein Exceltool entwickelt, das fortlaufend durch die Koordinationsstelle ausgefüllt werden sollte. Das Tool ermöglicht die Erfassung der Kontakte zur Koordinierungsstelle, die Anzahl der Angebote und Nutzer*innen sowie den Realisierungsgrad von Angeboten. Ergänzend wurde eine Online-Befragung konzipiert, welche insbesondere die Interaktion und Kooperation sowie die Zufriedenheit der Netzwerkanbieter*innen über eine einfache Beurteilungsskala erfasste. Dieser Fragebogen sah auch Optimierungsvorschläge und ein offenes Feedback vor. Rückfragen zu den erhobenen Daten wurden darüber hinaus in einem Interview mit der Koordinierungsstelle geklärt.

Im Ergebnis konnte bestätigt werden, dass im und um das Gesundheitszentrum Spork ein lebendiges Netzwerk entstanden ist, das durch eine Vielzahl an interdisziplinären Anbieter*innen und Nutzer*innen von Gesundheitsangeboten lebt. Die Akzeptanz der Nutzer*innen ist groß und das Interesse seitens der Anbieter*innen und Nutzer*innen steigt nach wie vor an – auch außerhalb des ursprünglichen Einzugsgebietes. Um das Angebot weiter auszubauen sollte die bereits praktizierte partizipative Angebotsentstehung und -entwicklung fortgesetzt werden. Die Steigerung des Bekanntheitsgrades des Netzwerkes kann zum einen durch eine erweiterte Kommunikation (v. a. digital) erhöht werden. Aufgrund der nicht ausreichenden Raumkapazitäten, ist zum anderen auch



die Erschließung bzw. der Ausbau der Nutzung von Räumlichkeiten außerhalb des Gesundheitszentrums anzustreben.

Zukünftig sollte das Augenmerk jedoch nicht mehr im schnellen Netzwerkausbau liegen, sondern insbesondere im Ausbau der Netzwerkdichte. Der Fokus sollte auf gemeinsame Netzwerkaktivitäten mit entsprechenden gemeinsamen oder aufeinander abgestimmten Angeboten gelegt werden, um die Netzwerkbeziehungen zu verdichten und einen noch höheren Nutzen für die Nutzer*innen als auch für die Anbieter*innen zu schaffen und somit das Gleichgewicht zwischen Anreiz- und Beitragsstruktur auszubauen. Denn eine hohe Nutzer*innen- und Anbieter*innenzufriedenheit ist die Basis für tragfähige Finanzierungsmodelle.

Das Leistungsangebot der Koordinierungsstelle wird sehr positiv bewertet und lässt auf ein günstiges Austauschverhältnis schließen. Lediglich im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gibt es Optimierungsbedarf (z. B. Online-Auftritt). Dass diese jedoch ihre Wirkung zeigt, verdeutlicht das mittlerweile über die Region hinausgehende Einzugsgebiet der Nutzer*innen aber auch die steigende Anzahl an Homepagebesucher*innen in engem Zusammenhang mit den umfangreichen Kommunikationsmaßnahmen.

2.3 Die Verstetigung und Verdichtung des Netzwerkes (Phase 3)

Zu den Wesensmerkmalen von Netzwerken gehört, dass sie mit zunehmender Anzahl an Akteur*innen und Austauschprozessen komplexer werden und sich in gewisser Weise verselbstständigen. Dies ist geradezu ein Erfolgskriterium der Netzwerkbildung, denn nur so entstehen systembedingte Effekte, die mehr sind als die Summe der einzelnen Aktivitäten. Diese als Emergenz bezeichnete Eigenschaft beschreibt in einem System die mehr oder weniger spontane Herausbildung neuer Eigenschaften als Resultat des Zusammenspiels seiner Elemente. Dabei lassen sich die Eigenschaften eines solchen Systems nicht – oder jedenfalls nicht offensichtlich – auf Eigenschaften der einzelnen Akteur*innen zurückführen, die diese isoliert aufweisen.



Die Vielzahl der Kommunikationserfordernisse und Aktivitäten wären durch einige wenige Akteur*innen in einem zentral gesteuerten Verbund nicht leistbar. Das themenbezogene Netzwerk durchdringt die Region in vielschichtiger Weise und setzt das Thema bei den relevanten Anspruchsgruppen. Doch gerade dieser Erfolg hat auch einen Preis. In dieser Phase können die Begründer*innen des Netzwerkes bzw. der Netzwerkkern die Kommunikation und Aktivitäten der Netzwerkpartner*innen weder vollständig überschauen noch kontrollieren. Dies ist ein kritisches Moment in der Netzwerkentwicklung. Selbstregulierende Untergruppen etablieren sich und Interessen, die von der ursprünglichen Netzwerkidee abweichen, werden stärker. Typische Mechanismen von Verhaltenssteuerung, wie sie in Vereinen, Unternehmen oder Behörden üblich sind, greifen hier dann nicht mehr. Insofern stoßen auch „traditionelle“ Leitungsvorstellungen und Managementinstrumente schnell an Grenzen.

Daraus ergeben sich wenigstens zwei bedeutsame Herausforderungen für die Netzwerkakteure:

- (1) **Haltung entwickeln:** Um die Emergenz des Netzwerkes zu fördern und zu erhalten, muss die Vorstellung über Steuerung und Kontrolle des Netzwerkes verändert werden. Das „Leben im Kontrollverlust“ ist eine psychologische Aufgabe und erfahrungsgemäß eine der größten Herausforderungen in komplexen Netzwerken. Die daraus resultierende Unsicherheit (Wer ist verantwortlich? Wer erntet die Lorbeeren? Wer leistet genau welchen Beitrag? Wer haftet, wenn etwas misslingt?) ist oft nur schwer zu ertragen. Hier gilt es eine entsprechende Haltung zwischen dem Willen zur Mitgestaltung und der Erkenntnis der Begrenztheit der Möglichkeiten zu entwickeln – eine „Netzwerkhaltung“.
- (2) **Instrumentarium entwickeln:** Die Tatsache, dass eine umfassende Steuerung und Kontrolle letztlich nicht möglich sind, bedeutet hingegen nicht, dass es keine Form der Einflussnahme in Netzwerken gibt. Um diesen Unterschied hervorzuheben, soll nachfolgend im Hinblick auf komplexe Netzwerke von **Orchestrierung** statt von Leitung, Steuerung oder Management gesprochen werden.



Orchestrierung

Unter Orchestrierung wird im Netzwerk der Aufbau und die Gestaltung von Möglichkeitsräumen sowie das auf die Verfolgung der Netzwerkziele ausgerichtete Setzen eigener und Aufgreifen fremder Impulse innerhalb dieser Möglichkeitsräume verstanden. Kennzeichnend für die Orchestrierung von Netzwerken ist aufgrund ihres emergenten Charakters die vergleichsweise hohe Ergebnisunsicherheit. Insbesondere das Verhältnis von Input zu Output und von Gestaltung zu Ergebnis ist dynamisch und in hohem Maße unbestimmt. Auch sind aufgrund der sich ständig verändernden Netzwerkzustände Lerneffekte begrenzt möglich. Der Ansatz der Orchestrierung begegnet diesen Eigenschaften durch ein partizipatives, ergebnistolerantes, auf Versuch und Irrtum basierendes Vorgehen. Wesentliche Merkmale dieser „Steuerungsform“ sind ...

- die Entwicklung einer wertorientierten Grundhaltung, die aufbauend auf dem Leitbild sowohl die Zieldimensionen als auch die Art und Weise der Zielerreichung reflektiert und somit eine wichtige Leitplanke künftiger Netzwerkaktivitäten bietet (Haltung),
- die umfangreiche Einbeziehung der Netzwerk-Stakeholder in die Zielbestimmung und Entscheidungsfindung (Partizipation),
- Impulse, mittels derer in Analogie zu den Nervenbahnen im Gehirn fortwährend Kommunikations- und Handlungsanlässe für das gesamte Netzwerk oder Teilnetzwerke geschaffen werden (Impulssteuerung),
- die Offenheit für schrittweises Vorgehen und Versuchs-Irrtums-Prozesse und die Fähigkeit daraus zu lernen (Experimentalität).

2.3.1 Das Netzwerk orchestrieren

Das wachsende und erfolgreiche Netzwerk wird zunehmend autonomer und dynamischer. Dies hängt vor allem mit den Akteur*innen und ihren Wechselbeziehungen zusammen. Wengleich sich diese Netzwerke meist nicht hierarchisch steuern lassen, so gibt es doch, in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstadium, Möglichkeiten diese aktiv zu gestalten.



Durch das bewusste **Schaffen von Möglichkeitsräumen** werden in der Aufbauphase die Grundlagen für Partizipation, Vernetzung und Kooperation in einem wachsenden Akteursgefüge geschaffen. Innerhalb dieser Räume werden unterschiedlichste Formen der Ausgestaltung von Beziehungen unter den Netzwerkpartner*innen, gemäß unterschiedlicher Handlungslogiken (solidarisch, äquivalent, vertikal oder generalisiert reziprok, siehe Kapitel 1.1) möglich.

Um das Netzwerk jedoch kontinuierlich weiter zu entwickeln und an den sich verändernden Nutzer*innenbedürfnissen anzupassen, um somit den Bedarf am Netzwerk selbst aufrecht zu erhalten, müssen auch in der Phase des selbstständigen Wachstums immer wieder Impulse zu dessen Stimulation gesetzt werden. Unter **Impulsen** werden dabei durch den Netzwerkkern bewusst gesetzte Stimuli (Reize in Form von Handlungen und Kommunikationsmaßnahmen) verstanden, die im Idealfall eine **Reaktion im Netzwerk** auslösen und so u. a. Interesse an den Themen des Netzwerkes erzeugen, neue Netzwerkpartner*innen ansprechen und Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen. Gleichzeitig können aber auch Stimuli endogen direkt aus dem Netzwerk heraus oder exogen induziert werden. Unabhängig davon, von wo der Reiz letztendlich kommt, sollte dieser, wenn der Stimulus stark genug ist, aufgegriffen und in konkrete Aktivitäten überführt werden.

Prinzipiell können entsprechend der auslösenden Akteur*innen drei Impulse unterschieden werden:

- (1) Zentral gesetzte Impulse des Netzwerkkerns, die beispielsweise durch eine Koordinierungsstelle erfolgen und ins Netzwerk gegeben werden,
- (2) Impulse, die durch andere Netzwerkakteure in das Netzwerk eingebracht werden und bei denen der Netzwerkkern nicht zwangsläufig involviert sein muss und
- (3) Impulse, die von außen in das Netzwerk gelangen.



Netzwerkimpulse

Bei Netzwerkimpulsen handelt es sich um ziel- und planvoll gestaltete Interventionen und Kommunikationsmaßnahmen. Im Ergebnis können Impulse sowohl beabsichtigte (intendierte) als auch nicht beabsichtigte (nicht intendierte) Folgen haben.

Von Netzwerkimpulsen sind zufällige und unbeabsichtigte Auswirkungen von Handlungen zu unterscheiden. Dies sind Aktivitäten und Kommunikationen, die ohne konkretes Netzwerkziel oder versehentlich in Verfolgung anderer Ziele gesetzt werden. Gerade die hohe Schnelligkeit sozialer Medien in Verbindung mit der Subjektivität und Geschwindigkeit von digitaler Kommunikation ist Ursache für zahllose nicht zielgerichtete Netzwerkimpulse. Sie sind mitunter lediglich Ausdruck eines Affektes oder einer subjektiven Befindlichkeit, können jedoch auch wie zielgerichtete Impulse erhebliche Auswirkungen haben. Zur Orchestrierung eines Netzwerkes gehört es, derartige unbeabsichtigte Impulse – da sie sich ohnehin nicht gänzlich unterbinden lassen – in konstruktive Bahnen zu lenken. Die Unterscheidung zwischen Netzwerkimpulsen und anderen impulsauslösenden Handlungen ist nicht immer trennscharf. Konsequenzen haben beide Formen.

Die Orchestrierung von Netzwerken verfolgt im Kern drei Zielsetzungen:

- (1) Gestaltung und Entwicklung einer Netzwerkinfrastruktur,
- (2) planvolle Gestaltung von Impulsen zur Netzwerksteuerung und
- (3) zielgerichtete Bearbeitung von (fremden) Netzwerkeinflüssen.

Dies bedeutet konkret:

- (1) Grundlegend für die dauerhafte Funktionsfähigkeit eines Netzwerkes ist die Verfügbarkeit einer „gepflegten“ Basisinfrastruktur. Diese kann aus unterschiedlichsten Ressourcen wie Räumlichkeiten, Personal, einer Kommunikationsplattform, Verteilern, Beratungs- und Koordinationsangeboten u. v. m. bestehen. Damit diese aufgebaut und entwickelt werden kann,



sind **strukturebende und unterstützende Netzwerkarbeiten** erforderlich (Kapitel 2.2.2). Dies sind Aktivitäten, die dem Aufbau und Erhalt der Netzwerkfunktionalität mitsamt den zugehörigen Strukturen und Prozesse dienen. Hierzu gehört auch die Kommunikationsinfrastruktur beispielsweise durch die Bereitstellung von notwendigen Informationen und die Schaffung von Möglichkeiten zum (Wissens-)Austausch.

Technische Anleitungen und Routinetätigkeiten sind mit verhältnismäßig wenig Aufwand erfasst, niedergeschrieben und dadurch abrufbar. Sie sind weniger variabel und somit über einen längeren Zeitraum hinweg gültig (vgl. Howaldt und Kopp 2008). Anders verhält es sich jedoch bei kontextabhängigem Beziehungs- und Koordinierungswissen. Solches für Netzwerke bedeutsames Wissen ist häufig personengebunden und deswegen bestenfalls mit sehr viel Aufwand zu übertragen. Es kann bestenfalls durch den persönlichen und informellen Erfahrungsaustausch sowie die gemeinsame Umsetzung von Aktivitäten weitergegeben werden (beispielsweise durch längere Begleitung der Person).

- (2) Für eine Steuerung des **Netzwerkes durch Impulse** gibt es zahlreiche Instrumente (insbesondere Kommunikationsinstrumente; Kapitel 2.2.3), welche unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen und durch deren Einsatz unmittelbar Impulse ausgelöst werden. So eignen sich beispielsweise öffentliche Veranstaltungen zur Information und Partizipation (z. B. Informationsveranstaltung zu einem wichtigen Gesundheitsthema), Online-Voting-Verfahren zur Meinungsbildung und Bedarfsermittlungen im Netzwerk oder Online-Messenger-Gruppen, zum Austausch im Netzwerk.
- (3) Neben der aktiven Netzwerkorchestrierung durch eigene Impulse ist es eine zentrale Aufgabe der Netzwerkorchestrierung **Impulse zu erkennen**, die von anderen Netzwerkakteuren gesendet oder von außen her angetragen werden. Dies setzt eine hohe Sensibilität sowie die Fähigkeit voraus, die Impulse aufzunehmen und in planvolle Aktivitäten zu übersetzen. Dabei ist zunächst der Impuls selbst aus der Vielzahl der Kommunikationen und Aktivitäten wahrzunehmen (**Detektion**). Impulse erscheinen in sehr vielfältiger Form. Sie können als Kritik, Idee, Blogbeitrag, Fachmeinung, konkrete Handlung oder sogar in der Verweigerung von Kommunikation und Handlungen bestehen. Dabei stellt sich für alle Netzwerkpartner*innen die Frage, wann und wie auf einen Impuls zu reagieren ist. Dazu muss durch den Netzwerkkern die Bedeutsamkeit eines



Impulse für das Netzwerk erkannt werden. Es können niemals alle Impulse planvoll einbezogen werden, sodass eine Auswahl der als besonders bedeutsam wahrgenommenen Impulse erfolgen muss (**Selektion**). Besonders bedeutsam sind Impulse zentraler Anspruchsgruppen, wie wichtiger Multiplikator*innen, zentraler Kritiker*innen, Ressourcengeber*innen oder Impulse, die das Potenzial haben, die Arbeit des Netzwerkes zu entwickeln oder zu behindern. Schließlich müssen diese Impulse – quasi als Antwort – in Handlungen oder Aktivitäten übersetzt werden (**Transformation**).

Die Steuerung von Netzwerken über Impulse muss dabei vielfach auf der Grundlage des Prinzips von Versuch und Irrtum erfolgen. Zu den Besonderheiten komplexer, teils emergenter Netzwerke gehört es nämlich, dass Impulse zwar aktiv gestaltbar, ihre Auswirkungen jedoch in der Regel schlecht vorhersehbar sind. Ein gesetzter Impuls kann die erwartete Wirkung erzielen oder aber auch eine gänzlich andere Wirkung entfalten bzw. wirkungslos verpuffen. So könnten beispielsweise die Unmutsäußerungen verschiedenster Stakeholder über lange Zeiträume hinweg keine nennenswerten Auswirkungen haben oder aber eine einzige zum falschen Zeitpunkt gravierende Konsequenzen.

Wird ein Impuls von Akteur*innen im Netzwerk aufgenommen und entsteht daraus als Reaktion eine Netzwerkaktivität kann unter Umständen das Netzwerk daran wachsen. Wird beispielsweise im Rahmen einer Netzwerkveranstaltung das Thema Prävention von Suchterkrankungen thematisiert (*Impuls*) kann das der Initialfunke für die Entstehung einer Selbsthilfegruppe sein (*Netzwerkaktivität*), der sich wiederum neue Akteur*innen anschließen (*Wachstum*). Dieses Wachstum kann befristet oder dauerhaft sein und kann wiederum neue Impulse auslösen. Erfolgen über einen längeren Zeitraum keine neuen Impulse zur Entfaltung des Netzwerkes, besteht die Gefahr der Stagnation oder sogar des Netzwerkzerfalls. Bevor es soweit kommt, wären Impulssetzungen durch den Netzwerkern sinnvoll. Ein Eingreifen ist ebenfalls erforderlich, wenn es zu einem deutlichen Ungleichgewicht des Anreiz-Beitrags-Systems kommt oder Netzwerkakteure sich nicht mehr an den gemeinsam festgelegten Zielen und Werten orientieren.



Werden Impulse aufgenommen, so hat dies Auswirkungen auf Struktur, Netzwerkakteure und Prozesse des Netzwerkes. Wenngleich diese Auswirkungen nicht in Gänze vorhersehbar sind, so kann über einen begrenzten Lerneffekt bei routinemäßigen Handlungen doch eine gewisse Lenkung erfolgen. Die Praxis zeigt dabei, dass in phasenweise stabilen Netzwerken mit zunehmender Erfahrung die Steuerungswirkung der Impulse steigt.

2.3.2 Die Orchestratoren in Netzwerken

Mit der Entwicklung des Netzwerkes verändern sich sowohl die Aufgaben als auch die dafür notwendigen Kompetenzen des Netzwerkkerns bzw. der Menschen, die haupt- oder nebenamtlich das Netzwerk vorantreiben.

In der Initialphase eines regionalen Themennetzwerkes bestehen die Hauptaufgaben der für die Entwicklung zuständigen Personen in der strukturellen Aufbauarbeit. Mit zunehmendem Netzwerkaufbau entsprechen die Aufgaben jedoch immer mehr denen eines*einer Netzmanagers*Netzmanagerin, der sowohl Netzwerklenkungs- bzw. -orchestrierungsfähigkeiten als auch auf das Netzwerkthema bezogene Fachkenntnisse benötigt, um die Ziele des Netzwerkes vorantreiben und die relevanten Akteur*innen miteinander vernetzen zu können. Darüber hinaus sollten diese Personen über umfangreiche Fähigkeiten im Beziehungsmanagement verfügen: Konfliktmanagement, Moderationskenntnisse, Einfühlungs- und Motivationsvermögen sind unabdingbar, um unterschiedlichste Akteur*innen ohne formales Weisungsrecht weiterzuentwickeln.

Mit steigender Netzwerkgröße und -dichte und der damit einhergehenden Dynamik des Netzwerkes rückt die Weiterentwicklung eines nachhaltigen tragfähigen Netzwerkes in den Mittelpunkt. Die bisherigen Aufgaben entfallen dabei jedoch nicht. Sie sollten aber durch definierte, nach Möglichkeit standardisierte Prozesse, auf viele Schultern innerhalb des Netzwerkes verteilt werden, da im Regelfall keine dauerhafte Finanzierung eines mehrköpfigen Koordinierungsteams möglich ist. Regionale Themennetzwerke sind zeitlich oft nicht befristet, sondern arbeiten über lange Zeiträume hinweg. Nur wenn dies nachhaltig gelingt, sind öffentliche und private Akteur*innen bereit, das Netzwerk mitzutragen.



Die Orchestrierung von Netzwerken kann dabei durch einzelne Personen, Gruppen oder institutionelle Akteur*innen erfolgen:

- (1) Orchestrierung durch Einzelpersonen: Auch komplexe Netzwerke werden vielfach durch engagierte Einzelpersonen orchestriert. Diese setzen allein oder verbunden mit anderen Personen Impulse und organisieren den Austausch im Netzwerk. Diese Form der Orchestrierung ist in digitalen Netzwerken verbreitet. Sie stößt aber schnell an Grenzen. Insbesondere, wenn es darum geht, Veranstaltungen und Treffen im analogen Raum zu organisieren oder längerfristige Ziele zu verfolgen. Darüber hinaus ist die Abhängigkeit des Netzwerkes von einem*einer einzelnen Akteur*in sehr hoch, was letztlich auch wieder die Bindungskraft reduzieren kann und das Netzwerk bei Ausfall der Person insgesamt gefährdet.
- (2) Orchestrierung durch Gruppen: Schließen sich mehrere Personen zusammen, um ein Netzwerk aufzubauen und zu entwickeln, kann der Aufwand der Orchestrierung auf verschiedene Schultern verteilt werden. Die Netzwerksteuerung durch Gruppen kompensiert Nachteile wie hohe Abhängigkeit und hohes Ausfallrisiko gegenüber der Steuerung durch einzelne Personen, schafft aber auch neue Herausforderungen. Hier stellt sich die Frage nach der Übereinstimmung der Ziele und dem Umgang mit Konflikten in der Gruppe.
- (3) Orchestrierung durch institutionelle Akteur*innen: Bilden institutionelle Akteur*innen wie Vereine und Verbände, Behörden oder Unternehmen den Ausgangspunkt der Netzwerkaktivitäten, so kann in der Regel eine personenunabhängigere Form der Orchestrierung erreicht werden, da meist Funktionen und Positionen der Netzwerkarbeit zugeordnet werden, die bei entsprechender Einarbeitung auch von anderen Personen umgesetzt werden kann. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang die Schaffung einer zentralen organisatorischen Einheit sein, zu deren Aufgabe die Pflege des Netzwerkes gehört. Nachteil kann die geringere Identifikation und Bindungskraft der „beauftragten“ Personen sein.



PRAXIS: Orchestrierung im Gesundheitszentrum Spork

Die Orchestrierung im Gesundheitszentrum erfolgte über eine zentrale Koordinierungsstelle, die direkt im Gesundheitszentrum angesiedelt ist und durch den verantwortlichen Verein L-i-A administriert wurde. So war das Koordinierungsteam vor Ort stets am Puls der Netzwerkakteure und konnte Stimmungen und Ideen zeitnah aufnehmen. Durch den so entstandenen „Tür- und Angel-Kontakt“ zu den Nutzer*innen und Dienstleister*innen vor Ort und den engen Austausch durch aktive Mitwirkung in diversen Vereinsfunktionen und -ämtern in Spork konnten niedrigschwellig Impulse aufgenommen, gesetzt und beobachten werden. Auf strategischer Ebene fand die Orchestrierung über die Geschäftsführung des Vereins Leben im Alter sowie den Wissenschaftspartnern statt.

Die Schwerpunkte der Koordinierungsstelle gliederten sich in drei Zielbausteine, und zwar die Ansiedlung professioneller Gesundheitsanbieter*innen, die durch FfG erfolgte Ausbildung und der Einsatz ehrenamtlicher Gesundheitsbegleiter*innen (eGb) sowie den Aufbau und die Umsetzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention (Abbildung 24).

**Abbildung 24: Übersicht der Zielsetzung im Modellvorhaben.**

1 Ziel: Ansiedlung professioneller Gesundheitsanbieter*innen	2 Ziel: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleiter*innen (eGb) ausbilden und einsetzen	3 Ziel: Aufbau und Umsetzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention
Professionelle Gesundheitsanbietende wie z. B. Ärzt*innen, Logopäd*innen, Therapeut*innen unterschiedlicher Fachrichtungen, Ernährungsberater*innen und Heilpraktiker*innen bieten ihre Dienstleistungen tage- oder stundenweise in den Räumen des Gesundheitszentrums an.	Ehrenamtliche Gesundheitsbegleiter*innen begleiten Menschen individuell im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Begleitung passt sich an die jeweilige Lebenssituation, Motivationslage und an die Potenziale der Begleiteten an. Die Ehrenamtlichen werden entsprechend qualifiziert, z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung.	Im GZ Spork entstehen Angebote und Platz für die Umsetzung von Ideen zur gesundheitlichen Vorbeugung, der individuellen Gesundheitsförderung und der Gesundheitsbildung. Diese werden gemeinsam mit ehrenamtlich Engagierten und professionellen Dienstleistern / Einrichtungen erarbeitet und umgesetzt.

Eigene Darstellung L-i-A.

Zielbaustein 1: Ansiedlung professioneller Gesundheitsanbieter*innen

Ursprüngliches Ziel des Bausteines war der Aufbau eines Filialbetriebes professioneller Dienstleister*innen im Gesundheitsbereich. Dazu zählten Allgemeinmediziner*innen, Logopäd*innen,



Podolog*innen, Physio- oder Ergotherapeut*innen und weitere Fachrichtungen der Heilmittelerbringung. Durch einen stundenweisen interdisziplinären Filialbetrieb sollten sich die Dienstleistenden für definierte Zeitfenster in den Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums einmieten. Der Begriff Filialbetrieb beschreibt allgemein eine weitere Niederlassung neben der bestehenden Praxis, wobei die Räumlichkeiten im Gesundheitszentrums von unterschiedlichen Anbieter*innen rollierend genutzt werden sollten. Für die Vergabe der Räumlichkeiten sollten „on demand“-Lösungen etabliert werden oder auch längerfristig fixierte Zeitpläne gelten. Geplant war ebenfalls die Einrichtung von Außensprechstunden von Ärzt*innen in den Räumlichkeiten des Gesundheitszentrums sowie die Einbindung nichtärztlicher Praxisassistent*innen (NäPas)¹². Die NäPas der lokalen Bocholter Ärzteschaft sollten die ärztliche Versorgung der Menschen im Projektgebiet unterstützen und die Nutzer*innen des GZ Spork im Rahmen der hausärztlichen Versorgung betreuen.

Eine wesentliche Aufgabe der Koordinierungsstelle und der Projektpartner*innen bestand zunächst in der Recherche und Prüfung der räumlichen, gewerblichen, rechtlichen und inhaltlichen Rahmenbedingungen, die zur Umsetzung der Ziele berücksichtigt werden mussten. So stellte sich jedoch heraus, dass beispielsweise für kassenärztliche Praxisbetriebe abgeschlossene Praxisräume mit eigener Infrastruktur wie z. B. separater Toiletten und Entsorgung, erforderlich sind. Damit war allein schon aufgrund der geplanten Mehrfachnutzung der Räume im Sinne eines interdisziplinär nutzbaren rollierenden Multifunktionsraums und einer mietergemeinsamen Toilettenanlage eine Ansiedlung ausgeschlossen.

Zudem ist eine gemeinsame Nutzung von ärztlich genutzten Praxisräumen mit nichtärztlichen Anbieter*innen wie z. B. Heilmittelerbringer*innen

12 Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) sind medizinische Fachangestellte, die eine entsprechende Fortbildung zur NäPa absolviert haben. Dabei führen sie arztunterstützende Tätigkeiten durch, wie durch den*die Ärzt*in angeordnete Hilfeleistungen, Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patient*innen, Testverfahren bei Demenzverdacht und Erfassung von Hirnleistungsstörungen, Patient*innenschulungen, Anlegen von Langzeit-Blutdruckmessungen, Bestimmung von Laborparametern oder das Anlegen von Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2019).



nach § 124 SGB V und § 125 Abs. 1 SGB V. untersagt (vgl. GKV-Heilmittel-Zulassungsempfehlung 2018). Somit standen der Idee eines medizinisch orientierten Filialbetriebes bzw. einer Kombination von Heilmittelerbringer*innen in Teilzeit oder in der stundenweisen räumlichen Kombinitzung das KV-Recht, die GKV-Richtlinien und das ärztliche Standesrecht (Berufsordnung) entgegen.

Auch die Einrichtung einer Außensprechstunde wurde geprüft. Nach Aussage der *Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe* ist eine Außensprechstunde nicht zulässig. Durch den bereits vor Projektbeginn erfolgten Umbau der Bestandsimmobilie waren räumliche Gegebenheiten vorgegeben, die keine finanziell vertretbaren Änderungen für eine Ansiedlung von KV-gebundenen Heilmittelerbringer*innen und Kassenärzt*innen im Projektverlauf mehr möglich machten. Insofern hätten daher im Vorfeld die räumlichen Gegebenheiten auf ihre rechtliche Zulassung kritisch für den gewünschten Einsatzzweck in Abstimmung mit der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geprüft werden müssen.

Auch der Einsatz von nichtärztlichen Praxisassistent*innen erwies sich als nicht durchführbar. NÄPas dürfen nur im häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen mit Betreuungscharakter (wie z. B. einem Altenheim) tätig werden. Somit können NÄPas nicht im Gesundheitszentrum, das nicht als Einrichtung im o. g. Sinne eingestuft wird, eingesetzt werden. Zudem werden NÄPas immer nur im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses für Ärzt*innen oder Praxisgemeinschaften tätig und stehen nur den durch diese Praxis betreuten Patient*innen zur Verfügung. Damit können sie keine Ärzt*innen- / Praxis-übergreifende regionale Versorgung leisten.

NÄPas werden laut der befragten Praxisinhaber*innen dringend in den Praxen gebraucht. Dadurch war es unrealistisch, dass Ärzt*innen aus ihren überlasteten Praxen NÄPas zur Verfügung stellen. Allerdings soll von Seiten des Ärztenetzwerkes BOHRIS¹³ geprüft werden, ob bspw. ein Ärzte-

13 Das hier tätige Ärztenetzwerk BOHRIS ist eine Initiative der Ärzteschaft von Bocholt, Rhede und Isselburg und versucht, gemeinsam mit der Stadt Bocholt das Problem des Ärzt*innenmangels und der sinkenden medizinischen Versorgung durch eigene Initiative zu lösen.



netzwerk – nicht eine Praxisgemeinschaft – eine vom Netzwerk selbst eingestellte und somit von mehreren Ärzt*innen gemeinsam beschäftigte NÄPa im GZ Spork einsetzen darf. Die NÄPas sollen, so die Überlegung des Vorstandes von BOHRIS, zukünftig in Form eines mit den Kassen abgestimmten Modellvorhabens für mehrere Ärzt*innen zeitgleich tätig sein (dürfen) und auch außerhalb der derzeit gültigen reinen Haus- und Institutionsversorgung an externen Orten den Ärzt*innen zuarbeiten. Dadurch könnten NÄPas möglicherweise auch im GZ Spork für mehrere Ärzt*innen tätig werden. Bei der Prüfung steht BOHRIS im Austausch mit dem Ärztenetz Legden (Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e. V.), das in der Entwicklung seines Modellprojektes schon weit vorgeschritten ist. Bei Interesse an einer Nutzung von NÄPas sind Kontakte zu lokalen Ärzte-Netzwerken bzw. Modellprojektionen aufzubauen, um mögliche Synergien zu ermitteln.

Im Zuge der Recherchen zu Alternativen kassenärztlicher Versorgung ist die Koordinierungsstelle auf die Heilkundeübertragungsrichtlinie aus dem Jahr 2012 gestoßen. Die Heilkundeübertragungsrichtlinie ermöglicht, dass ärztliche Aufgaben zunächst in Modellvorhaben auf qualifizierte Angehörige der Kranken- und Altenpflegeberufe übertragen werden können. Ein Projekt, in dem diese bundesweite Richtlinie umgesetzt wird, ist nicht bekannt. Die Ärzteschaft hatte damals massiv gegen diese Richtlinie argumentiert. Eine Umsetzung eines entsprechenden Vorhabens im Projekt GZ Spork war aufgrund des explorativen Ansatzes und der fehlenden Erkenntnisse aus anderen Projekten nicht realisierbar.

Aufgrund der beschriebenen Hindernisse konnten keine GKV-zugelassene Heilmittelerbringer*innen im Gesundheitszentrum angesiedelt werden. Stattdessen siedelten sich sechs Dienstleister*innen in Privatpraxen an: zwei Physiotherapeut*innen, eine davon auch Heilpraktikerin, eine weitere Heilpraktikerin sowie jeweils eine Körpertherapeutin, eine Ärztin für Prävention und Gesundheit und eine Psychoonkologin. Diese sind jeweils stunden- bzw. tageweise im GZ Spork tätig und gut ausgelastet.

Zusätzlich konnten ehrenamtlich tätige Ärztinnen für „Gesundheitsgespräche“ gewonnen werden. Dabei handelt es sich um kostenlose Einzelgespräche im vertraulichen Rahmen, bei denen sich Bürger*innen über



medizinische Themen, ihre Erkrankungen oder ein Behandlungsverfahren informieren können oder ihren Arztbericht erklärt bekommen. Sie können ebenfalls Fragen zu Medikamenten oder Laborberichten stellen und Gesundheitsförderung sowie Präventionsmöglichkeiten besprechen. Das ehrenamtliche Angebot stellt allerdings keine „zweite Meinung“ dar und greift nicht in laufende Therapien ein. Das Angebotsportfolio der „Gesundheitsgespräche“ basiert auf einer Abstimmung mit dem Justiziar der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL).

Im Bereich Telemedizin erfolgte eine Sachstandsermittlung über die Situation in Kanada, den USA und Dänemark. Eine Übersicht der infrage kommenden Möglichkeiten wurde erstellt. Die technischen Voraussetzungen (Internet- und Mobilfunkverbindungen) sind allerdings im GZ Spork nicht ausreichend vorhanden. Zudem hätte die Umsetzung inklusive der Einbindung der Ärztekammer, der KVWL, des Datenschutzbeauftragten sowie von Telekommunikationsunternehmen den Projektrahmen überschritten.

Eine Besonderheit ist die räumliche Nähe von Spork zu den Niederlanden. Es bestand von Anfang an ein Interesse daran, das Netzwerk auch für in den Niederlanden tätige kooperationswillige Therapeut*innen unter Beachtung der damit verbundenen Besonderheiten zu öffnen. Das Zulassungsrecht von Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland ist in vielen Bereichen anders strukturiert als das Recht in den Niederlanden. Daher gestaltet sich eine Verbindung des Sporker Dienstleistungsportfolios mit den nahe gelegenen niederländischen Anbieter*innen schwierig. Wo in Deutschland das Heilpraktikerrecht greift, ist in den Niederlanden das Zulassungsrecht der analog zu sehenden Naturgeneeskundigen anders geregelt. Im therapeutischen Bereich ist grundsätzlich eine Heilpraktikerprüfung nach deutschem Recht (inkl. Segmentheilpraktiker) vorgeschrieben. Dies gilt auch für alle in den Niederlanden zugelassenen und praktizierenden Naturgeneeskundigen. Somit konnten Naturgeneeskundige sich nicht in Spork niederlassen bzw. etwas anbieten, was aber im Sinne der Angebotsvielfalt förderlich wäre.



Zielbaustein 2: Ehrenamtliche Gesundheitsbegleiter*innen

Eine weitere Aufgabe der Koordinierungsstelle war die Akquise, das Matching und (gemeinsam mit der FfG) die Koordination und Begleitung der eGb.

Die Grundvoraussetzungen, um Ehrenamtliche zu akquirieren, waren eine sehr gute Vernetzung mit Vereinen und Verbänden vor Ort, ein großer Bekanntheitsgrad des Vereins L-i-A und/oder des Personals der Koordinierungsstelle sowie eine effektive Öffentlichkeitsarbeit. Um die eGb zu bewerben sowie Freiwillige und zu Begleitende zu gewinnen, wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt: In der Tageszeitung Bocholter Borkener Volksblatt sowie dem Monatsmagazin „PAN“ wurden mehrere Artikel und Kleinanzeigen veröffentlicht. Zudem wurden bei der Auftaktveranstaltung des Projektes, am Tag der offenen Tür des Gesundheitszentrums sowie diversen weiteren Veranstaltungen und in persönlichen Gesprächen über das Vorhaben informiert. Darüber hinaus organisierte die Koordinierungsstelle gemeinsam mit der FfG eine eigene öffentliche Informationsveranstaltung zur ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitung, die in der Tenne des Guts Heidefeld in Spork stattfand. An der Veranstaltung nahmen 15 interessierte Personen teil. Im Anschluss führte die Koordinierungsstelle gemeinsam mit einer Vertreterin der FfG Einzelgespräche mit allen Interessierten, um die Eignung und das Interesse zu prüfen und beiderseitig die Vorstellungen über das Engagementprofil abzustimmen. Zwölf Personen erklärten ihr langfristiges Interesse an der ehrenamtlichen Aufgabe. Schließlich wurden zehn Personen qualifiziert, neun Frauen und ein Mann.

EGb sind Menschen, die optimalerweise, aber nicht zwingend notwendig, bereits Erfahrung im Gesundheitsbereich haben und im Rahmen eines freiwilligen, kostenlosen Engagements beispielsweise chronisch kranke Menschen oder ältere und hochaltrige Menschen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention begleiten. Aufgaben der eGb sind u. a. Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen wie Ernährung bei Diabetes oder Bewegung einzuholen und zu erläutern, passende Gesundheitsangebote wie Bewegungsangebote zu finden, gemeinsam mit den Begleiteten an solchen gesundheitsförderlichen Angeboten teilzu-



nehmen, die Motivation der Begleiteten zur Teilnahme auch auf Dauer aufrechtzuerhalten oder sie zu Ärzt*innenbesuchen zu begleiten und im Anschluss die Umsetzung der Ratschläge des medizinischen Fachpersonals zu unterstützen. Dazu wurden die eGb durch Expert*innen der FfG und unter Einbezug lokaler Fachreferent*innen geschult.

Die für die Qualifizierung notwendige Infrastruktur (Räume, Technik, Catering) wurde durch die Koordinierungsstelle organisiert. Die FfG erstellte das Qualifizierungskonzept und führte die Qualifizierung durch, die aus 60 Lerneinheiten à 45 Minuten bestand.

Bereits während der Qualifizierungsphase wurden die ersten Kontakte zwischen den zu Begleitenden und den eGb angebahnt. Zielgruppe der eGb sind Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen z. B. durch chronische Krankheiten oder altersassoziierte Funktionseinbußen. Ausführliche Informationen zur Zielgruppe der eGb, zu den Inhalten und Methoden der Qualifizierung sowie den Tätigkeiten und den Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung sind dem dritten Band dieser Handbuchreihe zu entnehmen. Um zu überprüfen, ob die zu Begleitenden zu den eGb zwischenmenschlich passen und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, wurden die zu Begleitenden von den eGb zu Hause besucht. Dabei wurden die eGb in der Regel durch die Koordinierungsstelle begleitet.

Die Koordinierungsstelle erarbeitete eine Kooperationsvereinbarung für die Freiwilligen, Nutzervereinbarungen und Schweigepflichtserklärungen für die Begleiteten sowie Versicherungsfragen. Diese sowie weitere Haftungsfragen wurden rechtlich geprüft¹⁴.

Das finale Matching zwischen eGb und zu Begleitenden erfolgte in der Regel durch die Koordinierungsstelle. In wenigen Fällen kam der Kontakt auch über die eGb selbst zustande und wurde dann über die Koordinierungsstelle auch formal hergestellt.

14 Zur rechtlichen Prüfung und den Haftungsfragen siehe Band 4 dieser Handbuchreihe.



In der Akquise der zu Begleitenden war die Überwindung von Hemmungen und das Aufbauen von Vertrauen eine Herausforderung. Manche der zu Begleitenden schämten sich anfangs, um Unterstützung zu bitten und ihre individuellen Unterstützungsbedarfe offenzulegen. Die persönliche Ansprache und die Bekanntheit der Mitarbeitenden der Koordinierungsstelle sowie das Vertrauen, das sich der Verein L-i-A durch langjährige Arbeit erworben hat, waren Schlüssel zum Erfolg und auch für die Akquise der eGb sehr wichtig.

Im Projektverlauf wurde die Koordinierungsstelle zeitnah und ausführlich durch die FfG über Verlauf, Erfahrungen und Rückmeldungen der Teilnehmenden der Qualifizierung und der Reflektionstreffen informiert. Durch regelmäßige Projekttreffen, bilaterale Absprachen sowie Bereitstellung der Protokolle und Dokumentationen der Treffen war stets ein enger Austausch gewährleistet. Die Evaluation des Begleitungsansatzes im Projekt zeigte jedoch, dass es förderlich ist, von Beginn an eine*n Vertreter*in der Trägerorganisation in die Qualifizierung und Reflektion miteinzubeziehen, die im Anschluss auch als Kontaktperson der eGb fungiert. So können Mitarbeitende der Koordinierungsstelle direkt von Anfang an als lokale Ansprechpersonen der eGb etabliert werden.

Zielbaustein 3: Aufbau und Umsetzung von Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention

Ziel des Bausteins war die bedarfsgerechte Entwicklung und Etablierung von Gesundheitsangeboten wie Reha-Sportangebote, Beratungen oder präventive Angebote mit Hilfe von Kooperationspartner*innen. Durch die FfG wurden zu Projektbeginn eine Quartiersbegehung und eine Bedarfsanalyse in Spork und den fünf umliegenden Ortsteilen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse verdeutlichten, welche Gesundheitsthemen aus Nutzer*innensicht wichtig sind und bildeten – neben anderen Quellen – eine Grundlage für die Gestaltung der Angebote im Gesundheitszentrum. Ausführliche Informationen hierzu finden sich im ersten Band dieser Handbuchreihe. Weitere statistische Übersichten über die Gesundheitslage der Bocholter Bevölkerung aus Krankenkassensicht oder anderen regionalen Datensammlungen standen nicht zur



Verfügung. Gespräche diesbezüglich mit Krankenkassenvertreter*innen und Forschungsinstituten verliefen aus Datenschutzgründen bzw. aus Personalmangel zur Datenanonymisierung bei angefragten Krankenkassen ergebnislos.

Die Koordinierungsstelle bot zusätzlich an mehreren ausgewählten, stark frequentierten Stellen in den verschiedenen Ortsteilen Infostände zur Öffentlichkeitsarbeit an. Neben der Möglichkeit sich über das GZ Spork zu informieren wurde ebenfalls ein „Quartiersspiel“ angeboten. Im „Quartiersspiel“ konnten die Teilnehmenden anhand einer vorgegebenen Themenauswahl ihren persönlichen Bedarf und Wünsche für die Tätigkeit des Gesundheitsnetzwerkes nach persönlicher Wichtigkeit bewerten. Die abschließende Auswertung floss in die Planungsüberlegungen ein.¹⁵

Die Angebotsentwicklung richtete sich zu Beginn des Projektes an den durch die FfG und die Koordinierungsstelle ermittelten sowie vermuteten oder statistisch bekannten Bedarfen der regionalen Bevölkerung aus. Während der Projektlaufzeit wurden auch Hinweise und Wünsche bestehender Anbieter*innen oder Anfragen von Nutzer*innen des GZ Spork bzw. weiteren Akteur*innen berücksichtigt. Dabei spielten u. a. folgende Ziele eine Rolle:

- Die Unterstützung der Lebensstiländerung in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Stressvermeidung.
- Die Stärkung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung des Lebensalltags.
- Die Stärkung der Selbstfürsorge.
- Die Förderung der Gesundheitskompetenz.
- Die Förderung gesundheitsfördernder Potenziale.

¹⁵ Siehe Band 1 dieser Handbuchreihe. Hier sind auch weiterführende Informationen zu Möglichkeiten, Bürger*innen an der Angebotsentwicklung zu beteiligen, zu finden.



Für diese Form der Angebote stand der MZR des Bürgervereins Spork Aktiv im Gesundheitszentrum zur Verfügung. Professionelle Anbieter*innen entrichteten eine nach Stunden gestaffelte Miete an Spork Aktiv e. V. Für ehrenamtliche Angebote wurde der Raum kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Zu Projektbeginn wurden anerkannte kassenfinanzierte Formate wie z. B. Präventions- oder Rehabilitationssportangebote vorrangig behandelt. Später wurden auch kostenfreie Angebote sowie kundenfinanzierte Angebote für Selbstzahler*innen realisiert. Bei der Gestaltung des Portfolios lagen Gruppenveranstaltungen klar im Fokus, da diese zum einen die sozialen Kontakte fördern und zum anderen preislich attraktiv angeboten werden konnten.

So wurden u. a. Vorträge und präventive / gesundheitsfördernde Angebote aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung organisiert und ein regelmäßiger Gesundheitsstammtisch eingeführt. Während der Projektlaufzeit gingen etwaige Erlöse zur Anschubfinanzierung in voller Höhe an die Anbieter*innen (zur nachhaltigen Finanzierung des Gesundheitszentrums, siehe Kapitel 2.4 dieses Handbuchs).

Aufgrund der wachsenden Anzahl von Angeboten wurde ein monatlicher Veranstaltungskalender herausgegeben. Dieser wurde von der Koordinierungsstelle von L-i-A erstellt und mit mindestens 1.000 Exemplaren in Spork und Bocholt – zum Teil von Ehrenamtlichen – verteilt. Zudem wurde er auf der Homepage des Gesundheitszentrums sowie auf Facebook veröffentlicht.

Am GZ Spork wurden im Zeitraum 2017-2020 folgende Angebote organisiert:

Rehasport-Angebote

- Rehasport, Orthopädie, Kurs I
- Rehasport, Orthopädie, Kurs II
- Rehasport, Orthopädie, Kurs III
- Rehasport, Orthopädie, Kurs IV
- Rehasport, Neurologie
- Rehasport, Orthopädie mit erhöhtem Betreuungsaufwand
- Rehasport, Orthopädie, Bewegung in Balance



Präventions-Angebote

- Fit und gesund
- Haltung und Bewegung
- Life Kinetik
- MBSR, Achtsamkeit u. Stressbewältigung, 8-Wo.-Kurs
- Haltung und Bewegung (Sonderform: Fasziensorientiertes Bewegungstraining)
- Autogenes Training
- Präventionskurs zur Resilienzsteigerung

Gesundheitsstammtische seit September 2018 jeden Monat zu wechselnden Themen

Yogaangebote

- Kundalini-Yoga 50+
- Kundalini-Yoga für alle
- Breath-Walk (Laufyoga)

Erste Hilfe

- Sonderfälle der Ersten Hilfe im häuslichen Bereich

Vorträge zur Klinischen Hypnose

- Der Einsatz klinischer Hypnose zur gesunden Gewichtsreduktion
- Gesund zum Nichtraucher durch klinische Hypnose
- Innere Unruhe – Warum kann klinische Hypnose helfen?
- Ängste, Panikattacken und Phobien – Wie komme ich da endlich raus?
- Burnout – Wie wird der innere Akku voll und der Kopf leer?
- Ständiges Gedanken machen – Wie komme ich da endlich raus?

Klinische Hypnose für Frauen

- Von Frau zu Frau – Individuelle Stressbewältigung für Frauen
- Von Frau zu Frau – Mehr Selbstbewusstsein für Frauen in Familien
- Von Frau zu Frau – Persönlichkeitsentwicklung – Wie man Selbstbewusstsein selbst entwickeln kann
- Von Frau zu Frau – Wie kann ich mich besser abgrenzen und mich nicht immer für alles verantwortlich fühlen?

**Vorträge, Workshops und Gesundheitstechniken**

- Ganzheitliche Integrative Atemtechnik
- Stressfrei im Alltag durch Klopfakupunktur EFT
- Ab nach draußen – Workshop mit der Komoot-App (Navigationssoftware besonders für Radtouren)
- Gesunder Schlaf
- Vortrag Reha Neurologie
- Dreiteilige Vortragsreihe: Schlafprobleme – Wie kann ich wieder gesund schlafen?
- Infoveranstaltung Life Kinetik
- Vortrag Phytomedizin
- Vortrag multiresistente Erreger
- Workshops: Parfüm und Naturkosmetik selbst herstellen
- Vier Veranstaltungen zum Thema Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Vortrag Ganzheitliche Meridian-Impulstechnik
- Vortrag Gestresster Darm, Gestresster Mensch
- Vortrag Erlebnisabend die heilende Kraft des bewussten Atmens
- Vortrag: Die Augen einfach vergessen (Augengesundheit und Optometrie)
- Workshop: Zweitageskurs: Emm-Tech Selbsthilfekurs

Frauengesundheitsfrühstücke

- Finden drei bis viermal jährlich im Gut Heidefeld zu unterschiedlichen Themen statt

Bewegung

- Info – Kennenlernnachmittag Senior*innentanz
- Wöchentlicher Senior*innentanz im Sporker Saal
- Monatliches Tanzangebot (in Zusammenarbeit mit dem Jobcenter)

Ernährung

- „Leichter leben in Deutschland“ ein Gewichtsreduktionsprogramm in Zusammenarbeit mit der Arens' Marien-Apotheke Bocholt
- LliD-Gentest Infoabend: Leichter-Leben in Deutschland-Gentest: Meta-Check
- Körperfett- / Muskelmasse Aktionstage
- Einzelberatungen zum Thema Ernährung



Freie Angebote

- Chi Kung
- Psyrena Gruppe

Ehrenamtliche Angebote

- Waldspaziergänge
- Lauftreff 60+
- Radtouren 60+
- Erfahrungsaustausch mit der Komoot-App für Fahrradtouren
- PC-Sprechstunde Mouse-Mobil auch zu Themen der Gesundheit
- Niederländischkurs
- Englisch mit Muße (VHS Kurs)
- Offenes Singen
- Doppelkopf spielen
- Apfelsaftpressen
- Obsttauschbörse
- Planet Plastic (Umwelt und Plastikvermeidung)
- Gesundheitsgespräche mit ehrenamtlichen Ärzt*innen

Die Abrechnung der Kurse erfolgte über die Anbieter*innen. Die Sportvereine wickelten ihre kassenfinanzierten Rehasportangebote direkt mit den Krankenkassen ab.

Im Gesundheitszentrum Spork fanden auch Angebote statt, die durch ehrenamtliche Eigeninitiative erstellt und in Absprache mit der Koordinierungsstelle von L-i-A durchgeführt wurden. Dabei unterstützte die Koordinierungsstelle die Umsetzung. Dazu zählten Bewegungsangebote wie der wöchentliche Lauftreff, wöchentliche Waldspaziergänge mit Yoga-Übungen oder die monatliche Fahrradtour, aber auch weitere wöchentliche Angebote zur sozialen Teilhabe wie der Singkreis oder die Gitarrengruppe sowie die monatlichen Angebote *Klönnachmittag* oder die *PC-Sprechstunde*. Darüber hinaus werden auch Einzelveranstaltungen von Ehrenamtlichen initiiert, wie z. B. das Schulungsangebot für eine Navigationssoftware für Radtouren über den ADFC. Für die Einzelveranstaltungen und Schulungen organisierte die Koordinierungsstelle die Räumlichkeiten, die technische Ausstattung und ein Catering.



Besondere Herausforderungen

Eine Herausforderung im Projekt bleibt die digitale Infrastruktur. Die telefonische und internetgestützte Kommunikation in Spork ist im inneren Ortsbereich – sofern kabelgebunden – möglich (max. 50 Mbit). Im ländlichen Außenbereich von Spork ist der Internetausbau auf schlecht funktionierende Funkstrecken ausgelegt, die keine ausreichende und sichere Kommunikation zulassen.

Auch im Mobilfunkbereich ist Spork unterversorgt. Aufgrund der Grenznähe zu den Niederlanden findet – je nach Anbieter*in – ein häufiger Wechsel zwischen deutschen und niederländischen Mobilfunknetzen statt. Die Erreichbarkeit der Mobilfunksignale in geschlossenen Gebäuden ist – je nach Wetter und Auslastung – häufig nicht gegeben, sodass der Mobilfunkempfang nur auf freien Flächen im Kernbereich von Spork möglich ist. Diese Bedingungen spielen eine Rolle für die Überlegung, internet- bzw. mobilfunkgebundene Ärzt*in- / Anbieter*in-Patient*innenkontakte zu etablieren.

Auch in der Pflege und Nutzung des Netzwerkes werden derzeit die Grenzen der analogen Kommunikation über das Zentrum, der statischen Homepage und der Nutzung von Printmaterialien deutlich. Insbesondere die jüngere Generation und jüngere Netzwerkpartner*innen werden so nicht ausreichend erreicht und Vernetzungspotenziale nicht ausreichend genutzt.

Im ländlichen Raum stellt zudem die Mobilität eine Herausforderung dar. Nutzer*innen des Gesundheitszentrums wohnen zum Teil auf eigenen Höfen in größerer Distanz zum Ortskern. Um hier Unterstützung anzubieten, wurde ein ehrenamtlicher Fahrdienst zum Gesundheitszentrum eingerichtet. Dieser wird über die Koordinierungsstelle organisiert. Interessierte melden sich, meist telefonisch, bei der Koordinierungsstelle und teilen ihren Mobilitätsbedarf für den Besuch eines Angebotes mit. Die Koordinierungsstelle greift dann auf ehrenamtliche Fahrer*innen zurück, die mit ihren Privatwagen die Interessierten zum Angebot abholen und anschließend wieder nach Hause bringen. Aufgrund einer Spende steht für den ehrenamtlichen Fahrdienst demnächst ein behindertengerecht umgebauter Kleinbus mit variablen neun Sitzen sowie bis zu drei Rollstuhlfahrplätzen zur Verfügung.



Für die Zukunft wird zunächst der Aufbau eines formalisierten Netzwerkes geplant. Dieses wird im Anschluss virtuell konkretisiert. Die Ziele sind: Die Vernetzung aktiver Kooperationspartner*innen zu den Themen fachlicher Austausch, Vernetzung im Rahmen komplexer Fallbearbeitungen, Online-Dialogmöglichkeiten für Anfragen von Nutzer*innen, Bloggestaltung, Aufbau und Pflege einer Wissensdatenbank, Austausch und Absprachen zu gemeinsamen Veranstaltungen, Verlinkung auf die eigene Seite jedes*r einzelnen Kooperationspartners*in, ggf. Abrechnungsmöglichkeiten, Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle sowie eine Möglichkeit der Auswertung der Onlineaktivitäten des Netzwerkes zur Weiterentwicklung des Netzwerkes.

Schwerpunkte der Arbeit war die Netzwerkarbeit und die Akquise und Begleitung von geeigneten ehrenamtlichen Gesundheitsbegleiter*innen sowie von professionellen Anbietenden. Hier war Erfahrung mit der Zielgruppe und eine Verortung in der lokalen Struktur äußerst wichtig. Die Koordinierungsstelle war die Brücke aller Beteiligten und Anbieter*innen zum Netzwerk. So war es von großem Vorteil, dass eine Mitarbeitende der Koordinierungsstelle selbst Sporkerin war und in Personalunion mehrere Bereiche des öffentlichen (Vereins-)Lebens in Spork ansprechen konnte.

Im Laufe des Projektes veränderte sich die Entwicklungsperspektive vom zentral agierenden Gesundheitszentrum hin zum offenen Gesundheitsnetzwerk. Dabei ist die Koordinierungsstelle ein wichtiger Teil und eng eingebunden. Der Übergang zum Netzwerk trug auch für die einzelnen Netzwerkakteure Früchte. So konnten Partner*innen bereits in anderen Quartieren und Kontexten Aufträge erhalten. U. a. erhielten Netzwerkpartner*innen des Gesundheitszentrums bereits Aufträge vom Verein Lebenshilfe Bocholt-Rhede-Isselburg e. V. Das Netzwerk kann stadtweit genutzt und Aufträge können in andere Quartiere vermittelt werden. Zudem haben sich über das Netzwerk verschiedene Anbieter*innen kennengelernt und ausgetauscht, die nun zusammenarbeiten. Ohne die Möglichkeiten des Kennenlernens über das Netzwerk wäre eine solche Zusammenarbeit nicht möglich gewesen und belegt noch einmal die Bedeutung einer Anreiz-Beitrags-Betrachtung.



2.4 Finanzierung von themenorientierten Netzwerken

Nur wenn Netzwerke an die reale Bedürfnisstruktur der Nutzer*innen rückgebunden werden und diese wie im vorhergehenden Abschnitt gezeigt selbst eine Nutzensteigerung erfahren, können netzwerkbasierte Geschäftsmodelle generiert werden. Einfache Geschäftsmodelle (z. B. dyadisch konstruierte Marktbeziehungen) funktionieren in themenorientierten Netzwerken meist nicht. Zwar ist Hilfestellung nach wie vor ein Motiv, dies erweist sich aber nicht als ausreichend, um einen Verkaufspreis zu rechtfertigen, der die Kosten eines Netzwerkes deckt. Vielmehr ist es notwendig, einen zusätzlichen (sozialen) Nutzen zu schaffen. Dieser muss jedoch so hoch sein, dass nicht nur die Nutzer*innen selbst, sondern auch weitere potenzielle Förderpartner*innen einen realen Nutzen in der Zustiftung / Förderung bzw. durch ehrenamtliches Engagement haben, sodass ausreichend Ressourcen akquiriert werden. Besonders herausfordernd ist dabei die Finanzierung der Netzwerkbetriebskosten. Betrieben als offenes Netzwerk hat die Arbeit Kollektivgutcharakter, sodass sich letztlich niemand für deren Finanzierung verantwortlich fühlt oder Nutzer*innen im Sinne eines Trittbrettfahrers Leistungen des Netzwerkes nutzen, eine Beteiligung an den Kosten aber ablehnen. Klassischerweise organisiert in modernen Gesellschaften der Staat die Herstellung von Kollektivgütern durch Steuern bzw. Zwangsabgaben.

Entscheidend für den Aufbau eines tragfähigen Geschäftsmodells ist, dass die Bedürfnisstruktur aller Netzwerkteilnehmer derart zu bedienen ist, dass ein hoher Nutzen entsteht. Dieses Geschäftsmodell kann aufgrund der dynamischen Netzwerkcharakteristik selbst nicht statisch sein, sondern erfordert eine hohe Flexibilität, um sich dem kontinuierlich entwickelnden Netzwerk anzupassen. Dabei sind die Anspruchsgruppen und Nutzer*innen so weiterzuentwickeln, dass diese zu selbständig handelnden Akteur*innen werden, die selbst relevante Angebote anregen, initiieren und mit anderen Nutzer*innen in Anspruch nehmen und/oder einen Beitrag zur Finanzierung des Netzwerkes leisten können.

Demnach wäre es für den Aufbau eines tragfähigen Geschäftsmodells maßgeblich die Bedürfnisstruktur aller Netzwerkteilnehmer derart zu bedienen, dass

- das Netzwerk kontinuierlich aus sich selbst heraus weiterentwickelt werden kann,



- alle Akteur*innen bereit sind, eine Gegenleistung (in unterschiedlicher Währung und unterschiedlichem Umfang) für den entstehenden (sozialen, monetären und gesundheitlichen) Mehrwert zu bezahlen und
- die öffentliche Aufmerksamkeit für das Netzwerk weitere Wachstums- und Finanzierungsoptionen zulässt.

2.4.1 Kosten und Finanzierungsoptionen eines themenorientierten Netzwerkes

Entgegen einer weit verbreiteten Vorstellung von Netzwerkarbeit ist der Aufbau eines Netzwerkes keineswegs kostenlos, sondern, im Gegenteil, zeit- und ressourcenintensiv. Auch wenn die Arbeit auf mehrere Schultern verteilt werden soll, ist es ratsam von Anfang an eine realistische Ressourcenplanung vorzunehmen. Dabei lassen sich die Kosten, die für ein Netzwerk entstehen, nicht pauschal beziffern. Sie hängen vom thematischen Zuschnitt, Größe und Heterogenität, der vorzuhaltenden Infrastruktur, und den erbrachten Leistungen des Netzwerkes ab.

Zentraler Kostenfaktor in der Initiierungs- und Aufbauphase themenorientierter Netzwerke ist im Regelfall das Personal. Je nach Zielsetzung und Umfang des Netzwerkes sind entsprechende Stellenanteile zu finanzieren und entsprechende Arbeitsplätze und -räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen. Eventuell anfallende laufende Betriebskosten (Miete, Nebenkosten, Versicherungen, Informations- und Kommunikationskosten und -dienstleistungen etc.) müssen ebenso wie Netzwerkaktivitäten und Kommunikationsarbeit sichergestellt werden.

Sinnvollerweise müssen in themenorientierten Netzwerken zwei grundlegende Kostenarten unterschieden werden:

a) Netzwerkbetriebskosten: Die Finanzierung der Netzwerksteuerung oder -orchestrierung gehört dabei zu den Aufgaben, die sich üblicherweise nur schwer finanzieren lassen. Es handelt sich dabei um die regelmäßig anfallenden Aufgaben der Information und Kommunikation, der Beziehungspflege und Kontaktanbahnung. Gerade weil diese Leistungen vielfach von nur einem oder wenigen Partner*innen übernommen werden, wird der zum Teil erhebliche Aufwand extern vielfach nicht richtig ein- oder gar geringgeschätzt. Dies gilt



typischerweise auch für die Kosten von Netzwerktreffen und -kommunikation, welche oftmals von einem*einer Akteur*in organisiert werden, während die Kosten der Teilnahme von den Teilnehmenden selbst getragen werden.

b) Aktivitätskosten im Netzwerk: Die Umsetzung konkreter (Teil-)Vorhaben innerhalb des Netzwerkes sind hingegen vielfach leichter zu finanzieren. Dadurch dass diese in der Regel zeitlich begrenzt sind, ist die Bindungsdauer geringer und das Engagement überschaubar, sodass es leichter fällt, Partner*innen dafür zu gewinnen. Auch können Anliegen und eigene Ziele im Rahmen eines Projektes leichter adressiert werden, so dass die Bereitschaft zur Ressourcenerbereitstellung wächst.

Der Aufbau eines Gesundheitsnetzwerkes ist ein längerfristiger Prozess. In den verschiedenen Phasen der Netzwerkentwicklung können dabei unterschiedliche Finanzierungsformen zum Tragen kommen. Zu den typischen Kosten eines Netzwerkes gehören dabei:

- **Personalkosten:** Die Höhe der zu finanzierenden Personalkosten ist davon abhängig, ob sie über das Netzwerk getragen werden müssen oder ganz oder teilweise von Netzwerkakteuren bereitgestellt werden. Die Kosten für Personal sind ebenfalls prinzipiell durch den Einsatz von ehrenamtlichen Kräften reduzierbar, wenngleich hier die Aufrechterhaltung der Kontinuität der Arbeit nachhaltig sichergestellt werden muss. Wesentliche Einsatzfelder für das Personal sind die Netzwerkadministration, die Projektadministration, die Verwaltung, der Netzwerkaufbau etc.
- **Raumkosten:** Die Raum- und Raumnebenkosten hängen von den benötigten Raumkapazitäten ab und diese wiederum davon, ob das Netzwerk den Betrieb eigener Immobilien oder Räume erfordert oder nicht. Darüber hinaus ist die geografische Lage ein wichtiger Kostenfaktor. So sind Anmietung oder Erwerb von Immobilien in größeren Städten naturgemäß kostspieliger als in ländlichen Regionen. Dort wiederum ist nicht immer sichergestellt, dass die erforderlichen Räume auch verfügbar und gut erreichbar sind. Es können Kosten für Raummiete oder Immobilienerwerb (evtl. Zinsen), Betriebs- und Nebenkosten, Instandhaltung und Reparatur etc. entstehen.
- **Sachkosten:** In den meisten Netzwerken fallen hier vor allem Kosten für Büromaterial und Büroinventar an.



- **Kommunikationskosten:** Der Austausch mit und unter den Netzwerkakteuren ist von großer Bedeutung und erfolgt auf unterschiedlichsten Wegen, teils über den Netzwerkkern, teils aber auch autonom durch die Akteur*innen selbst. Wenngleich Kommunikation in vielen Bereich digitalisiert werden kann, werden die Netzwerkzielgruppen immer noch in erheblichem Umfang über Printmedien und persönliche Kontakte erreicht. Je mehr Aktivitäten in einem Netzwerk stattfinden, desto differenzierter wird auch der Öffentlichkeitsauftritt (siehe oben). Eine Grundfinanzierung für beispielsweise Homepage, Anzeigen, Messen, Broschüren, Flyer, Grafik und Design, Expertenhonore, Netzwerktreffen etc. ist auch hier unerlässlich.
- **Reisekosten:** Insbesondere bei überregional ausgerichteten Netzwerken können die Reisekosten erheblich werden. Aber auch wenn die Wegstrecken gering sind, können sich Auslagenerstattungen, beispielsweise für eine Vielzahl an ehrenamtlich engagierten Personen, summieren.
- **Sonstige Kosten:** Je nach Netzwerk können weitere Kosten und Ausgaben entstehen, die spezifisch erhoben werden müssen (z. B. Gebühren, Lizenzen, Versicherungen, Rechtsschutz, Haftpflicht, Berufsgenossenschaft, Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche, ...)

Zu den Vorzügen eines hybriden Netzwerkes gehört, dass viele dieser Kosten rein kalkulatorischer Natur sind, da sie zu den Ressourcen gehören, die einzelne Netzwerkpartner*innen ohnehin bezahlen und als Beitrag zum Netzwerk beisteuern (Partner*in A trägt vorhandene Arbeitskraft, Partner*in B einen nicht genutzten Raum und Partner*in C bereits für andere Zwecke angeschaffte EDV-Lösungen bei). Auf eine netzwerkinterne Leistungsverrechnung wird dabei häufig verzichtet. Eine integrierte Betrachtung aller Kosten ist aufgrund unterschiedlicher bzw. nicht vorhandener Kostenrechnungssysteme und dem Problem der Erfassung dezentraler Aktivitäten in Verbindung mit der fehlenden Rechtsform eines Netzwerkes in hybriden Netzwerken deswegen kaum möglich. Es kann mitunter jedoch ratsam sein, die unentgeltlich eingebrachten Leistungen vertraglich festzuhalten oder wenigstens zu dokumentieren. So sollte z. B. die kostenfreie Überlassung von Räumlichkeiten genau definiert werden (Zeitraum, mit oder ohne Betriebs- und Nebenkosten, Verpflichtungen des*der Mieters*Mieterin und Vermieters*Vermieterin etc.) um später Konflikte zu vermeiden.



Doch auch wenn bisweilen erhebliche Kostenanteile unentgeltlich erbracht werden können, bleiben in längerfristig stabil arbeitenden Netzwerken doch auch monetär zu bewältigende Kostenanteile bestehen. Insofern ist eine Finanzplanung aus Netzwerkperspektive unerlässlich. Die Ermittlung des Finanzbedarfs ist auch Grundlage für ein aktiv betriebenes Finanzierungsmanagement. Darunter ist die Ermittlung des benötigten Kapitals, die Beschaffung dieses Kapitals, die Anlage von Überschüssen sowie die Überwachung und Optimierung der Kapitalverwendung gemeint. Unter einer Finanzplanung versteht man „...die systematische Erfassung und Gegenüberstellung sowie die zielorientierte Abstimmung der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes zu erwartenden Geld- und Kreditströme sowie der korrespondierenden Bestände“ (Matschke, Hering und Klingelhöfer 2002: 95). Daraus lassen sich nach Vilain 2006 folgende Aufgaben für das Finanzmanagement ableiten: Ermittlung des kurz-, mittel- und langfristigen Bedarfs an Zahlungsmitteln:

- Sicherung der Zahlungsfähigkeit des Netzwerkes zu jedem Zeitpunkt
- Auswahl optimaler Finanzierungsarten für die verschiedenen Ausgabenarten
- Erkennung und Darstellung potenzieller Defizite und nicht angelegter Überschüsse
- Wahrung der Netzwerkziele bei der Ressourcenbeschaffung unter formalrechtlichen und ethisch-moralischen Aspekten
- Berücksichtigung der Regelungen des Steuer- und ggf. des Gemeinnützigkeitsrechts

Die Finanzierung kann grundsätzlich durch Spenden, selbsterwirtschaftete Mittel, Kredite, Vermögensanlage und Zuwendungen (vgl. Vilain 2006) erfolgen. Für Netzwerke und ihre Aktivitäten sind dabei einige Instrumente von besonderer Bedeutung:

Fundraisingaktivitäten:

Fundraising ist die organisierte Anstrengung einer Organisation Geld, Sachmittel oder auch Dienstleistungen, oftmals zweckgebunden, aber ohne eine materielle Gegenleistung, einzuwerben. Bekannte Arten des Fundraising sind beispielsweise Wohlfahrtsveranstaltungen, Spendenbriefe oder Patenschaften.



Fundraising-Aktivitäten eignen sich in Netzwerken besonders zur Finanzierung konkreter Projekte und Veranstaltungen sowie bei Hilfestellungen für konkrete Zielgruppen wie Kinder oder Menschen mit Behinderung / Beeinträchtigung. Spenden sind ihrem Wesen nach jedoch freiwillig und daher schwer zu kalkulieren. Sie können in Höhe und Frequenz erheblich schwanken und eignen sich für eine Grundfinanzierung daher nur begrenzt.

Mitgliedsbeiträge:

Mitgliedschaften zur Finanzierung von Leistungen und Organisationen wie Vereinen sind weit verbreitet. Sie zählen zu den gut kalkulierbaren und relativ zuverlässigen Einnahmequellen und eignen sich insofern auch zur Finanzierung von Netzwerkbetriebskosten. Dabei zahlen die Mitglieder einen festgelegten finanziellen Beitrag. Gekoppelt ist diese Art der Finanzierung häufig mit einem zusätzlichen ehrenamtlichen Engagement der Mitglieder. Mitgliedsbeiträge sind auch in Netzwerken nicht unbekannt, insbesondere dort, wo es um wirtschaftliche oder politische Interessensvertretung geht. Ungleich schwieriger ist die Erhebung solcher Beiträge in der Regel in den hier beschriebenen hybriden thematisch orientierten Netzwerken. Die Bereitschaft Mitgliedsbeiträge zu zahlen liegt überwiegend in einem Zugehörigkeitsgefühl zu einer Organisation oder Sache oder einer konkreten Nutzenerwartung begründet.

Zuwendungs- oder Antragsfinanzierung:

Eine Finanzierung über Projektmittel ist ebenfalls eine gängige Möglichkeit, um neue und innovative Vorhaben zu finanzieren. Die Mittel stammen von institutionellen Geldgebern. Ihnen liegt eine Antragstellung bei der EU, Bundes- oder Landesinstitutionen oder Kommunen bzw. Stiftungen zugrunde. Da solche Mittel in der Regel für (innovative) Projekte vergeben werden, eignen sie sich in besonderer Weise zur Anschubfinanzierung von Netzwerken oder zur Realisierung einzelner Bausteine bzw. Projekte und weniger zur Finanzierung der Netzwerkbetriebskosten. Die Nachteile dieser Finanzierungsform sind ein mitunter hoher Aufwand bei der Mittelbeantragung und -verwaltung sowie eine befristete Finanzierung.

Staatliche oder kommunale Grundfinanzierung:

Denkbar ist auch die Möglichkeit einer staatlichen oder kommunalen Finanzierung beispielsweise als Angebot der regionalen Daseinsvorsorge oder im Zuge einer Regionalförderung. Hierbei kann wiederum zwischen einer Voll- oder Teilfinanzierung unterschieden werden. Ähnlich wie bei Projekten ist bei dieser Form der Finanzierung ebenfalls mit einer temporären Befristung zu rechnen.



Da diese aber auch über viele Jahre möglich ist, kann in dieser Zeit ein wertvoller Beitrag zur Finanzierung der Netzwerkbetriebskosten geleistet werden.

Finanzierung durch Dienstleistungen:

Erfolgversprechend kann je nach Leistungsspektrum des Netzwerkes auch die Finanzierung über die Erstellung und den Verkauf eigener Dienstleistungen und Produkte sein. Dabei kann unterschieden werden, ob es sich dabei um staatliche oder private Abnehmer*innen handelt. Bei einer Finanzierung über Leistungsentgelte werden die im Netzwerk erbrachten Dienstleistungen beispielsweise durch Leistungen der Sozialversicherung oder anderer staatlicher Finanzierungsmöglichkeiten vergütet. Dies setzt allerdings voraus, dass die erbrachten Leistungen anerkannt und der*die Empfänger*in der Leistungen dazu berechtigt ist, sie zu empfangen. Bei privater Finanzierung zahlen die Nutznießer*innen der Leistung den Preis selbst. Dies kann beispielsweise durch (Kurs-)Gebühren, Verkaufserlöse oder Eintrittspreise erfolgen. Im Gesundheitssektor wird dies häufig als „Out of Pocket“- Finanzierung bezeichnet.

Auch ist es möglich für die Vermittlung oder Administration der im Netzwerk erstellten Leistungen Gebühren oder Provisionen in Rechnung zu stellen. Bietet beispielsweise ein*e Gesundheitsdienstleister*in ein Angebot im Netzwerk an bzw. nutzt das Netzwerk in irgendeiner Weise für sein*ihr Angebot, kann das Netzwerk hierfür eine Gebühr vom Dienstleistenden verlangen. Diese könnte pauschal (Nutzungsgebühr) oder leistungsbezogen (z. B. Zuschlag zur Raum- miete) geltend gemacht werden.

Selbsterwirtschaftete Mittel sind somit Ergebnis der Aktivitäten des Netzwerkes. Sollte es sich dabei um regelmäßig erbrachte Dienstleistungen handeln, besteht durch Kalkulation entsprechender Aufschläge auch die Möglichkeit Netzwerkbetriebskosten ganz oder teilweise darüber zu finanzieren.

Verbandspolitische Finanzierung:

Die Finanzierung aus Mitteln eines Verbandes setzt voraus, dass das Netzwerk oder Teilaktivitäten des Netzwerkes von einem Verband als ein wichtiges eigenes Handlungsfeld und somit als verbandspolitisch wünschenswert angesehen wird. Weil ein Verband oder ein Zusammenschluss mehrerer Verbände die Aufgaben des Netzwerkes als Teil ihrer Mission oder als wesentlichen (gesellschaftlichen) Gestaltungsauftrag sehen, teilen sie sich die Netzwerkbetriebskosten. Diese Finanzierung spielt im Sozial- und Gesundheitssektor durchaus eine ernstzunehmende Rolle. Ein Nachteil kann jedoch sein, dass sich das Netzwerk



zunehmend dem Einzelinteresse der Geldgebenden unterordnen muss und dadurch an Attraktivität für andere verliert.

Sponsoring:

Sponsoring ist eine im Zusammenhang mit Unternehmenskooperationen weit verbreitete Finanzierungsform. Dabei werden beispielsweise Einzelaktivitäten des Netzwerkes im Rahmen eines Vertrages durch Wirtschaftsunternehmen unterstützt. Als Gegenleistung für die Ressourcen, bewirbt das Netzwerk die Produkte und Dienste des Unternehmens und bindet den Sponsor in seine Kommunikationsstrategie ein bzw. lässt sich selbst umgekehrt auch einbinden. Hierbei gilt es allerdings zu beachten, dass das Sponsoring von außen als kritisch und das Netzwerk als nicht „neutral“ angesehen werden könnte. Insbesondere dann, wenn der*die Sponsor*in Einfluss auf die Ausgestaltung des Netzwerkes nimmt. Ferner muss beachtet werden, dass das Netzwerk keine eigene Rechtspersönlichkeit ist. Die Vereinnahmung der Mittel muss bei einem der Netzwerkpartner*innen erfolgen, der dann auch die Einhaltung des Vertrages sicherstellen muss.

Finanzsurrogate:

Auch bei der Finanzierung von Netzwerken haben Finanzmittel eine herausgehobene Stellung. Dennoch lassen sich gerade in hybriden Netzwerken mit einer ausgeprägten Nonprofit-Logik auch alternative Unterstützungspotenziale in erheblichem Umfang mobilisieren. Dazu zählen die Bereitschaft des kostenlosen Arbeitseinsatzes (freiwilliges Engagement), die kostenlose Überlassung von Räumlichkeiten, Sachmitteln und Fahrzeugen oder die Unterstützung in Form von Kontaktvermittlung und Kommunikationshilfen durch befreundete Organisationen und Personen.

Die Finanzierung des Netzwerkes besteht häufig aus einem Mix aus unterschiedlichsten Finanzierungsquellen und -ansätzen. Während sich die Finanzierungen über Projekte oder staatliche und kommunale Förderungen sehr gut dazu eignen, die Gründung von Netzwerken – mit einem zunächst meist ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnis (vgl. Biritz et al. 2019) – zu unterstützen, lassen sich laufende Kosten am ehesten über Mitgliedschaften oder Nutzungsentgelte finanzieren. Werden größere Vorhaben im Netzwerk geplant, bietet es sich an, mit Spenden oder Sponsoring zu arbeiten. Alle potenziellen Kosten sollten vor Aufbau des Netzwerkes benannt und – sofern möglich – passenden Finanzierungsansätzen gegenübergestellt werden.



2.4.2 Finanzierung emergenter Netzwerke durch hybride Geschäftsmodelle

Wie bereits deutlich wurde, ist die Erhaltung und Entwicklung eines regionalen Themennetzwerkes mit erheblichen Anstrengungen verbunden. Anstrengungen, die Zeit und Arbeitskraft und somit in der Regel Geld benötigen. Für das Überleben ist somit die Finanzierung der Orchestrierungsfunktion (oder des Netzwerkkerns) von zentraler Bedeutung. Dies ist eine große Herausforderung, denn bis heute gibt es nur wenige Finanzierungsoptionen für die Orchestrierung von Netzwerken jenseits von Modellprojekten. Im Gegenteil, da die Arbeit im Netzwerk oft dezent und niedrigschwellig erfolgt, ist sie für viele Akteur*innen und Außenstehende kaum erkennbar und wird nur selten im erforderlichen Umfang gewürdigt. Selbst wenn sie erkannt wird, wird sie erfahrungsgemäß von vielen Akteur*innen in ihrer Bedeutung heruntergespielt, um sich vor einer möglichen Kostenbeteiligung zu schützen bzw. diese zu verringern. Aber: Veranstaltungen, Netzwerktreffen, Informationen, Hintergrundgespräche u. v. m. organisieren sich nicht von allein! Insofern müssen auch Überlegungen zur langfristigen Finanzierung bedacht werden. Erforderlich werden daher **Geschäftsmodelle**, die den Besonderheiten hybrider Netzwerke und ihren asymmetrischen Austauschverhältnissen und Steuerungslogiken Rechnung tragen.

Ein wesentliches Ziel bei der Entwicklung eines solchen Geschäftsmodells ist die Schaffung eines Netzwerkes, das

- selbsttragend und stabil,
- in Bezug auf die Zielgruppe partizipationsfördernd und aktivierend wirkt sowie
- eine so hohe Akzeptanz (Nutzer*innen, Anbieter*innen und potenzielle Förderpartner*innen) erfährt, dass ein nachhaltiger Finanzierungsmix umgesetzt werden kann.

Die meisten Geschäftsmodelle der Wirtschaft basieren auf einer unmittelbaren distributiven Anbieter-Kunden-Beziehung, wobei der*die Kund*in die Dienstleistung eigenständig finanziert (klassische Wareneinkäufe). Andere Modelle basieren auf einer Austauschbeziehung zwischen Markt und Staat. Der Staat tritt hier als Nachfrager auf und finanziert die geforderten Dienstleistungen auf gesetzlicher Grundlage (Beispiel Dienstleistungen, die für eine Kommu-



ne erbracht werden). Eine Variation erfährt dieses Modell im Rahmen sozial-rechtlicher Dreiecksverhältnisse. Diese sind immer dann anzutreffen, wenn ein*e Bürger*in eine Leistung benötigt, die ihm*ihr sozialrechtlich zugesichert und dann staatlich finanziert wird (beispielsweise Behandlung durch eine*n Ärzt*in, bezahlt durch die Krankenkasse). In solchen Modellen müssen bereits drei verschiedene Akteur*innen berücksichtigt werden. Dies gilt umso mehr, wenn eine Zuzahlung durch den*die Bürger*innen / Kund*innen vorgesehen ist wie beispielsweise im klassischen Hausnotruf (vgl. Aproxima 2010). Netzwerke im Allgemeinen und Themennetzwerke im Besonderen lassen sich durch solche Modelle aber kaum refinanzieren. Dafür haben Netzwerke jedoch das Potenzial sehr unterschiedliche Reziprozitätsformen miteinander verbinden zu können. So können ehrenamtliches Engagement mit kommunaler Modellprojektfinanzierung, dem Angebot von Waren und Dienstleistungen und/oder Mitgliedschaftsstrukturen und -beiträgen kombiniert werden. Die Abbildung dieser ungleichen Handlungslogiken und Finanzierungsstrukturen in einem Modell wird dabei als hybrides Geschäftsmodell bezeichnet.¹⁶

Hybrides Geschäftsmodell

Ein hybrides Geschäftsmodell beschreibt im Zusammenhang mit Netzwerken die Finanzierung unterschiedlichster Netzwerkaufgaben durch die Integration heterogener Austausch- und Finanzierungslogiken. Im Mittelpunkt steht dabei die mittelbare Finanzierung von unmittelbar nicht oder nur schwer finanzierbaren Netzwerkfunktionen (z. B. Orchestrierung).

Darauf aufbauend können unterschiedliche **Einnahmequellen** (siehe Kapitel 2.4.1) etabliert werden, die zu einer Verstetigung der Koordinierungsfunktion beitragen.

¹⁶ Damit geht der Begriff im Kontext sozialer Leistungsangebote und Netzwerke weit über die in der Industrie gebräuchliche Definition hinaus, bei der lediglich die Verbindung von Industrieprodukten (z. B. Drucker) und zusätzlichen Dienstleistungen (z. B. Beratung, Wartung oder Reparatur) in einem Finanzierungsmodell gemeint ist.



Beispiele für die Kombination unterschiedlicher Erlösquellen sind beispielsweise:

- Erlöse aus angebotenen Dienstleistungen (z. B. Weiterbildungen)
- Erlöse aus Events (z. B. Bälle, Fachtagungen)
- Erlöse aus Vermietung und Verpachtung (z. B. Räume für Netzwerkpartner*innen)
- Provisionen für angebotene Vermittlungsleistungen
- Einbinden ehrenamtlicher Aktivität (z. B. Hilfe bei Events oder ehrenamtliche Aktivitäten)
- Erlöse aus der Bereitstellung haupt- und ehrenamtlicher Arbeitsleistungen
- Akquise staatlicher Fördermittel
- Querfinanzierung von Stellen im Rahmen von Projektfinanzierungen
- Spenden für Aktivitäten und Teilprojekte (z. B. konkretes Hilfsprojekt, das Netzwerkkosten anteilig mitträgt)
- strategische Kooperationen mit Industrieunternehmen und Kassen (z. B. Jahresmotto in Verbindung mit Pharmaindustrie und Krankenkassen)
- Sach- und Geldsponsoring durch Unternehmen für Werbeleistungen und Kooperationen
- Erlöse aus Mitnutzung von Ressourcen der Netzwerkpartner*innen (z. B. Büroräume oder Personal)

Die Kombination dieser Elemente ist aufgrund der örtlich sehr unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen und der hohen Entwicklungsdynamik für jedes Netzwerk individuell zu ermitteln und anzupassen.



Im Rahmen hybrider Geschäftsmodelle können somit auch Erlöse gewerblicher Natur anfallen oder es können derart enge Verflechtungen entstehen, dass von einer faktischen Mitunternehmerschaft einzelner Netzwerkakteur*innen ausgegangen werden kann. Die Beratung bzw. die Begleitung durch eine*n Steuerexpert*in sind dann dienlich.



PRAXIS

Finanzierungsüberlegungen zur wirtschaftlichen Tragfähigkeit im Gesundheitsnetzwerk Spork:

Die Entwicklung des Betriebskonzeptes für das Gesundheitszentrum Spork sollte im Modellprojekt prozessual erfolgen, wobei verschiedenste Methoden der Netzwerksteuerung und Kreativitätstechniken erprobt wurden. Bereits in einer sehr frühen Projektphase parallel zur Inbetriebnahme des Gesundheitszentrums vor Ort und der partizipativen Angebotsentwicklung wurde ein erstes Rahmenbetriebskonzept (RB I) beschrieben. Dieses sollte umgesetzt und in der Folge evaluiert werden. Das Konzept beschrieb die zwischen Vermieter und Betreiber (Orchestrator) bestehende Geschäftsbeziehung als Investoren-Betreiber-Modell mit Filialbetrieb im Gesundheitszentrum und sah neben einer klaren Aufgabenteilung auch eine tragfähige Kosten-Erlös-Struktur vor. Allerdings erwies sich dieses ursprünglich geplante Modell in der Praxis als nicht realisierbar. Aufgrund allgemeiner Haftungs- und Risikoerwägungen sowie der Problematik der Einnahmengenerierung im Rahmen geförderter Modellprojekte gelang es nicht die Betreiberrolle zu besetzen. Hinzu kamen erhebliche rechtliche, organisatorische und auch räumliche Hürden beim Betrieb des Gesundheitszentrums. So ist eine gemeinsame Nutzung von ärztlich genutzten Praxisräumen mit nichtärztlichen Anbieter*innen wie z. B. Heilmittelerbringern nach § 124 SGB V und § 125 Abs. 1 SGB V untersagt (GKV-Heilmittel-Zulassungsempfehlung 2018). Somit stehen der Idee eines medizinisch orientierten Filialbetriebs bzw. einer Kombination von Heilmittelerbringern in Teilzeit oder in der stundenweise räumlichen Kombi-nutzung das KV-Recht, die GKV-Richtlinien und ärztliches Standesrecht (Berufsordnung) entgegen. Auch eine Außensprechstunde ließ sich nicht einrichten, da die in Frage kommenden Hausärzt*innen in ihrer jeweiligen Praxis eingebunden waren.



Die Räumlichkeiten selbst erfüllten schließlich die Anforderungen an die Vorgaben der zuständigen Kassen und Kammern nicht und ein erneuter Umbau des frisch renovierten Gebäudes war finanziell nicht abbildbar.

Daraufhin wurde das ursprüngliche Konzept zu einem regionalen, themenorientierten Gesundheitsnetzwerk weiterentwickelt. Auf diese Weise ist der Weg von einem statischen Gesundheitszentrum hin zu einem flexiblen und dynamischen Gesundheitsnetzwerk entstanden, in dessen Kern zwar weiterhin das Gesundheitszentrum mit seinen vielfältigen Dienstleistungen steht, der jedoch durch Dutzende von Netzwerkpartner*innen erweitert und bereichert wird. Dieses Netzwerk eröffnet unter den gegebenen Rahmenbedingungen neue Möglichkeiten der Integration von Gesundheitsdienstleistungen sowie der Verstetigung.

Die Orchestrierung erfolgte im Vorhaben über den Netzwerkkern und insbesondere über eine Koordinierungsstelle. Da die Arbeiten der Orchestrierung oftmals nicht anerkannt bzw. gewürdigt werden, war die Entwicklung eines Geschäftsmodells erforderlich, das die Besonderheiten hybrider Netzwerke und ihre asymmetrischen Austauschverhältnisse und Steuerungslogiken berücksichtigt. Im Mittelpunkt steht dabei die mittelbare Finanzierung von unmittelbar nicht oder nur schwer finanzierbaren Netzwerkfunktionen (Netzwerkbetriebskosten).

So kristallisieren sich für die Refinanzierung der Netzwerkbetriebskosten im Projekt verschiedene Finanzierungslogiken heraus, die sich nur über einen Finanzierungsmix aus unterschiedlichen Erlösarten decken:

- Zuwendung in Form von institutioneller Unterstützung oder Projektförderung über öffentliche Förderer oder Stiftungen: Unter Berücksichtigung der Vielzahl an Stiftungen im Regierungsbezirk Münster besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit eine zum Förderzweck passende Förderung zu erhalten.



- Spenden in Form von Sachspenden: Bereits im Projektraum wurden diverse Sach- und Geldspenden¹⁷ zur Verfügung gestellt. Eine monetär bedeutende Spende ist dabei die kostenfreie zur Verfügungstellung der Räumlichkeiten für die Koordinierungsstelle.
- Spenden in Form von Zeit: Ehrenamtlich Aktive aber insbesondere die eGb sind eine wichtige nicht-marktliche Ressource, die maßgeblich zu einem ausgewogenen Anreiz-Beitragssystem beitragen.
- Fördermitgliedschaften in Form von Netzwerkpatenschaften: Regionale Unternehmen mit Themenbezug, allen voran die im Gesundheitszentrum ansässigen Dienstleister*innen, könnten über eine Patenschaft die Aktivitäten des Netzwerkes unterstützen.
- Nutzungsumlage: Über eine geringfügige Umlage pro Teilnehmer*in pro Kurs könnten die Teilnehmenden die Finanzierung nachhaltig unterstützen.
- Umsatzbeteiligung: Über eine Umsatzbeteiligung könnten auch die gewerblich orientierten Dienstleistungsanbieter*innen die Netzwerkbetriebskosten nachhaltig entlasten.
- Ausgleich über öffentliche Zuwendung: Die öffentliche Hand sollte aufgrund des Kollektivgutcharakters des Netzwerkes die Finanzierungslücke schließen. Die Höhe ist abhängig von der erfolgreichen Akquise der vorgenannten Erlösquellen.

Um diese Lücke so gering wie möglich zu halten und somit zur nachhaltigen Verstärkung des Netzwerkes beizutragen, sollten alle Netzwerkprozesse regelmäßig überprüft werden, um ggfs. Optimierungen und Umverteilungen vornehmen zu können, die zu realen Einspareffekten bei

17 U. a. wurden 10 Klappstühle, 20 Stapelstühle und 12 Yoga / Sitzgymnastikstühle zur Verfügung gestellt, mit denen das Ziel, Schulungen und größere Gruppenangebote anzubieten, besser erreicht werden konnte. Aufgrund eines privaten Spenders wird außerdem für den ehrenamtlichen Fahrdienst ein behindertengerechter Kleinbus bereitstehen.



der Koordinierungsstelle führen. Durch eine sukzessive Ausweitung der Kapazitäten z. B. durch zusätzliche Räume, zusätzliche Quartiere, Ausweitung der Zielgruppe, Erweiterung der Kommunikationskanäle bzw. Erschließung komplementärer Themen kann das Netzwerkwachstum und dadurch eine steigende Anzahl an Akteur*innen erreicht werden, die sich monetär an den Netzwerkbetriebskosten beteiligen. Dabei ist jedoch die Netzwerkdichte nicht außer Acht zu lassen sowie ein zu wahrendes Anreiz-Beitrags-Gefüge im gesamten Netzwerk. Die Fortführung bzw. der Ausbau eines geeigneten Kommunikationsmix innerhalb und außerhalb des Netzwerkes ist weiter voranzutreiben.

Die Aktivitätskosten sind oftmals Einzelmaßnahmen, die ein überschaubares finanzielles Engagement benötigen. Aktivitätsbezogen können hier Sponsor*innen, Spender*innen, Förderer*innen und sonstige Unterstützer*innen angesprochen werden, welche die jeweilige Aktivität unterstützen. Dabei ist der Aufwand von Anzahl und Umfang der Einzelmaßnahmen abhängig. Durch eine Professionalisierung des Fundraising könnten die Möglichkeiten für die Finanzierung der Aktivitätskosten weiter ausgebaut werden.

Eine Fortführung des Netzwerkaufbaus konnte noch im Förderzeitraum des Projektes über eine kommunale Unterstützung sichergestellt werden, so dass die Geschäftsmodellansätze nachfolgend in der Praxis erprobt werden können. Eine der Herausforderungen dabei wird sein, dass man sowohl die gewerblichen Anbieter*innen als auch die Nutzer*innen dazu bewegen muss, für die bis dato projektfinanzierte Koordinierungsarbeit einen realen Beitrag zu leisten. Beim Neuaufbau von Netzwerkmodellen sollte die finanzielle Beitragserhebung von Beginn an erfolgen.

Eine Gebührenerhebung des Netzwerkes ist leichter möglich, wenn das Netzwerk bzw. der geschäftsführende Netzwerkkern in eine Rechtsform überführt wird. Grundsätzlich ist ein Netzwerk auch ohne eine Rechtsform möglich und nicht unüblich. Im Rahmen von Kooperationsverträgen werden Vereinbarungen getroffen, ohne dass jedoch formale Strukturen gegeben sind. Zu einer Verstetigung ist jedoch die Überführung in eine Rechtsform zielführend, beispielsweise eine gGmbH oder einen gemeinnützigen Verein. Derzeit sind bereits zwei Vereine (Spork Aktiv und L-i-A)



sehr aktiv in das Gesundheitsnetzwerk eingebunden. Anstatt einer Neugründung, wäre zu prüfen, inwieweit das Netzwerk in einem der Vereine aufgehen könnte. Das würde erhebliche Vereinfachungen (Versammlungen, Buchführung, Organisation, Haftung, ...) mit sich bringen. Darüber hinaus gäbe es ohnehin eine hohe Überschneidungsmenge an Mitgliedern.

Das Projekt wird von der lokalen Bevölkerung gut wahr- und angenommen. Durch die Arbeit der Koordinierungsstelle konnten im Laufe des Projektes eine Vielzahl von Kursen und Veranstaltungen durchgeführt und teilweise dauerhaft etabliert werden. Die Zusammenarbeit mit den professionellen Gesundheitsanbieter*innen im Gesundheitszentrum am Standort Spork führt zunehmend zu Synergieeffekten für Nutzer*innen und/oder Patient*innen und Anbieter*innen, die in einen größeren Zulauf (Anzahl und Einzugsgebiet) münden. Als Zeichen der breiten Akzeptanz des Gesundheitszentrums kann ebenfalls das große ehrenamtliche Engagement, insbesondere die Arbeit der eGb aber auch im Bereich Fahrdienst oder Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Verteilung der Veranstaltungsflyer), sowie die Spendenbereitschaft der Bevölkerung gesehen werden.

Das Gesundheitszentrum in Spork wirkt im Bocholter Nordwesten. Durch die Öffentlichkeitsarbeit und die Netzwerkarbeit ist es allerdings in der ganzen Stadt und darüber hinaus bekannt. So ist der Bedarf an einer Ausweitung des Angebots auf andere Stadteile vorhanden und von Bürger*innen angefragt. In einem ersten Schritt der Weiterführung könnte das Gesundheitszentrum als Anker in einem stadtweiten Netzwerk dienen und die Koordinierungsstelle damit einen Beitrag leisten die Gesundheitsförderung Stadt-übergreifend zu stärken. Auf diese Weise könnte das Netzwerk räumlich ausgeweitet werden, ohne dabei die Merkmale eines themenzentrierten regionalen Netzwerks zu verlieren. Mehr Menschen könnten dann an dem Erfolg des Netzwerkes teilhaben.



Literaturverzeichnis

- aproxima GmbH (Hrsg.) (2009): Wirkungs- und Potenzialanalyse zum Hausnotruf in Deutschland – Ergebnisse aus den Fallstudien. Online: <http://www.aproxima.de/files/studien/Fallstudie-HNR.pdf> (Erschienen im Juli 2010). Abruf: 17.10.2013.
- Arnold, Ulli und Maelicke, Bernd (Hrsg.) (1998): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Barnard, Chester I. (1938): The functions of the executive. Cambridge, MA Harvard University Press.
- Becker, Thomas; Dammer, Ingo; Howaldt, Jürgen; Killich, Stephan und Loose, Achim (Hrsg.) (2007): Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.
- Beetz, Stephan und Neu, Claudia (2009): Lebensqualität und Infrastrukturentwicklung im ländlichen Raum. In: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung – BBSR (Hrsg.): Diskussionsgrundlage im Rahmen der DGD / BBR-Tagung „Ländliche Räume im demografischen Wandel“ vom 1. bis 2. Dezember 2008. BBSR-Online Publikation 34/2009, Berlin. S. 13. Online: https://dgd-online.de/wp-content/uploads/2018/01/diskussionsgrundlage_dezembertagung-2008.pdf. Abruf: 07.07.2020.
- Biritz, Helena; Neugebauer, Christian und Pawel, Sebastian (2019): Netzwerke und soziale Innovationen in der Praxis. In: Neugebauer, Christian; Pawel, Sebastian und Biritz, Helena (Hrsg.): Netzwerke und soziale Innovationen. Springer, Wiesbaden. S. 31–47.
- Boom Design (2015): Skizze Luftansicht des Ludgerushof. Boom Design GmbH, Bocholt.
- Brößkamp-Stone, Ursel (2003): Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer Verlag, München und Jena. S. 243–254.



- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft – BMEL (Hrsg.) (2015): Willkommen im ländlichen Raum. Infokarte. Online: http://multimedia.gsb.bund.de/BMEL/LRgrafiken/media/karte_0/BMEL_LR_Infokarte_LaendlicheRaume.pdf. Abruf: 20.11.2018.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potentiale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen – Bericht der Sachverständigenkommission. BMFSFJ. Berlin.
- Habich, Roland und Spellerberg, Annette (2008): Lebensbedingungen im Regionalen Vergleich. In: Statistisches Bundesamt, Gesis-ZUMA, WZB (Hrsg.): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn. S. 311–330.
- Hahne, Ulf (2013): Herausforderungen des demografischen Wandels für Angebote der Daseinsvorsorge. In: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung – BLE (Hrsg.): Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck. Wie reagieren auf den demografischen Wandel? Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, Bonn. S. 9–14.
- Howaldt, Jürgen und Ellerkmann, Frank (2007): Entwicklungsphasen von Netzwerken und Unternehmenskooperationen. In: Becker, Thomas; Dammer, Ingo; Howaldt, Jürgen; Killich, Stephan und Loose, Achim (Hrsg.): Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg. S. 35–48.
- Howaldt, Jürgen und Kopp, Ralf (2007): Wissensbasierte Dienstleistungen Jürgen. In: Becker, Thomas; Dammer, Ingo; Howaldt, Jürgen; Killich, Stephan und Loose, Achim (Hrsg.). Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg. S. 171–179.
- Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement e. V. – GPM (Hrsg.) (2015): Stakeholdermanagement. Studie zu Art und Umfang der Umsetzung in deutschen Unternehmen und Projektgruppen. Online: https://www.gpm-ipma.de/fileadmin/user_upload/Know-How/studien/150402_Studie_Stakeholder_Web_Final.pdf. Abruf: 13.12.2016.



- Ellerkmann, Frank (2003): Horizontale Kooperationen in der Beschaffungs- und Distributionslogistik – Entwicklung eines Gestaltungsleitfadens unter besonderer Berücksichtigung verhaltenstheoretischer Gesichtspunkte. Verlag Praxiswissen. Dortmund.
- Evers, Adalbert (2018): Hybridisierung und Modernisierung der Sozialwirtschaft. In: Grunwald, Klaus und Langer, Andreas (Hrsg.): Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. S. 890–902.
- Gabriel, Jens und Beckmann, Hans-Jürgen (2016): Finanzierungsmöglichkeiten von (Ärzte-)Netzwerken. In: Eble, Susanne und Kurscheid, Clarissa (Hrsg.): Finanzmanagement von Netzwerken im Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. S. 231–241.
- Gessler, Michael (2005): Gestaltungsorientierte Evaluation und der Return on Investment von Weiterbildungsprogrammen. Online: https://www.bwpat.de/ausgabe9/gessler_bwpat9.pdf. Abruf: 04.02.2018.
- Gouldner, Alvin W. (1960): The norm of reciprocity: a preliminary statement. In: American Sociological Review, 1960, (Vol. 25, No. 2). S. 161–178.
- Grunwald, Klaus und Langer, Andreas (Hrsg.) (2018): Sozialwirtschaft. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Hellmann, Wolfgang (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Kohlhammer, Stuttgart.
- Heuberger, Matthias und Vilain, Michael (2020): Das Netzwerkradar: Analyse-Tool zur strategischen Planung und Visualisierung von Netzwerken. Vortrag im Rahmen des Kongresses: Warum Netzwerkforschung? Vom 3. März 2020. Schader-Stiftung, Darmstadt.
- Kaplan, Robert; Norton, David und Horváth, Péter (1997): Balanced Scorecard. Strategien erfolgreich umsetzen. Schäffer-Poeschel (Handelsblatt-Reihe), Stuttgart.



- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2017): Übersicht der hausärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Online: <https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/niederlassung/pdf/versorgungsebenen/hausaeerzte.pdf>. Abruf: 23.07.2017.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2019): Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung Anlage 8 BMV-Ä). Online: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/bmv_anlagen/BMV-Ae_Anlage_8_Delegation_1-2019.pdf. Abruf: 07.04.2020.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen – KV Hessen (2018): Medibus der KV Hessen. Die mobile Praxis. vom: 04.06.2018. Online: <https://www.kvhessen.de/fuer-die-patienten/medibus-mobile-arztpraxis/>. Abruf: 16.11.2018.
- Katz, Michael L. und Shapiro, Carl (1985): Network Externalities, Competition, and Compatibility. *The American Economic Review*, 1985 (Vol. 75, No. 3). S. 424-440.
- Leben im Alter e. V. – L-i-A (2013-2018): Fotos: Eindrücke GZ Spork. L-i-A e. V., Bocholt.
- Losbichler, Heimo; Eisl, Christoph und Engelbrechsmüller, Christian (2015): Handbuch der betriebswirtschaftlichen Kennzahlen. Key Performance Indicators für die erfolgreiche Steuerung von Unternehmen. Linde Verlag, Wien.
- March, James G.; Simon, Herbert A. und Guetzkow, Harold Steere (1993; Original 1958): *Organizations*. 2. ed. Blackwell, Cambridge, Massachusetts.
- Matschke, Manfred Jürgen; Hering, Thomas und Klingelhöfer, Heinz Eckart (2002): *Finanzanalyse und Finanzplanung*. Oldenbourg, München.
- Mendelow, A. (1991): Stakeholder Mapping. *Proceedings of the 2nd International Conference on Information Systems*. Cambridge, Massachusetts.



- Nadler, Robert (2017): The Elephant in the Room. Über das Verhältnis von demographischem Wandel, Daseinsvorsorge und zivilgesellschaftlichem Engagement in Deutschland. In: Raumforschung und Raumordnung, 2017 (Vol. 75, No. 6). S. 499–512.
- Opitz, Sandra und Pfaffenbach, Carmella (2018): Lebensqualität im ländlichen Raum. In: Standort, 2018 (Vol. 42, No. 3). S. 171–177.
- Osterwalder, Alexander und Pigneur, Yves (2010): Business model generation. A handbook for visionaries, game changers, and challengers. Wiley&Sons, New Jersey.
- Pelz, Waldemar (2018): SWOT-Analyse. Definition, Beispiele und Vorlagen zum Erstellen einer SWOT-Analyse. Technische Hochschule Mittelhessen, Friedberg. Institut für Management-Innovation. Online: <https://www.wpelz.de/swot-analyse/SWOT-Analyse.pdf>. Abruf: 27.04.2020.
- Prenzel, Simone (2016): Böhlitz: CSU-Minister weiht erstes Multiples Haus in Sachsen ein. In: Leipziger Volkszeitung. Online: <http://www.lvz.de/Region/Wurzen/Boehnitz-CSU-Minister-weiht-erstes-Multiples-Haus-in-Sachsen-ein>. Abruf: 16.11.2018.
- Rieser, Sabine (2013): Arztentlastung in der Praxis. Bitte mehr von Eva, Verah, Agnes. In: Deutsches Ärzteblatt, 2013 (Vol. 110, No. 45). S. 2106-2107.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf. Abruf: 08.04.2020.
- Schlicht, Gerhard (2001): Angewandtes Netzmanagement. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.) (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Kohlhammer, Stuttgart. S. 252-270.
- Schubert, Herbert (2008): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen – Grundlagen und Praxisbeispiele. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.



- Schubert, Herbert (2018): Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft. Eine Einführung. Springer VS, Wiesbaden.
- Schüler, Gerhard; Weber, Ingbert; Löttgen, Michael; Klaes, Lothar und Andreeßen, Cordelia (2011): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V., Bonn.
- Schulz-Nieswandt, Frank und Köstler, Ursula (2011): Bürgerschaftliches Engagement im Alter. Hintergründe, Formen, Umfang und Funktionen. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Simon, Roland; Garthaus, Marcus; Koppenburger, Anne und Remmers, Hartmut (2018): Dorfgemeinschaft 2.0 – Altern und Digitalisierung im ländlichen Raum. Zur Entwicklung eines Instruments zur ethischen Fallbesprechung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. In: Pfannstiel, Mario A.; Krammer, Sandra und Swoboda, Walter (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV. Impulse für die Pflegeorganisation, Bd. 93. Gabler, Wiesbaden. S. 293–315.
- Spieckermann, Holger und Schubert, Herbert (2009): Evaluation des Modellvorhabens „Netzwerk Frühe Förderung – NeFF“. Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung. Landschaftsverband Rheinland, Köln.
- Stadtverwaltung Bocholt (2020): Bevölkerung Stadtteil Spork zum Stichtag 31.12.2019. Zukunfts- und Strategiebüro, Bocholt. E-Mail-Auskunft: 18.02.2020.
- Stirzel, Martin und Armbrüster, Thomas (2012): Innovations-Performance Measurement für Netzwerke. In: Zeitschrift für Controlling & Management, 2012 (Vol. 56, No. 1), Wiesbaden. S. 58–63.
- Stegbauer, Christian (2002): Reziprozität. Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. Online: <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-531-13851-0>. Abruf: 25.03.2020.



- Stegbauer, Christian (Hrsg.) (2010): Handbuch Netzwerkforschung. Aus der Reihe Netzwerkforschung, Bd. 4. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Straus, Florian (1990): Netzwerkarbeit. Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: Textor, Martin R. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Fischer, Frankfurt am Main. S. 496-520.
- Sydow, Jörg (2003): Strategische Netzwerke. Evolution und Organisation. Gabler, Wiesbaden.
- Toman, Vojko (2015): Company Vision and Organizational Learning. In: Dynamic Relationships Management Journal, 2015 (Vol. 4, No. 2). S. 51-60.
- Trezzini, Bruno (2010): Netzwerkanalyse, Emergenz und die Mikro-Makro-Problematik. In: Stegbauer, Christian (Hrsg.): Handbuch Netzwerkforschung. Aus der Reihe Netzwerkforschung, Bd. 4. VS-Verl, Wiesbaden, S. 193–204.
- Vilain, Michael (2006): Zwischen Auftrag und ökonomischer Notwendigkeit. Eine Finanzierungslehre für Nonprofit-Organisationen. VS-Verlag, Wiesbaden.
- Vilain, Michael (2018): Stakeholdermanagement. In: Grunwald, Klaus und Langer, Andreas (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. 3. aktualisierte und überarb. Aufl., Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden. S. 442-451.
- Vilain, Michael und Heuberger, Matthias (2014): Freiwilligenengagement zur Stärkung innovativer ambienter Lebensstrukturen im Alter. Sachbericht zum BMBF Forschungsprojekt. Evangelische Hochschule Darmstadt – Institut für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS), Darmstadt.
- Vilain, Michael und Heuberger, Matthias (2016): Lokale Engagementstrukturen in der Freiwilligenarbeit. In: Verbands-Management, 2016 (Vol. 42, No. 3). Verbandsmanagement Institut, Freiburg (CH). S. 22-29.
- Vilain, Michael und Heuberger, Matthias (2020): Identifikation und Analyse lokaler Engagementnetzwerke im ländlichen Raum. Vortrag im Rahmen des Kongresses: Warum Netzwerkforschung? Vom 4. März 2020. Schader-Stiftung, Darmstadt.



- Vilain, Michael; Heuberger, Matthias und Wegner, Sebastian (2017): Caring-Profis oder Community-Organizer? Wohlfahrtsverbände und Hilfsorganisationen in Zeiten des „Sharings“ am Beispiel einer Fallstudie. In: Theuvsen, Ludwig; Andeßner, René; Gmür, Markus und Greiling, Dorothea (Hrsg.): Nonprofit-Organisationen und Nachhaltigkeit. Springer Gabler, Wiesbaden. S. 225-233.
- Vilain, Michael und Meyer, Tobias (2014): Ausgezeichnet! Freiwilligenmanagement in Jugendorganisationen. In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): jung bewegt, Bd. 3. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Walter, Ulla und Schwartz, Friedrich Wilhelm (2000): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Raum. In: Walter, Ulla und Altgeld, Thomas (Hrsg.): Altern im ländlichen Raum – Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Campus Verlag, Frankfurt. S. 77-96.
- Wessel, Michael (2013): Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung. Gesundheitsmonitor 04/2013. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Quilling, Eike; Nicolini, Hans J.; Graf, Christine und Starke, Dagmar (2013): Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Weltgesundheitsorganisation (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. Aktenzeichen: 0.810.1. Ratifikationsurkunde. Online: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>. Abruf: 29.07.2020



Autor*innenverzeichnis

Prof. Dr. Michael Vilain ist Vizepräsident für Forschung und Internationales an der Evangelischen Hochschule Darmstadt (EHD) und Professor für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Er ist Betriebswirt und Politikwissenschaftler sowie geschäftsführender Direktor des Instituts für Zukunftsfragen der Gesundheits- und Sozialwirtschaft (IZGS) der EHD. Hier steht er insbesondere für ein transdisziplinäres Wissenschaftsverständnis. Die Verbindung zwischen Lehre, Forschung und Praxis befördert er unter anderem als Mitglied der wissenschaftlichen Leitungen in Weiterbildungsstudiengängen der Universitäten Heidelberg und Münster, des Beirats der Blätter der Freien Wohlfahrtspflege und als Herausgeber einer Buchreihe im Nomos-Verlag.

Dr. Matthias Heuberger ist examinierter Krankenpfleger, Diplompflegewirt (FH), und M. Sc. in Public Health. Neben seiner Forschungstätigkeit ist der stellvertretende Geschäftsführende Direktor des IZGS Lehrbeauftragter an der Frankfurt University of Applied Sciences im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit.

Carmen Schulz ist diplomierte Außenwirtin (FH) und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am IZGS der EHD.

Im Praxisteil unterstützt von:

Meinulf Brauckmann, B. A. of Social Work, seit 2016 bei L-i-A, Koordinatorentätigkeiten im Projekt für L-i-A.

Sebastian Borgert, M. A., Projektentwicklung.

Andrea Unland, Diplom Oecotrophologin, Geschäftsführerin des Vereins Leben im Alter (L-i-A) e. V., Leitung des Projektbereiches beim Projektpartner L-i-A.



Der zweite Band „*Aufbau und Entwicklung von Gesundheitsnetzwerken im ländlichen Raum*“ zeigt theoretisch und praxisnah wie ein regionales Themenetzwerk nachhaltig aufgebaut werden kann. Nach einer Einführung in die Grundlagen von Netzwerken, die aus unterschiedlichsten Akteuren – von professionellen Dienstleister*innen bis hin zu ehrenamtlich engagierten Personen – bestehen, werden wesentliche Gelingensfaktoren für einen erfolgreichen Netzwerkaufbau aufgezeigt und Ansätze einer nachhaltigen Finanzierung im Sinne eines hybriden Geschäftsmodells vorgestellt. In Praxisbeispielen und Tipps wird immer wieder der Praxisbezug hergestellt. Die Vorstellung des Modellprojektes Gesundheitszentrum Spork komplettiert den Band, der Praktiker dazu ermuntern soll, eigene Netzwerkideen umzusetzen.



GESUNDHEITZENTRUM IM LUDGERUSHOF

Die Veröffentlichung des vorliegenden Handbuchs erfolgt mit finanzieller Unterstützung der Evangelischen Hochschule Darmstadt.

www.gz-ludgerushof.de