

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P04-125

**Kooperation und Netzwerkbildung der
unabhängigen Patientenberatung und
Nutzerinformation nach § 65b SGB V**

Michael Ewers, Benjamin Badura

Bielefeld, November 2004

Teilbericht der wissenschaftlichen Begleit-
forschung für die Spitzenverbände der GKV

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 6880
Telefax: (0521) 106 - 6437
E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de
Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Der Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung und ihrer Anliegen in die bestehenden Strukturen, ihre Kooperation und Vernetzung mit den etablierten Akteuren auf unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen hat für die Beantwortung der Intransparenz und Desintegration sowie der mangelnden Patientenorientierung des deutschen Gesundheitssystems große Bedeutung.

Basierend auf quantitativen und qualitativen empirischen Daten über die Kooperation und Vernetzung der nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte geht diese Teiluntersuchung u. a. den Fragen nach, welche Maßnahmen von den Projekten ergriffen wurden, um sich in die bestehende Versorgungslandschaft einzubinden und welche Fortschritte sie bei ihren Kooperations- und Vernetzungsbemühungen im Modellverlauf erreichen konnten.

Die Ergebnisse dokumentieren den beachtlichen Umfang der von den Modellprojekten eingeleiteten Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten sowie die große Bandbreite und Heterogenität der Kooperationspartner aus diversen Gesellschaftsbereichen. Sie gewähren zugleich Einblick in die verschiedenen Kooperationsstrategien, angefangen von einer auf Konkurrenzvermeidung ausgerichteten Vernetzung, einer präferenziellen oder personalisierten Koalitionsbildung, über eine vielfältige Clusterbildung mit dem Projekt als zentralem Knotenpunkt bis hin zu einer virtuell-korporativen Einbindung oder kooperativen Strukturverdichtung, die vornehmlich nach 'innen', also auf die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung, gerichtete Effekte anstrebt.

Wiewohl bereits intensive Anstrengungen zur Einbindung in die Strukturen des Gesundheitssystems eingeleitet wurden, bleibt — so die Schlussfolgerungen — noch Einiges zu tun. Dabei wird es nicht so sehr darum gehen, die korporative Verankerung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung voranzutreiben, loyalitätsfördernde Parallelstrukturen zu etablieren und komplexe Netzwerkstrukturen aufzubauen, die vornehmlich die Interessen des Systems bedienen. Vielmehr erscheint angezeigt, in begrenzten regionalen Kontexten mit Anbietern von Versorgungsleistungen fallbezogene Kooperationsformen zu entwickeln, auf diese Weise eine *'Netzwerkarchitektur der Unterstützung'* für Patienten, Angehörige und andere Hilfe- und Informationssuchende zu schaffen und so der Desintegration und unzureichenden Patientenorientierung im deutschen Gesundheitssystem zu begegnen.

Inhalt

1	Hintergrund und Fragestellung	3
2	Definitorische und konzeptionelle Annäherung	5
3	Methodisches Vorgehen	8
3.1	Strukturerhebung und Leistungsberichte	8
3.2	Interviews und Netzwerkmapping	10
4	Ergebnispräsentation	15
4.1	Quantitative Dimensionen der Kooperation und Vernetzung	15
4.1.1	Anzahl der Kooperationspartner	15
4.1.2	Einordnung der Kooperationspartner	17
4.1.3	Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen	20
4.1.4	Zwischenfazit	24
4.2	Qualitative Dimensionen der Kooperation und Vernetzung	25
4.2.1	Konkurrenz und Kooperation – A1	26
4.2.2	Präferenzielle Koalitionsbildung – A3	31
4.2.3	Personalisiertes Networking – A15	36
4.2.4	Vielfältige Clusterbildung – B2	42
4.2.5	Virtuell-korporative Einbindung – B3	47
4.2.6	Kooperative Strukturverdichtung – C3	51
4.2.7	Zwischenfazit	56
5	Zusammenfassung und Ausblick	61
	Literaturverzeichnis	67
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	69

1 Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland wurden mit Einführung des § 65b SGB V Experimentierfelder für den Auf- und Ausbau der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung geschaffen. Zugleich wurde damit dem politischen Willen Ausdruck verliehen, den in diesem Bereich bestehenden oder neu geschaffenen Initiativen eine tragfähige und stabile Arbeitsbasis zu verschaffen. Sie sollen sich als kritisch-konstruktives Element des deutschen Gesundheitssystems dauerhaft etablieren und der hierzulande unzureichenden Patientenorientierung und Patientenpartizipation begegnen. Inwieweit diese gesundheitspolitischen Zielsetzungen durch die Akteure vor Ort unter den jeweiligen regionalen und institutionellen Bedingungen realisiert werden können, welche Umsetzungshindernisse zu überwinden und welche Herausforderungen zu bewältigen sind, wird im Rahmen des hier im Zentrum des Interesses stehenden Modellprogramms erprobt und wissenschaftlich evaluiert (vgl. zum Design der Begleitforschung Schaeffer et al. 2003; Krause et al. 2004).

Eines der dabei zu berücksichtigenden Kriterien wird sein, in welchem Ausmaß es den nach § 65b SGB V geförderten Projekten gelingt, auf seit langem erkannte Defizite des deutschen Gesundheitssystems innovativ zu reagieren – beispielsweise auf dessen zunehmende Desintegration und die damit verbundene Intransparenz und Unübersichtlichkeit von Strukturen und Prozessen. Tatsächlich bezieht ein Großteil der Modellprojekte aus diesem Mangel seine eigentliche Legitimation. Den (potentiellen) Nutzern sollen in medialer und/oder personalkommunikativer Form von Anbietern unabhängige und somit 'neutrale' Informationen über Strukturen, Leistungen und Prozesse der gesundheitlichen Versorgung offeriert und Wege durch den – salopp formuliert – 'Dschungel des Gesundheitssystems' aufgezeigt werden.

Zur Sicherstellung dieses Auftrags sind die Projekte der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung auf tragfähige Arbeitsbeziehungen zu Produzenten und Lieferanten dieser zum Teil sehr speziellen Informationen angewiesen. Mit anderen Worten: Die Modellprojekte sind abhängig von fundierten Kenntnissen über (potentielle) Nutzergruppen einerseits und das Versorgungssystem, seine Strukturen, Prozesse und Ergebnisse andererseits. Um dieser Abhängigkeit Rechnung zu tragen, müssen sie sich möglichst dauerhaft in verlässliche Informationszusammenhänge einbinden und ihre Integration sowohl in das etablierte Gesundheitssystem wie auch das Wissenschaftssystem vorantreiben.

Zugleich stehen sie vor der Aufgabe, mit Anbietern von Gesundheitsleistungen zusammenzuarbeiten, von Fall zu Fall funktionale Verweisungszusammenhänge etablieren und stabile regionale Arbeitsbündnisse herstellen zu müssen. Nur so ist es möglich, den (potentiellen) Nutzern der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung die notwendigen Pfade durch das Gesundheitssystem zu bahnen, Zugänge zu Versorgungsangeboten zu ebnen und Patienten auf der Suche nach den für ihre Anliegen richtigen Stellen behilflich zu sein.

Hinzu kommt, dass ihnen erst diese funktionale Kooperation mit den etablierten Anbietern erlaubt, der anwaltschaftlichen Rolle der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung nachzukommen und den tatsächlichen oder antizipierbaren Interessen von Patienten, deren Angehörigen wie auch anderen Hilfe- und Informationssuchenden in solidarischer wie auch in kritischer Auseinandersetzung mit den diversen Akteuren des Gesundheitssystems im Versorgungsalltag Geltung zu verschaffen.

Bei all dem ist zu berücksichtigen, dass die Projekte der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung ihrerseits seit geraumer Zeit Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems sind oder sich derzeit anschicken, ein solcher zu wer-

den. Angesichts dessen besteht die Gefahr, dass dem ohnehin unübersichtlichen System durch den politisch intendierten Ausbau derartiger Projekte lediglich weitere Bausteine hinzugefügt werden, ohne dass es gelingt, die seit langem beklagten Defizite des deutschen Gesundheitssystems zu beheben. Um dem hiermit angesprochenen Risiko der 'Strukturaddition' begegnen zu können, sind die Modellprojekte auf eine enge strategische Kooperation untereinander wie vor allem auch mit den etablierten Anbietern in der sie umgebenden Versorgungslandschaft angewiesen. Nur so können drohende Ineffizienzen rechtzeitig erkannt und Doppelungen der Angebotsstrukturen systematisch vermieden werden.

Wie sich in diesen einleitenden Überlegungen andeutet, spielen *Kooperation und Vernetzung* für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung eine bedeutsame Rolle. Aus diesem Grund richtet sich das Hauptaugenmerk des vorliegenden Teilberichts auf diese Aspekte und zugleich auf die Eingliederung der Modellprojekte in das bestehende Gesundheitssystem. Konkret gehen wir folgenden Fragen nach:

- Welche Bedeutung messen die Modellprojekte der Kooperation und Vernetzung bei und wie wirkt sich diese Gewichtung in ihren alltäglichen Arbeitszusammenhängen aus?
- Welche Strategien ergreifen sie, um sich in bestehende Strukturen einzubinden und als Bestandteil der sie umgebenden Versorgungslandschaft dauerhaft zu etablieren?
- Welche Fortschritte zeigen sich bei der Kooperation und Vernetzung mit den etablierten Akteuren und Strukturen im Modellverlauf?

Bevor wir im weiteren Verlauf die Vorgehensweise bei der Beantwortung dieser Fragen und die Ergebnisse der durchgeführten Erhebung präsentieren, sollen hier zunächst einige definitorische und konzeptionelle Überlegungen folgen, die uns bei der Durchführung der Teiluntersuchung als Orientierung gedient haben.

2 Definitive und konzeptionelle Annäherung

Im Allgemeinen bezeichnet der Begriff *'Kooperation'* ein dem Konflikt und der Konkurrenz entgegenstehendes alternatives Grundmuster sozialen Verhaltens individueller und bzw. oder kollektiver Akteure, mit dem in komplexen sozialen Zusammenhängen zweckorientierte Bündnisse zur Realisierung gemeinsamer Zielsetzungen angestrebt werden (Fuchs-Heinritz 1995). Mit Blick auf das Gesundheitssystem definieren Garms-Homolová/Schaeffer (1998) Kooperation schlichter als eine 'enge und harmonische Interaktion zwischen gleichberechtigten Partnern beziehungsweise Organisationen' (ebd., S. 1). Unter Bezugnahme auf Zelewski (1994) legen aber auch sie auf partnerschaftlich definierte Zielvorstellungen und somit auf die Zweckorientierung von Kooperation besonderen Wert. Sydow (1992) unterscheidet Kooperationsbeziehungen, die Akteure auf ein und derselben Handlungs- und Entscheidungsebene miteinander verbinden (horizontale Kooperation), die sich von der Mikro- über die Meso- bis hin zur Makro-Ebene erstrecken (vertikale Kooperation) oder die so angelegt sind, dass sie unterschiedliche Gesellschaftsbereiche übergreifen (diagonale Kooperation).

Zur Beschreibung und Analyse komplexer, sich nicht selten in diverse Gesellschaftsbereiche verzweigender Kooperationsbeziehungen, wird in jüngster Zeit immer öfter die Metapher *'Netzwerk'* bemüht. Die Spannweite der Anwendungsgebiete reicht von interorganisatorischen Netzwerken in der Wirtschaft und der Zivilgesellschaft (Eggs/Englert 1998) über Policy-Netzwerke in den verschiedenen Gesellschaftsbereichen (Mayntz 1992; Jansen/Schubert 1995; Schneider 2003) bis hin zu Beziehungsnetzwerken auf der Ebene einzelner Akteure (Wellmann 1999). Geht es um den Bedeutungszuwachs der Netzwerkmetapher in modernen Gesellschaften führen Bassarek/Genosko (2001) unterschiedliche Motive ins Feld. Angefangen bei der wachsenden Komplexität gesellschaftlicher Phänomene wie auch der auf sie ausgerichteten Interventionen über die voranschreitende Globalisierung und die mit ihr einhergehenden politischen, sozioökonomischen und technologischen Wandlungsprozesse bis hin zum Siegeszug des Internets¹ und damit einer vornehmlich technischen Errungenschaft des 21. Jahrhunderts — viele dieser Phänomene können ohne die Netzwerkmetapher kaum mehr adäquat erfasst und beschrieben werden.

Der heute im sozialwissenschaftlichen Kontext gebräuchliche Netzwerkbegriff wird gemeinhin auf den Sozialanthropologen John A. Barnes zurückgeführt, der diesen Begriff 1954 für die Beschreibung der Beziehungen zwischen Individuen im Rahmen einer von ihm durchgeführten Feldstudie einsetzte (Barnes 1954)². Inzwischen aber wird der Netzwerkbegriff deutlich weiter gefasst und zunehmend als 'Schlüsselstruktur' oder 'als Mechanismus der Strukturbildung moderner Gesellschaften' (Weyer 2000, Aderhold et al. 2002) verstanden. Als Netzwerk in diesem Sinne gilt ein Zusammenschluss unterschiedlich vieler Akteure aus spezifischen Sozialräumen oder regionalen Zusammenhängen (die so genannten Knoten), die durch zahlreiche, mehr oder weniger dichte und intensive Verbindungen (die so genannten Kanten) miteinander verknüpft sind³ und als „Bindeglied und Scharnier zwischen der Handlungs-

¹ Wenngleich sich ein Teil der geförderten Modellprojekte auf die virtuelle Patienteninformation und -beratung konzentriert und somit auch technische Netzwerke eine wichtige Rolle spielen, nehmen wir in dieser Teiluntersuchung lediglich die *soziale Vernetzung* der Modellprojekte mit anderen Akteuren bzw. deren auf das Gesundheitssystem ausgerichteten *sozialen Integrationsbemühungen* in den Blick (vgl. zur Bedeutung des Internets in sozialen Netzwerken exempl. Wellmann/Haythornthwaite 2002).

² Vgl. zur Geschichte der Netzwerkanalyse ausführlich Jansen (2003, S. 37ff.).

³ Vgl. zu der hier verwendeten Terminologie folgende Definition: „Der Begriff des Netzwerks wird rein formal definiert als ein abgegrenztes Set von Knoten und ein Set der für diese Knoten definierten Kanten (...). Das sind die

ebene (Mikro) und der Strukturebene (Makro)" (Bassarek/Genosko 2001, S. 20) fungieren.

Netzwerke unterscheiden sich von marktförmigen oder hierarchischen Strukturen durch eine Reihe von Merkmalen. Laut Jansen (2003) „gelten eine relative Gleichrangigkeit und Autonomie der Akteure, eher horizontale als vertikale Beziehungen und die vertrauensvolle Kooperation" (ebd., S. 12) als typisch. Die durch begrenzten Zugang exklusiv gehaltenen und interdependent angelegten Akteursbeziehungen basieren auf Vertrauen, Reziprozität und geteilte Werte. Ein Vorschuss an 'Sozialkapital' ist gleichermaßen Voraussetzung wie auch Konsequenz netzwerkartiger Kooperation. In Netzwerken miteinander verbundene Akteure arbeiten selbstmotiviert, haben tendenziell geringere Kontrollerwartungen und müssen ein hohes Maß an Unsicherheit aushalten. Ihre Interaktionen und Transaktionen sind vielfach durch Informalität geprägt. Dezentralität und eine inhärente Macht- und Verantwortungsdiffusion fördern Unsicherheitsgefühle und verleihen Netzwerken somit einen latent-instabilen Charakter. Diskursiv angelegte Koordinationsformen sind in Netzwerken dominierend. Als Mittel der Konfliktregulierung kommen darin vorwiegend Kompromiss-, Aushandlungs- und Vermittlungsstrategien zur Anwendung (Weyer 2000; Hellmer et al. 1999).

Laut Bassarek/Genosko (2001, S. 15) zeichnen sich kooperativ angelegte Netzwerkstrukturen sowohl durch „innovationsfördernde Verhandlungsbereitschaft" wie auch durch „moderierende Vermittlungsfähigkeit" und nicht zuletzt durch ein hohes Maß an Flexibilität aus, was ihre wachsende Popularität gerade in Zeiten sozialen Wandels und gesellschaftlicher Umbrüche erklären mag. Mit Netzwerkstrukturen wird die Hoffnung verbunden, die Integration unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen mit in Teilbereichen zuweilen auch gegensätzlichen Interessen befördern und so die Lern- und Zukunftsfähigkeit sozialer Systeme gewährleisten zu können. Vor allem, wenn es um übergreifend angelegte Innovationsprozesse und Ergebnisorientierung geht, erlangen kooperative Netzwerkstrukturen wachsende Bedeutung.

Inwieweit diese mit wenigen Strichen skizzierten Merkmale kooperativer Netzwerkstrukturen auch bei der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung Wirkung entfalten, welche Strategien die Modellprojekte angewendet, welche Erfahrungen sie gesammelt und welche Fortschritte sie bei der Kooperation und Netzwerkbildung erzielt haben, steht in dieser Teiluntersuchung – wie oben bereits angemerkt – im Zentrum des Interesses. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Modellprojekte in einem gesellschaftlichen Teilsystem bewegen, das stark durch Verbandsstrukturen geprägt und mit zahlreichen, einander z. T. widersprechenden Interessen- und Akteursgruppen durchzogen ist (Mayntz/Rosewitz 1988; Ferber 1983). Netzwerke – verstanden als „aus einer Vielzahl von Akteuren bestehende formelle und informelle Formen politischer Kooperation" (Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 17) – spielen in diesem Kontext eine wichtige Rolle. Aufgrund ihrer spezifischen Eigenschaften dienen sie als Strukturalternative, um die für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems erforderliche Integration und Kooperation sicherstellen zu können. Dies gilt auf der Mikroebene für die Zusammenarbeit der diversen Leistungsanbieter (Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter etc.) ebenso wie auf der Mesoebene für die Integration der zahlreichen Gesundheitsorganisationen (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Heime etc.) und auf der Makroebene für die Vernetzung im Gesundheitssystem engagierter gesellschaftlicher Interessengruppen (Patientenvertreter, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Krankenkassen, Verbandsvertreter, Politiker etc.).

Verbindungslinien. Dies hat den Vorteil, dass mit dem gleichen Instrumentarium sowohl Wettbewerbsstrukturen als auch Kooperationsstrukturen beschrieben werden können" (Jansen 2003, S. 13).

Für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit sozialen Netzwerken liegen mittlerweile elaborierte statistische Analyseverfahren (exempl. Jansen 2003) wie auch viel versprechende Ansätze der qualitativen Netzwerkanalyse (exempl. Straus 2002) vor. Die Aufmerksamkeit richtet sich dabei nicht allein auf einen individuellen oder institutionellen Akteur, vielmehr stehen seine Beziehungen zu anderen und seine Einbettung in eine spezifische Struktur im Zentrum des Interesses. Gefragt wird beispielsweise nach den hemmenden und fördernden Bedingungen für Kooperation oder nach den Mechanismen der Vertrauensbildung in Netzwerken. Allerdings verweist Jansen (2003) darauf, dass die Netzwerkforschung und -analyse in der Bundesrepublik bislang vergleichsweise wenig Verbreitung erfahren hat, obwohl sich deren relevante Forschungsfelder ausdifferenziert und über eine Vielzahl von Disziplinen erstreckt haben (ebd., S. 48). Diese allgemeine Feststellung lässt sich unzweifelhaft auch auf die Gesundheits- und Versorgungsforschung übertragen. Zwar wurden Fragen der Kooperation im Gesundheitssystem inzwischen aus mancherlei Perspektive erforscht, egal, ob es sich dabei nun um die als systembedingt charakterisierten Kooperationsprobleme der diversen im Gesundheitssystem tätigen Berufsgruppen (exempl. Garms-Homolová/Schaeffer 1998), die Verschränkung unterschiedlicher Leistungsanbieter im Sinne der integrierten Versorgung (exempl. Mühlbacher 2002) oder um die Zusammenarbeit zwischen traditionellen Anbietern von Gesundheitsleistungen und der gemeinschaftlichen Selbsthilfe handelt (vgl. zur Übersicht Borgetto 2003). Immer wieder wurde in diesen Forschungen explizit oder implizit auch auf die Netzwerkmetapher zurückgegriffen, ohne aber dabei netzwerktheoretische Erkenntnisse auch konzeptionell zu berücksichtigen. Mit der vorliegenden Teiluntersuchung wollen wir diesem Versäumnis – wenn auch mit notwendigerweise bescheidenem Anspruch – begegnen, indem wir die zuvor skizzierten netzwerktheoretischen Überlegungen wie auch die methodischen Ansätze der qualitativen Netzwerkanalyse für die empirische Auseinandersetzung mit der Kooperation und Netzwerkbildung in der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung aufgreifen und nutzbar machen.

3 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellung dieser Untersuchung haben wir ein mehrstufiges Vorgehen gewählt. Zum einen wurden im Rahmen der von der Begleitforschung regelmäßig erfassten Leistungsberichte der Modellprojekte (vgl. hierzu ausführlich den Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung) auch Daten über deren Kooperationsbeziehungen erhoben. Diese Daten haben wir für unsere Untersuchung aufbereitet und einer deskriptiven Auswertung unterzogen. Zum anderen haben wir an ausgewählten Standorten mit Vertretern einzelner Modellprojekte vertiefende Interviews im Verbund mit einem interaktiven Netzwerkmapping (vgl. Straus 2002) durchgeführt. Schließlich wurden die Ergebnisse aus beiden Untersuchungsschritten zusammengeführt und in der vorliegenden Form berichtsformig aufbereitet. Das konkrete Vorgehen bei den einzelnen Arbeitsschritten wird im Folgenden überblicksartig dargelegt.

3.1 Strukturhebung und Leistungsberichte

Mit dem Ziel, die Ausgangssituation der beteiligten Modellprojekte zu analysieren und die Frage zu beantworten, inwieweit die von ihnen selbst formulierten und im Förderantrag niedergelegten Ziele tatsächlich realisiert wurden, ist zwischen Juli 2002 und Januar 2004 eine *mehrstufige (teil-)standardisierte schriftliche Befragung* durchgeführt worden. In einem ca. sechsmonatigen Rhythmus wurden die Modellprojekte – ausgehend von einer initialen Strukturhebung (t_1) – in Form von Leistungsberichten wiederholt nach relevanten Veränderungen ihrer Strukturdaten befragt ($t_2 - t_4$). Das Augenmerk richtete sich u. a. auf Modifikationen in der Sach- und Personalausstattung, im Arbeitsprogramm der Projekte, in der Öffentlichkeitsarbeit und im Qualitätsmanagement sowie schließlich auch in deren Kooperationsbeziehungen.

Als Maßstab zur Erfassung und Beschreibung von *Veränderungen im Zeitverlauf* war zuvor im Rahmen der Strukturhebung die Situation der Modellprojekte anhand verschiedener Kriterien systematisch erfasst und in Form von Kurzportraits in komprimierter Form niedergelegt worden (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004). Tabelle 1 bietet einen Überblick über die einzelnen Erhebungsinstrumente und -zeiträume, die jeweils zu berücksichtigende Fallzahl und den Rücklauf.

Tabelle 1: Zeitplan für Strukturhebung und Leistungsberichte

Erhebungsinstrumente	Erhebungszeitraum	Stichtag ⁴	Modellprojekte (N) ⁵	Modellstandorte (n)	Rücklauf
Strukturfragebogen	Jul 02 – Aug 02	t_1	30	88	100 %
1. Leistungsbericht	Nov 02 – Jan 03	t_2	30	88	100 %
2. Leistungsbericht	Jun 03 – Aug 03	t_3	28	86	100 %
3. Leistungsbericht	Dez 03 – Jan 04	t_4	27	85	96 %

⁴ Als Stichtag gilt der Zeitpunkt, an dem die Datenbögen für den jeweiligen Erhebungszeitraum bei der wissenschaftlichen Begleitforschung vorlagen (jeweils der 31. August bzw. 31. Januar).

⁵ Die sich im Zeitverlauf vermindernde Fallzahl (N) erklärt sich aus der unterschiedlichen Laufzeit der einzelnen Modellprojekte. Die ersten beiden Projekte (C6 und C8) sind im August 2003 respektive im Juni 2003 ausgelaufen, ein weiteres (C2) im Oktober 2003 (Keller et al. 2004).

Da einige Modellprojekte sich über mehrere Standorte verteilen und hieraus Effekte für die Kooperation und Vernetzung zu erwarten sind, unterscheiden wir im Folgenden zwischen Modellprojekten (N) und Modellstandorten (n).

Für die Untersuchung der quantitativen Dimensionen der Kooperations- und Netzwerkbildung haben wir ausschließlich auf die in der Erhebung enthaltenen Selbstauskünfte der Modellprojekte zu ihren Kooperationspartnern zurückgegriffen. Konkret handelt es sich dabei um Antworten auf eine teilstandardisierte Frage mit unterschiedlichen Variablen. Gefragt wurde zunächst nach der Art des Kooperationspartners — eingeteilt nach 16 Kategorien (z. B. Krankenkassen, Leistungserbringer, Selbsthilfeorganisationen). Zusätzlich bestand die Möglichkeit, Kooperationspartner auch unabhängig von dieser Einteilung zu benennen. Es konnten sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen und Korporationen aufgelistet werden. Des Weiteren wurde gefragt, wie lange die jeweilige Kooperationsbeziehung bestand, wie häufig mit den Partnern kooperiert wurde, in welcher Form dies in erster Linie geschah und welchem Zweck die jeweilige Kooperationsbeziehung aus Sicht der Modellprojekte diene.

Mit der aus strategischen Gründen offen gehaltenen Fragestellung der Strukturerhebung und der Leistungsberichte war eine geringe Standardisierung der Antwortkategorien verbunden. Dies erforderte eine nachträgliche Systematisierung der Antworten, die in folgender Form durchgeführt wurde. Die Selbstauskünfte wurden zunächst kodiert und EDV-technisch erfasst, wobei die Vorgaben zur Art der Kooperationspartner aus den Leistungsberichten übernommen wurden. Die Angaben zur Kooperationsdauer wurden in ein einheitliches Format überführt, das jeweils den Monat und das Jahr des Kooperationsbeginns erfasst. Der Zweck der Kooperation wurde schließlich nach einer Durchsicht sämtlicher Antworten in sechs Kategorien überführt: Öffentlichkeitsarbeit, Informations- und Erfahrungsaustausch, Projektarbeit, Brokerfunktion/Fallarbeit, Gremienarbeit und Qualifizierung. Die Kooperationshäufigkeit wurde lediglich dichotomisiert erfasst und zwar als 'regelmäßige' oder 'punktuelle' Kooperation. Alle Kategorien wurden mit einer klaren Begriffsdefinition versehen, um die Reliabilität des Kodierschemas zu verbessern. Die Strukturerhebung und die drei Leistungsberichte wurden jeweils getrennt erfasst, um so Entwicklungen der Kooperationsbeziehungen im Zeitverlauf nachvollziehen und im Bedarfsfall entsprechend abbilden zu können. Nach Beendigung der Dateneingabe in SPSS wurden diese einer Validitätsprüfung unterzogen, um Fehleingaben oder Inkonsistenzen zu korrigieren. Anschließend erfolgte die deskriptive Auswertung und Aufbereitung der Daten in der vorliegenden Form.

Bei der Auseinandersetzung mit den quantitativen Daten ist zu berücksichtigen, dass es sich ausschließlich um *Selbstauskünfte der befragten Modellprojekte* handelt. Damit gehen aus wissenschaftlicher Sicht einige Einschränkungen einher, auf die wir kurz hinweisen wollen.

Zum einen gibt es Hinweise darauf, dass bei der quantitativen Erhebung von Seiten der Modellprojekte nicht in jedem Fall alle relevanten Kooperationsbeziehungen aufgelistet wurden. Wie im Verlauf des Netzwerk mappings deutlich wurde, haben sich einige Projekte auf wesentliche Beziehungen beschränkt und nicht alle Veränderungen in ihren Kooperationen vollständig dokumentiert⁶. Als Begründung hierfür wurde u. a. auf den großen Umfang und die Komplexität der jeweiligen Netzwerkstrukturen

⁶ Folgender Interviewauszug mag hierfür als Beleg dienen: „Ja, es sind, ich denke, es sind beispielhafte Kooperationen, die sie da [in den Strukturfragebögen, die Verfasser] haben. Also es sind Kooperationen aus einzelnen Bereichen. Es ist noch nicht mal so, dass das jetzt beispielhaft ist für all die Arten unserer Kooperationsbeziehungen“ (Inter-B2-151-153). Ähnliche Hinweise finden sich auch in anderen Interviews.

verwiesen. Zum anderen ist nicht auszuschließen, dass vorwiegend erwünschtes Antwortverhalten erfasst und abgebildet wurde. Mit anderen Worten: Die Modellprojekte hätten ihre Kooperationsbeziehungen und deren Entwicklung in der schriftlichen Erhebung durchaus in einem besseren Licht darstellen können, als diese in Wirklichkeit sind. Schließlich liegen keine über die Einschätzungen der befragten Modellprojekte hinausgehende Erkenntnisse über die Qualität der Kooperationsbeziehungen vor, ebenso wenig darüber, wie die benannten Kooperationspartner die Beziehung zu dem Modellprojekt aus ihrer Sicht charakterisieren würden.

Um diesen Einschränkungen zu begegnen, wurden von Seiten der wissenschaftlichen Begleitforschung im Erhebungszeitraum zwei ergänzende Standortbesuche durchgeführt. Offensichtlich widersprüchliche oder unklare Selbstauskünfte wurden mit den vor Ort gewonnenen Eindrücken abgeglichen und mit den Mitarbeitern der Modellprojekte diskursiv geklärt (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Methodenteil im zweiten Kapitel des Abschlussberichts). Zwar haben solche ergänzenden Informationen bei der Erstellung dieses Teilberichts Berücksichtigung gefunden, eine vollständige Überprüfung der von den Modellprojekten gemachten quantitativen Aussagen war von unserer Seite aber weder intendiert noch möglich. Dennoch bieten die vorliegenden quantitativen Daten in der Summe eine interessante und durchaus tragfähige Grundlage zur Annäherung an die mit dieser Teiluntersuchung aufgegriffene Problemstellung. Dies gilt umso mehr, wenn sie in Beziehung gesetzt werden zu den Befunden der vertiefend angelegten qualitativen Erhebung.

3.2 Interviews und Netzwerkmapping

Ziel der zwischen Mai und September 2003 durchgeführten qualitativ-empirischen Erhebung war es, einen intensiveren Einblick in die Kooperationsstrukturen und -beziehungen der Modellprojekte zu gewinnen, Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung zu identifizieren, deren potentielle Tragfähigkeit und Zeitstabilität zu eruieren und auf diese Weise einige weiterführende Überlegungen zur langfristigen (über-)regionalen Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in das sie umgebende Versorgungssystem anzustellen. Aufgrund des mit einem solchen Erhebungsschritt verbundenen Aufwands und der großen Zahl der Projekte fiel die Entscheidung für eine *exemplarische Annäherung mit vorwiegend explorativem Charakter*.

Als Ausgangsbasis für die Auswahl von insgesamt sechs zu untersuchenden Standorten wurden zunächst die von der wissenschaftlichen Begleitforschung erstellten tabellarischen Kurzportraits der zum Zeitpunkt der Aufnahme der Teiluntersuchung insgesamt 30 Modellprojekte herangezogen (siehe Schaeffer et al. 2003, S. 125ff.). Ergänzend wurde für die Samplebildung ein Auswahlraster entwickelt, das sich an folgenden Kriterien orientierte:

- etablierte Projekte versus Neugründungen,
- Aktivitäten auf regionaler Ebene versus Aktivitäten auf Landes-/Bundesebene,
- ländlich strukturiertes Umfeld versus (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld,
- generalistisches Beratungsangebot versus spezialisiertes Beratungsangebot,
- Einzelstandort versus mehrere Standorte.

Schließlich sollte aus jedem der drei, von der wissenschaftlichen Begleitforschung definierten Schwerpunkte, mindestens ein Modellprojekt vertreten sein:

- A – Projekte mit personalkommunikativen Angeboten,
- B – Projekte mit virtuellen Angeboten,
- C – Projekte mit Querschnittsthemen.

Intendiert war, trotz des exemplarischen Vorgehens eine möglichst hohe Variationsbreite in der projektspezifischen Ausrichtung, der Trägeranbindung und des Umfeldes der ausgewählten Modellprojekte sicherzustellen. Die letztlich in das Sample aufgenommenen Projekte wie auch die dabei zugrunde gelegten Kriterien sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Sample für Experteninterviews und Netzwerkmapping inkl. Auswahlkriterien

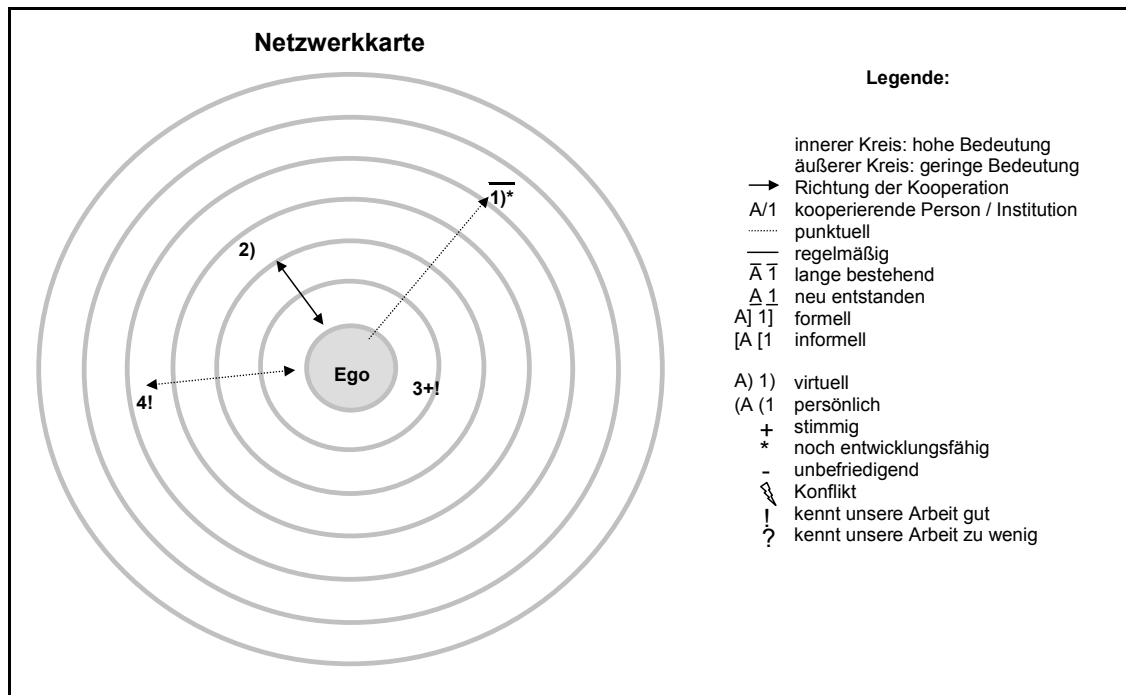
	Projekttitel	Träger	Standort	Auswahlkriterien
A1	Modellprojekt Patientenberatung im Sozialverband Deutschland e. V.	Sozialverband Deutschland e. V., Bundesverband	Berlin Hannover Magdeburg	Schwerpunkt A, Neugründung(en), Aktivitäten sowohl auf regionaler wie auch auf Landes- bzw. Bundesebene, (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld, generalistisches Beratungsangebot, mehrere Standorte
A3	Arzneimittelberatungsdienst für Patienten	Institut für klinische Pharmakologie, TU Dresden	Dresden	Schwerpunkt A, Neugründung, Aktivitäten auf Landes-/Bundesebene, (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld, spezialisiertes Beratungsangebot, Einzelstandort
A15	Patientenberatung Herdecke	DPWV LV NRW e. V., Kreisgruppe Ennepe-Ruhr-Kreis	Herdecke	Schwerpunkt A, Neugründung, Aktivitäten vorwiegend auf regionaler Ebene, ländlich strukturiertes Umfeld, generalistisches Beratungsangebot, Einzelstandort
B2	Patienteninfo-Berlin – Informationsprojekt/ Internetcafé zur Patienteninformation	Gesundheit Berlin e. V.	Berlin	Schwerpunkt B, etabliertes Projekt, Aktivitäten auf Landes- bzw. Bundesebene, (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld, generalistisches Beratungsangebot, Einzelstandort

	Projekttitle	Träger	Standort	Auswahlkriterien
B3	Medieneinsatz in der Verbraucher- und Patientenberatung auf Bundesebene nach § 65b SGB V	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG), Bundesverband e. V.	Hannover	Schwerpunkt B, etabliertes Projekt, Aktivitäten auf Landes- bzw. Bundesebene, (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld, spezialisiertes Beratungsangebot, Einzelstandort
C3	Informationsmanagement und Qualitätssicherung in der Beratung	Gesundheits-Akademie e. V./ Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP)	Bielefeld	Schwerpunkt C, etablierte Projekte, Aktivitäten auf Landes- bzw. Bundesebene, (groß-)städtisch strukturiertes Umfeld, generalistisches Beratungsangebot, mehrere Standorte

Nach der auf diese Weise getroffenen Auswahl wurde mit den Repräsentanten der sechs Modellprojekte Kontakt aufgenommen. Sie wurden um ihr Einverständnis zur Mitwirkung an der Teiluntersuchung gebeten und mit der Zielsetzung der Erhebung sowie dem geplanten Vorgehen bei den Interviews und dem Netzwerkmapping vertraut gemacht. Weil es sich dabei um ein noch wenig gebräuchliches Instrument handelt, sollen dessen Zielsetzung und Anwendungsweise kurz erläutert werden.

Ziel war es, die Kooperationsbeziehungen der Modellprojekte nicht einzig in Form eines Expertengesprächs zu explorieren, sondern sie gleichermaßen in Form einer egozentrierten Netzwerkkarte zu visualisieren, um sie anschließend einer näheren Betrachtung unterziehen zu können. Die zu diesem Zweck basierend auf einschlägigen Vorlagen (vgl. Straus 2002) entwickelte und der Fragestellung der Untersuchung angepasste Netzwerkkarte bestand im Wesentlichen aus einem Feld mit konzentrischen Kreisen. Das Zentrum dieses Kreises bildete das Modellprojekt (Ego), während auf den Kreisen in Abhängigkeit von der Relevanz der Kooperationsbeziehung (hohe Bedeutung/geringe Bedeutung) die jeweiligen Partner – die so genannten Knoten – platziert werden konnten. Dabei konnte es sich sowohl um individuelle als auch kollektive Akteure handeln. Erstere wurden durch einen Buchstaben (z. B. A), letztere durch eine Zahl (z. B. 1) gekennzeichnet. Die Verbindungen zwischen dem Modellprojekt und den Kooperationspartnern – die so genannten Kanten – wurden anschließend nach Dauer (lange bestehend/neu entstanden), Richtung (einseitig/beidseitig), Häufigkeit (punktuell/regelmäßig), Formalisierungsgrad (formell/informell) und Qualität (stimmig/entwicklungsfähig/konflikthaft/vertraut/wenig vertraut) spezifiziert. Die in der Legende enthaltenen Kodierungen konnten von den Gesprächspartnern beliebig kombiniert und bei Bedarf auch interpretiert und ihren Vorstellungen entsprechend modifiziert werden. Abbildung 1 dient der Veranschaulichung dieses Instruments.

Abbildung 1: Netzwerkkarte und Legende



Alle Eintragungen wurden in einem interaktiv-diskursiven Prozess zwischen den Vertretern der Modellprojekte und den Interviewern vorgenommen. Dies erlaubte, Unsicherheiten zu klären und eventuell auftauchende Fragen unmittelbar zu beantworten. Zudem konnten aus wissenschaftlicher Sicht interessante Aspekte — insbesondere, wenn es um Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung ging — situativ reflektiert und erörtert werden.

Die mit den Vertretern der Modellprojekte geführten Interviews wurden audio-technisch aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die darin enthaltenen Informationen über die Kooperationspartner wurden mit den Netzwerkkarten abgeglichen, weitgehend anonymisiert und in deskriptiv angelegten Kurzbeschreibungen gebündelt. Schließlich wurden die Interviewdaten einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen und die Ergebnisse dieses Prozesses in der vorliegenden Form berichtsförmig aufbereitet.

Wie die nachfolgend dokumentierten Ergebnisse der Teiluntersuchung und auch Kommentare der Gesprächspartner bestätigen, waren mit dem Einsatz der Netzwerkkarte im Rahmen der exemplarisch durchgeführten Experteninterviews zahlreiche Vorteile verbunden. So ermöglichte die diskursiv angelegte Übertragung der Kooperationspartner auf die Netzwerkkarte den Modellprojekten, das Beziehungsgefüge, in das sie eingebunden sind, aus ihrer Perspektive sichtbar zu machen und für alle Gesprächspartner nachvollziehbar abzubilden (*Visualisierung*). Einzelne Kooperationsbeziehungen konnten herausgegriffen, isoliert beschrieben und in ihrer Bedeutung für das Netzwerk eingeordnet werden. Zudem erlaubte das Netzwerkmapping den Interviewten öffentlich, d. h. im Beisein der Wissenschaftler, über die Entstehung und Entwicklung wie auch den aktuellen Stand ihrer Kooperationsbeziehungen nachzudenken (*Reflexivität*). Aus analytischen Gesichtspunkten ließen sich im Rahmen dieses Prozesses zudem Strategien der Netzwerkbildung identifizieren und in ihrer Funktionalität einordnen. Zwar ist die wissenschaftliche Aussagekraft der erhobenen qualitativen Daten durch den Einfluss der Forscher auf den Gesprächsinhalt und -verlauf begrenzt — ein Aspekt, der bei der inhaltsanalytischen Auswertung und Interpretation

berücksichtigt wurde. Zum Ausgleich erlaubte der Einsatz des Netzwerk mappings jedoch, die Selbstreflexion der Modellprojekte in exemplarischer Form zu fördern, deren Entwicklung voranzutreiben und so zugleich die mit der Förderung dieser Vorhaben intendierten sozial- und gesundheitspolitischen Intentionen zu unterstützen. Insgesamt ergibt sich im Verbund mit den quantitativen Daten eine interessante und aufschlussreiche Momentaufnahme über Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung nach § 65b SGB V im deutschen Gesundheitssystem.

4 Ergebnispräsentation

4.1 Quantitative Dimensionen der Kooperation und Vernetzung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Teilerhebung präsentiert. Dabei gehen wir der Frage nach, mit wie vielen Kooperationspartnern die Modellprojekte insgesamt in Beziehung stehen, um was für individuelle oder kollektive Akteure es sich dabei handelt, wie die Kooperation ausgerichtet ist und ob sich im Zeitverlauf, d. h. über den gesamten Erhebungszeitraum ($t_1 - t_4$) hinweg Veränderungen in den Kooperationsbeziehungen abzeichnen. Sofern erforderlich wird bei der Ergebnispräsentation zwischen *Modellprojekten* und *Modellstandorten* (vgl. Tabelle 1) differenziert. Zudem werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Modellprojekten aus den drei unterschiedlichen Handlungsfeldern zur Sprache kommen. Anschließend stellen wir basierend auf den vorliegenden Daten einige zusammenfassende Überlegungen über die Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in das deutsche Gesundheitssystem an.

4.1.1 Anzahl der Kooperationspartner

Geht es um die Anzahl der Personen und Institutionen mit denen die Modellprojekte nach eigenem Bekunden Kooperationsbeziehungen unterhalten, fällt zunächst deren große Zahl ins Auge. Insgesamt wurden kumulativ über alle Modellprojekte und den gesamten Erhebungszeitraum 1.837 unterschiedliche Kooperationspartner erfasst. Wird diese Gesamtzahl auf die beteiligten Modellprojekte ($N = 30$) umgerechnet, ergibt sich daraus im Mittel ein Wert von 61 Kooperationspartnern je Modellprojekt. Die Hälfte der Modellprojekte – die Basis bilden die beiden mittleren Quartile – hatte mehr als 15 und weniger als 87 Partner.

In einem Fall – einem so genannten Querschnittprojekt (C2) – wurden lediglich 7 Kooperationspartner benannt, die zudem vorrangig als verbandsintern zu bezeichnen sind. Der Höchstwert von 471 Kooperationspartnern findet sich bei einem Modellprojekt (B1) aus der Gruppe der internetbasierten Angebote. Zu berücksichtigen ist in diesem Fall allerdings, dass es sich um ein mit dem Aufbau einer Suchmaschine beschäftigtes Modellprojekt handelt (MedFindex). Die hohe Zahl der Kooperationspartner muss folglich wegen der Virtualität der Kooperation relativiert werden. Es handelt sich im strengen Sinne nicht um Kooperationspartner, sondern eher um Projektteilnehmer⁷. Werden diese beiden Extreme auf Grund ihrer Eigenheiten aus der Berechnung ausgeschlossen, reduziert sich der Mittelwert auf 49 Kooperationspartner je Modellprojekt. Werden hingegen alle vorliegenden Angaben berücksichtigt und zugleich die Mehrfachstandorte in die Berechnung einbezogen, sinkt der Mittelwert sogar auf 24 Kooperationspartner je Standort. Basierend auf dieser Berechnungsgrundlage wurden an der Hälfte der Modellstandorte zwischen 4 und 22 Kooperationsbeziehungen unterhalten.

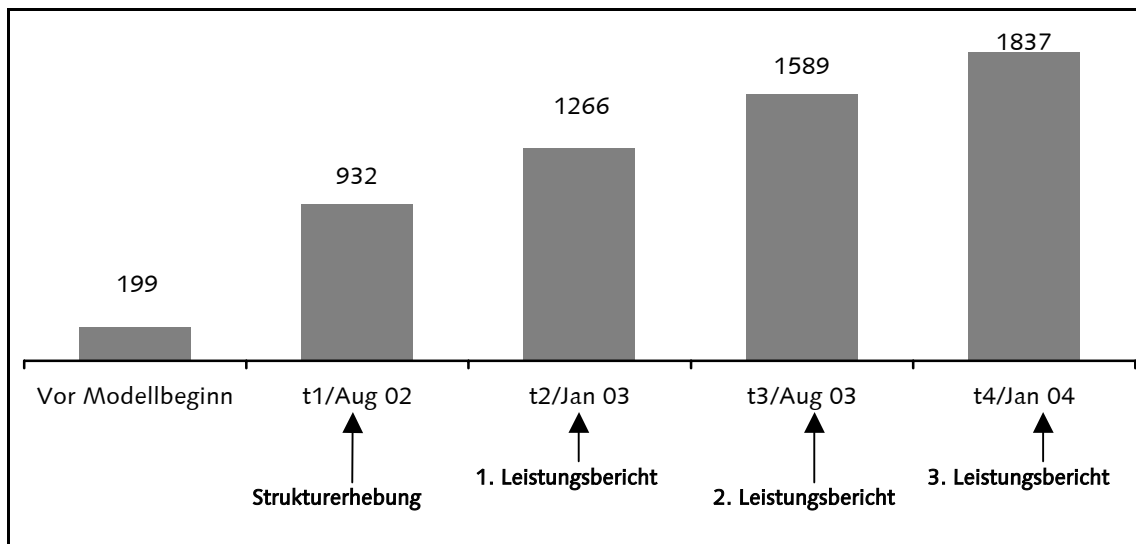
Betrachten wir die Zahl der Kooperationspartner anhand der unterschiedlichen Handlungsfelder, stehen Internetprojekte (B) mit einer durchschnittlichen Anzahl von 88 Kooperationspartnern auf den ersten Blick an der Spitze, gefolgt von den personalkommunikativ ausgerichteten Projekten (A) mit 60 und den Querschnittangeboten (C) mit 39. Zu berücksichtigen ist aber auch hier, dass unter den Internetprojekten der spezielle Fall B1 mit seiner hohen Zahl an Kooperationspartnern entscheidenden

⁷ So heißt es bei der Frage nach der Art der Kooperation in den Leistungsberichten: „Die Kooperationspartner wirken als *Teilnehmer* am Projekt MedFindex mit. Sie stellen ihre speziellen Informationen und besonderen Kenntnisse für bzw. im MedFindex zur Verfügung“ (1. Leistungsbericht/Projekt B1, Hervorhebung eingefügt).

Einfluss auf diesen hohen Mittelwert hat⁸, und außerdem einige Projekte aus der Gruppe A und C mehrere Standorte unterhalten (A1 mit 3 plus Koordinierungsstelle, A2 mit 11, A9 mit 30, A11 mit 4, A12 mit 2, A13 mit 4, C3 mit 6 und C7 mit 5 Einrichtungen). Wird hier auf die Standorte der Projekte rekurriert, reduziert sich der Durchschnittswert der A-Projekte deutlich auf 17, bei den Querschnittsprojekten (C) auf 19 Kooperationspartner je Standort.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung interessiert aber nicht nur die absolute Zahl der Kooperationspartner, sondern ebenso deren Veränderung im Zeitverlauf. Konkret geht es darum zu erfahren, ob bei den Kooperationsbeziehungen – rein quantitativ betrachtet – im Modellzeitraum ein Zuwachs zu verzeichnen war und ob allein daran bemessen eine stärkere Einbindung der Projekte in die sie umgebende Versorgungslandschaft erwartet werden kann. Betrachten wir hierzu die vorliegenden Befunde über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg, zeigt sich das in Abbildung 2 dargestellte Bild.

Abbildung 2: Entwicklung der Kooperationspartner über die Erhebungsphasen und Stichtage⁹



Demnach lag die Gesamtzahl der Kooperationspartner vor Beginn der Erhebung durch die wissenschaftliche Begleitforschung bei 199 über alle Modellprojekte. Bis zum Erhebungsstichtag t_1 im August 2002 kletterte sie dann um 733 Kooperationspartner auf einen Wert von insgesamt 932 über alle Modellprojekte. Ein verminderter Zuwachs – um 334 Kooperationspartner auf insgesamt 1.266 – zeichnet sich bis t_2 ab, der sich für die Zeit zwischen Januar und August 2003 abermals leicht vermindert fortsetzt. Mit einem Zuwachs von 323 steigt die Zahl auf 1.589 Kooperationspartner an. In der letzten Phase schwächt sich die Zunahme von Kooperationspartnern weiter ab auf 248, was sich im Endergebnis auf 1.837 Kooperationspartnern summiert.

⁸ Werden die Angaben dieses Projekts nicht berücksichtigt, so ergibt sich ein Mittelwert von 25 Kooperationspartnern für die sechs verbleibenden B-Projekte.

⁹ Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Frage nach dem Beginn der Kooperation in 44 % der Fälle nicht oder nicht hinreichend beantwortet wurde. In diesen Fällen wurden die Kooperationen dem Zeitraum des Leistungsberichts zugeordnet, in dem die Kooperationspartner benannt wurden.

Angesichts dieser Daten ist in Erinnerung zu rufen, dass sich die Zahl der beteiligten Modellprojekte — bedingt durch unterschiedlich lange Förderlaufzeiten — von Januar 2003 bis Januar 2004 von insgesamt 30 auf 27 verringert hat. Um diesen Effekt auszubalancieren, wurde zusätzlich der durchschnittliche Zuwachs je Modelleinrichtung berechnet. Auf diese Weise zeigt sich, dass bis t_1 rund 24 Kooperationspartner je Modellprojekt hinzu gewonnen werden konnten. Bis t_2 kommt es im Vergleich zu t_1 schon zu einer deutlichen Abnahme auf 11 Kooperationspartner je Modellprojekt, ein Trend, der sich auch bis t_3 fortsetzt, wo die absolute Zunahme bei rund 12 Kooperationspartnern je Modellprojekt ($N = 28$) liegt, um dann bis Januar 2004 (t_4) auf 9 Kooperationspartner ($N = 27$) zurückzufallen¹⁰.

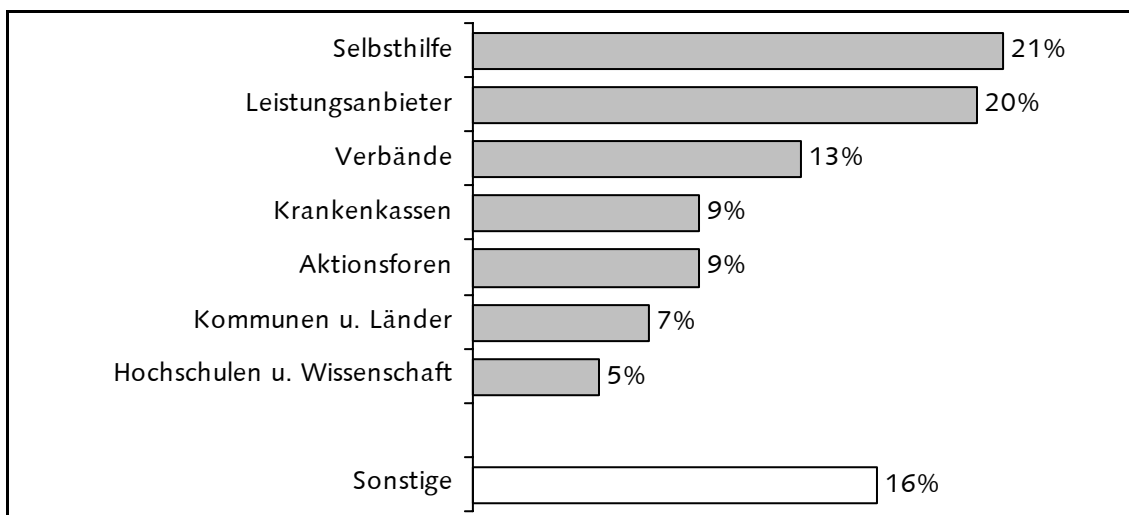
In der Summe ist der deutlichste Zuwachs an Kooperationspartnern im ersten Jahr des Modellzeitraums, d. h. bis einschließlich August 2003 zu registrieren. Es liegt nahe, dass die Modellprojekte insbesondere in der Startphase erhebliche Anstrengungen unternommen haben, um bereits vorhandene Kooperationsbeziehungen auszubauen und neue Partner zu gewinnen, um sich auf diese Weise in die bestehenden Strukturen einzubinden. Ob die Modellprojekte seit August 2003 in ihren Bemühungen um Aufnahme neuer Kooperationsbeziehungen nachgelassen haben, ob das für einige Projekte bevorstehende Ende der Modelllaufzeit die Vernetzungsaktivitäten negativ beeinflusst hat, oder ob schlicht eine gewisse Verdichtung der Kooperationsbeziehungen eingetreten ist, bei der alle wesentlichen Partner eingebunden werden konnten, kann mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Ebenso wenig erlauben sie Schlussfolgerungen über die Intensität und Zweckmäßigkeit der von den Modellprojekten hinzugewonnenen Kooperationsbeziehungen mit Blick auf die jeweils zu erfüllende Aufgabe. Die Daten gewähren jedoch einen ersten Einblick in den *beachtlichen Umfang der von der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung betriebenen Vernetzungsaktivitäten* sowie deren Einbindung in die vorhandenen Infrastrukturen. Dabei geben wir zu bedenken, dass Aufbau und Verstärkung von Kooperationsbeziehungen in Abhängigkeit von deren Intensität für die beteiligten Akteure stets mit zeitlichem und personellem Aufwand verbunden sind. Die Modellprojekte dürften somit im Modellzeitraum — basierend auf den zuvor dokumentierten Zahlen — einen nicht unwesentlichen Anteil ihrer Ressourcen für die Einbindung in vorhandene Strukturen und für Netzwerkbildung aufgewendet haben.

4.1.2 Einordnung der Kooperationspartner

Neben der Zahl der Kooperationspartner der Modellprojekte interessiert auch, um wen es sich dabei handelt. Angaben hierzu finden sich in den Erhebungsinstrumenten teils in konkreter (z. B. Drahtseil e. V., türkische Ärztin, Forum Gesunde Stadt Stuttgart e. V.), teils in allgemein gehaltener Form (z. B. Gesundheitsamt, Selbsthilfegruppe, Universität). Auch wurden von den Modellprojekten sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen oder Institutionen als Kooperationspartner benannt. Werden diese Angaben kategorisiert und über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg betrachtet, zeigen sich keine nennenswerten Veränderungen in der Zuordnung und Gewichtung der Kooperationspartner zwischen der Strukturhebung (t_1) und dem 3. Leistungsbericht (t_4). Mit anderen Worten: Der Anteil der einzelnen Gruppen (z. B. Leistungserbringer) an der Gesamtheit der Kooperationspartner bleibt über alle Stichtage hinweg annähernd gleich, weshalb wir hier auf eine nach Erhebungsphasen differenzierte Betrachtung verzichten.

¹⁰ Werden auch hier statt der Modellprojekte die einzelnen Standorte berücksichtigt, ergibt sich folgendes Bild: Die absolute Zunahme der Kooperationspartner je Modellstandort bis t_1 beträgt 9, bis t_2 4, bis t_3 abermals 4 und bis t_4 rund 3.

Abbildung 3: Kategoriale Verteilung der insgesamt 1.837 Kooperationspartner



Wie in Abbildung 3 dargestellt, können 21 % der Kooperationspartner der Modellprojekte dem *Selbsthilfebereich* zugerechnet werden. Wird diese Kategorie weiter aufgeschlüsselt, verbergen sich dahinter 39 % Selbsthilfegruppen, 35 % Selbsthilfeorganisationen und 26 % Selbsthilfekontaktstellen. 20 % der Kooperationspartner stammen aus der Gruppe der *Leistungsanbieter*. Konkret handelt es sich dabei zu 52 % um andere Beratungseinrichtungen, zu 24 % um Akutkrankenhäuser bzw. Kliniken, zu 14 % um Pflegeeinrichtungen und soziale Dienste sowie zu 6 % um Apotheken und zu 4 % um (niedergelassene) Ärzte.

Mit 13 % Anteil an den Kooperationspartnern der Modellprojekte sind die ansonsten im deutschen Gesundheitssystem zentralen *Verbände* von mittlerer quantitativer Bedeutung für die Vernetzung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung. Auffallend ist jedoch, dass Ärztekammern sowie Fach- und Berufsverbände in dieser Gruppe der Korporationen mit rund 73 % eine dominierende Rolle spielen. Die übrigen 27 % entfallen auf die Wohlfahrtsverbände.

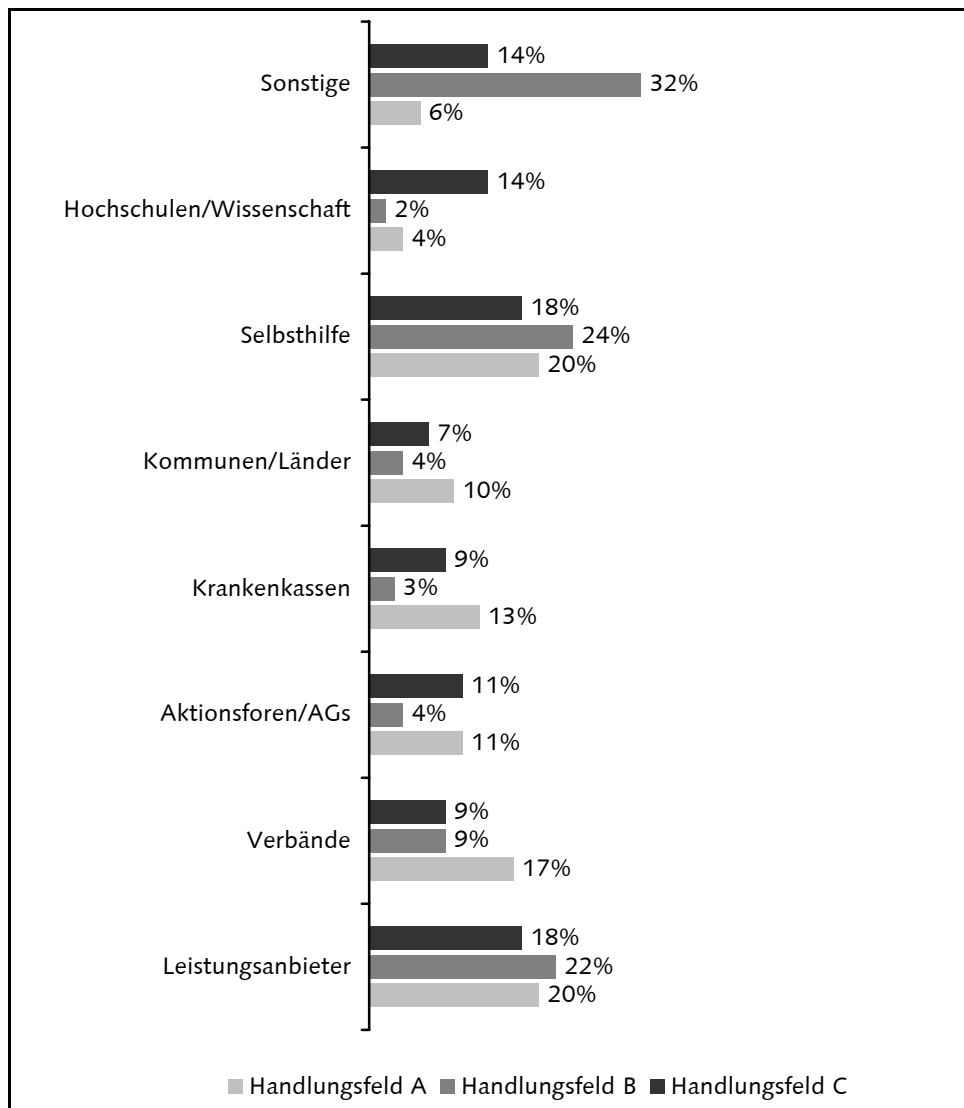
Krankenkassen halten einen Anteil von 9 % an der Gesamtgruppe der Kooperationspartner der Modellprojekte, gleichauf mit den unterschiedlichsten Aktionsforen (z. B. Kommunale Gesundheitskonferenzen, Netzwerk Patientenberatung, Netzwerkgruppe Arzneimittelinformation) und überregionalen Arbeitsgruppen (z. B. Psycho-soziale AG, Bundesarbeitsgemeinschaft Patientenstellen, AG Verringerung von Allergien) mit zusammen ebenfalls 9 %. Noch geringere Anteile halten Einrichtungen der *Kommunen und Länder* mit 7 %. Das Schlusslicht bilden Kooperationspartner aus dem Bereich *Hochschulen und Wissenschaft* mit 5 %. Vereinzelt Kooperationspartner wie z. B. Schulen oder auch pharmazeutische Unternehmen, die keiner der zuvor genannten Gruppen zugeschlagen werden konnten, wurden in der Restkategorie *Sonstige* zusammengefasst, der insgesamt 16 %¹¹ der Kooperationspartner der Modellprojekte angehören.

Auch wenn die vorliegenden Daten zu den Kooperationspartnern getrennt nach Handlungsfeldern in den Blick genommen werden, zeigen sich im Zeitverlauf keine signifikanten Veränderungen in deren Zusammensetzung. Aufgrund dessen wird auch

¹¹ Darunter fallen: 84 % Andere Einrichtungen — insbesondere 170 Therapeuten aus dem MedIndex (Projekt B1), 7 % Pharmaindustrie, 6 % Schulen, 2 % Stiftungen und 1 % Hersteller von Medizinprodukten.

diesbezüglich auf eine zeitliche Differenzierung verzichtet und ein für den gesamten Erhebungszeitraum gültiges Bild gezeichnet.

Abbildung 4: Kooperationspartner nach Handlungsfeldern (N = 1.837)



Wie Abbildung 4 zu entnehmen ist, unterhalten die Querschnittsprojekte auffallend mehr Kooperationsbeziehungen mit Einrichtungen aus dem Bereich Hochschule und Wissenschaft als die übrigen Modellprojekte. Ursächlich hierfür mag sein, dass einige der C-Projekte eine größere Nähe zur Wissenschaft wie auch eine stärker wissenschaftsorientierte Ausrichtung erkennen lassen als z. B. A- oder B-Projekte. Größere Übereinstimmung zeigt sich bei der Gewichtung von Selbsthilfestrukturen und Leistungsanbietern in den Kooperations- und Netzwerkstrukturen der drei Handlungsfelder. Lediglich bei den A- und B-Projekten ist ein leichter Vorsprung auszumachen, der möglicherweise deren Entstehungshintergrund geschuldet ist. Zu vermuten ist ferner, dass die Vernetzung mit der regional vorgehaltenen Versorgungsinfrastruktur eine der zentralen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Verankerung des spezifischen Face-to-Face-Beratungsangebotes oder auch der diversen internetbasierten Informationsangebote darstellt.

Hingewiesen sei schließlich auch auf den etwas erhöhten Anteil der A-Projekte, wenn es um Kooperationspartner aus dem Kreis der Krankenkassen und Verbände geht. Vieles spricht dafür, dass die Mitarbeiter dieser Modellprojekte tendenziell öfter mit den Krankenkassen über konkrete Beratungsfälle und deren Fragen und Probleme verhandeln müssen und insofern auf eine tragfähige Vernetzung mit Kooperationspartnern auf Seiten der Krankenkassen angewiesen sind. Die stärkere Gewichtung der Verbände könnte letztlich darauf zurückzuführen sein, dass unter den A-Projekten viele überregionale und landesweite Trägerverbände zu finden sind.

Zusammenfassend ist an dieser Stelle auf die *große Bandbreite und Heterogenität der Kooperationspartner* aufmerksam zu machen, mit denen die Einrichtungen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in Kontakt stehen. Dabei weisen die Modellprojekte eine große Nähe zu Selbsthilfestrukturen auf, gleichermaßen zu den (über-)regional vorgehaltenen komplementären Beratungsstrukturen. Klassische Leistungsanbieter wie Krankenhäuser, Pflegedienste und insbesondere niedergelassene Ärzte spielen dagegen – rein quantitativ betrachtet – für die Vernetzungsaktivitäten der Modellprojekte eine vergleichsweise geringere Rolle. Auffallend ist darüber hinaus die Verbindung zu den Verbänden, die – so ist basierend auf den vorliegenden Daten zu vermuten – zu einem großen Teil auf die ebenfalls korporatistisch organisierten Träger der Modellprojekte zurückzuführen sein dürfte. Mit anderen Worten: Hinter der Kooperation mit Verbänden könnte sich oftmals eine Zusammenarbeit nach innen, d. h. mit über- oder nachgeordneten Trägerstrukturen verbergen. In diese Richtung weisen auch Befunde der qualitativen Teilerhebung, deren Ergebnisse im weiteren Verlauf noch zur Sprache kommen werden. Schließlich ist noch die für A- und C-Projekte offensichtlich bedeutsame Kooperation mit den diversen Aktionsforen und (über-) regionalen Arbeitsgruppen herauszustreichen. Dagegen wird der Kooperation mit den Krankenkassen von Seiten der Modellprojekte recht unterschiedliche Bedeutung beigemessen.

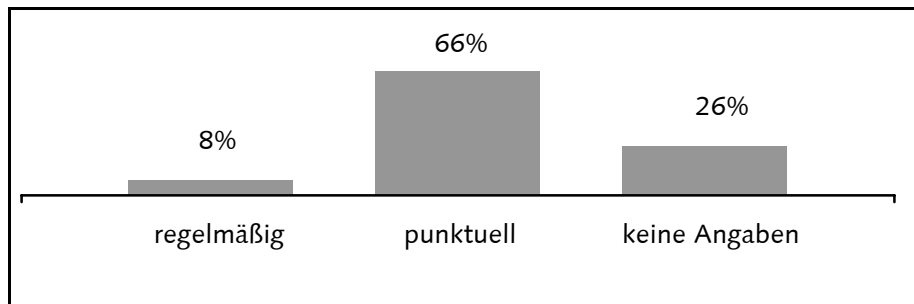
In der Summe – soviel wird hier deutlich – unterhalten die Modellprojekte nicht nur ausgesprochen viele Kooperationsbeziehungen. Sie sind aufgrund der Heterogenität der Kooperationspartner gleichermaßen herausgefordert, ihre *Vernetzungsaktivitäten in unterschiedliche Richtungen* auszudehnen und dabei sowohl auf traditionelle Anbieterstrukturen zuzugehen, als auch alternative Selbsthilfestrukturen und Aktionsforen einzubinden. Zuweilen – dies lässt sich den Daten andeutungsweise entnehmen – müssen dabei den jeweiligen Zielsetzungen entsprechend Akzentuierungen vorgenommen werden, um den begrenzten Ressourcen Rechnung tragen zu können.

4.1.3 Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen

Die Modellprojekte wurden im Rahmen der wiederholten Befragung zudem gebeten, Angaben zur *Intensität* als auch zur *Ausgestaltung* der Kooperation zu machen, um auf diese Weise eine bessere Einordnung der erfassten Kooperationsbeziehungen zu ermöglichen.

Zunächst wurden die Modellprojekte in offener Form zur Intensität der Kooperation befragt. Wie der mit 26 % hohe Anteil unvollständiger oder ungültiger Antworten vermuten lässt, erwies sich die Beantwortung dieser Frage für die Modellprojekte offenkundig als schwierig. Die eingedenk dessen als gültig zu wertenden Antworten wurden von der wissenschaftlichen Begleitforschung im Nachhinein in dichotomer Form als 'punktuell' oder 'regelmäßig' eingestuft. Eine Kooperationsbeziehung wurde dann als regelmäßig charakterisiert, wenn laut Selbstauskunft der Modellprojekte mindestens einmal monatlich ein persönlicher oder telefonischer Kontakt zwischen den Partnern zustande kam.

Abbildung 5: Intensität der Kooperation (N = 1.837)



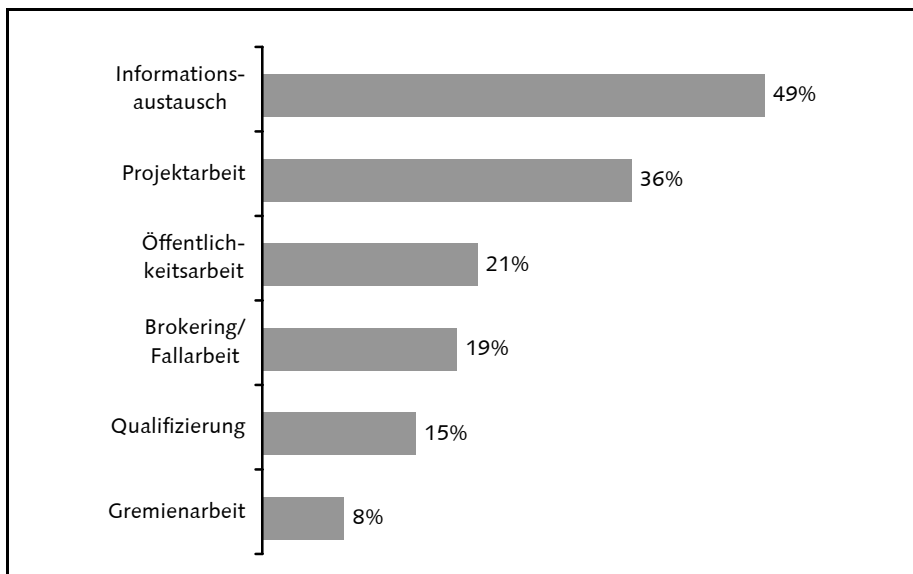
Dieser Definition folgend sind – wie in Abbildung 5 dargestellt – 8 % der Kooperationsbeziehungen der Modellprojekte als 'regelmäßig' einzuordnen. Weitaus größere Bedeutung haben hingegen 'punktuelle' Kooperationsbeziehungen mit 66 %. Bei genauerer Betrachtung dieser Befunde zeigt sich, dass in der Gruppe der 142 Kooperationspartner, mit denen regelmäßige Beziehungen unterhalten werden, Anbieter von direkten Versorgungsleistungen mit 39 % eine führende Position einnehmen. Mit Abstand folgen Kooperationspartner aus dem Bereich Hochschule und Wissenschaft (18 %), wobei nicht auszuschließen ist, dass hier auch die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitforschung eingeflossen ist. Danach kommen Selbsthilfe (15 %) sowie Kommunen und Länder (10 %). Aktionsforen und überregionale Arbeitsgruppen (9 %) und Verbände (6 %) stehen am Ende der Rangfolge. Sonstige machen noch 4 % aus.

Auch die von den Modellprojekten in offener Form gemachten Angaben zur Ausgestaltung der jeweils unterhaltenen Kooperationsbeziehungen wurden – wie im Methodenteil dargelegt – aus Gründen der besseren Darstellbarkeit nachträglich systematisiert und den in Abbildung 6 erkennbaren sechs Kategorien zugeordnet.

Demnach steht der *Informations- und Erfahrungsaustausch* in der unabhängigen Patienteninformation mit 49 % an zentraler Stelle. Dahinter verbergen sich Einzelaktivitäten wie die Inanspruchnahme von allgemeinen Beratungsleistungen oder die telefonische Nachfrage bei den Kooperationspartnern ebenso wie der technisierte Datentransfer oder die Bezugnahme auf andere Einrichtungen als Referenz- oder Ansprechpartner.

An zweiter Stelle folgt mit 36 % die *gemeinsame Projektarbeit* und somit eine bereits deutlich intensivere Form der Zusammenarbeit. Subsumiert sind hier alle Maßnahmen, die der Erfüllung von eigenen oder externen Zielvorgaben im Rahmen des Modellprojekts nach § 65b dienen, wie z. B. die Implementierung oder Weiterentwicklung von Beratungs- oder Qualitätsstandards oder die Ausweitung des Beratungsangebots in Absprache mit anderen Verbundeinrichtungen.

Abbildung 6: Ausgestaltung der Kooperation/Mehrfachantworten möglich (N = 1.837)¹²



Etwas abgeschlagen mit insgesamt 21 % folgt an dritter Stelle die *Öffentlichkeitsarbeit*, verstanden als sämtliche mit anderen Einrichtungen unternommene oder auf andere Einrichtungen abzielende Aktivitäten zur an Zielgruppen orientierten Bekanntmachung des vorgehaltenen Beratungs- und Informationsangebots. Ziel der Kooperation ist die Verbreitung von Informationen über das eigene Angebot unter Rückgriff auf externe Partner. Dies beinhaltet Aktivitäten wie das gegenseitige Verweisen auf die jeweils andere Einrichtung im Beratungsalltag sowie das Auslegen von Broschüren oder Informationsblättern.

Als *Brokering*¹³ werden hier alle dem Case Management verwandten Vermittlungsaktivitäten bezeichnet, die im Rahmen der Fallarbeit der direkten Unterstützung von Patienten, Angehörigen oder anderen Hilfe- und Informationssuchenden dienen. Angesprochen ist beispielsweise die Übermittlung von Transparenzinformationen, die Weiterleitung an kooperierende Einrichtungen, die gemeinsame Begleitung von Patienten auf ihrem Weg durch das Gesundheitswesen und ähnliche auf Patienten bezogene Aktivitäten. 19 % der von den Modellprojekten unterhaltenen Kooperationsbeziehungen dienen diesen gleichermaßen kommunikations- wie interaktionsintensiven Aufgaben.

Weitere 15 % der Kooperationsbeziehungen sind auf die gegenseitige *Qualifizierung und Wissensvermittlung* ausgerichtet. Neben In-House-Schulungen für die jeweiligen Mitarbeiter fallen hierunter auch die aktive oder passive Teilnahme an Konferenzen, Tagungen, Symposien oder Lehrveranstaltungen in Bildungseinrichtungen – in der Summe also eher lockere und weniger intensive Formen der Zusammenarbeit.

An letzter Position findet sich mit 8 % schließlich die Gremienarbeit, d. h. die aktive Mitwirkung an runden Tischen, Konsultationen und Kommissionen auf verschiedenen Verwaltungsebenen.

¹² In 6 % der Fälle wurden keine Angaben zur Art der Kooperation gemacht.

¹³ Die Brokerfunktion ist eine dem amerikanischen Kontext entlehnte Form des Case Managements, die speziell im Hinblick auf die Fragmentierung und Desintegration der Versorgung entwickelt wurde. Die Case Management Einrichtung fungiert in diesem Konzept als neutrale Vermittlungsagentur zwischen den Nutzern und den Anbietern im Versorgungswesen (vgl. Ewers 1996, S. 28ff.; Ewers 2000, S. 66ff.).

Werden diese Angaben der Modellprojekte zur Art der Kooperation nach den Gruppen der Kooperationspartner getrennt betrachtet, zeigen sich sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten. Zu letzteren zählt, dass der Informations- und Erfahrungsaustausch über nahezu alle Gruppen hinweg die größte Rolle spielt¹⁴. Besonderes Gewicht hat diese Kooperationsform mit 75 % für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Modellprojekten. Unterschiede zeigen sich hingegen beim Brokering bzw. der gemeinsamen Fallbearbeitung. Insbesondere mit den Verbänden (27 %) sowie den Einrichtungen von Kommunen und Ländern (31 %) werden solche fallbezogenen Verweisungszusammenhänge etabliert. Hingegen spielen sie bei den Anbietern von Versorgungsleistungen mit 25 % erneut eine auffallend geringe Rolle.

Die Öffentlichkeitsarbeit läuft im Vergleich der verschiedenen Kooperationspartner mit 33 % am häufigsten über Aktionsforen und überregionale Arbeitsgruppen. Bei der Kooperation mit den Verbänden und den Krankenkassen hält sie noch einen Anteil von je 24 %. Ähnliches gilt für die Partner aus den Bereichen Selbsthilfe (23 %) und Kommunen und Länder (22 %). Am geringsten fällt ihre quantitative Bedeutung hingegen für die Kooperation mit Hochschulen und Wissenschaft (18 %) und Leistungsanbietern (15 %) aus. Die Kategorie Sonstige weist noch einen Anteil von 16 % auf.

Wie kaum anders zu erwarten, hat die Gremienarbeit bei der Kooperation mit den diversen Aktionsforen mit 30 % einen vergleichsweise hohen Stellenwert inne, wohingegen sie bei den anderen Partnern weniger große Bedeutung erlangt¹⁵. Die gegenseitige Qualifikation stand bei der Kooperation mit Hochschulen und Wissenschaft an erster Stelle (48 %), gefolgt von den Verbänden (22 %), der Selbsthilfe (19 %), Leistungsanbietern (11%), den Kommunen und Ländern (10 %) und den Aktionsforen, Krankenkassen und den sonstigen Kooperationspartnern mit jeweils weniger als 8 %.

Bleibt schließlich noch die differenzierte Betrachtung anhand der drei Handlungsfelder durchzuführen. Auch aus diesem Blickwinkel dominiert eindeutig die eher lockere Form der Kooperation in Form von Informations- und Erfahrungsaustausch (A-Projekte 61 %, B-Projekte 32 %, C-Projekte 53 %). Auffallend ist, dass bei den Internetprojekten der projektförmigen Zusammenarbeit mit 69 % ein überdurchschnittlich hoher Stellenwert beigemessen wird (A-Projekte 10 %, C-Projekte 33 %), wohingegen bei den personalkommunikativ angelegten Beratungsprojekten (A) das Brokering und die Fallarbeit mit 38 % vergleichsweise hohes Gewicht haben. Öffentlichkeitsarbeit ist für A- und C-Projekte mit 29 % der Kooperationsbeziehungen zu veranschlagen, für die Internetprojekte (B) hingegen nur mit 6 %. Qualifikation ist bei A- und C-Projekten wieder beinahe gleichwertig mit 23 bzw. 19 %. Gleiches gilt für die Werte bei der Gremienarbeit, die mit 11 % bei den A-Projekten und 13 % bei den C-Projekten nahe beieinander liegen. Bei den B-Projekten spielen diese beiden zuletzt genannten Kooperationsformen praktisch keine Rolle¹⁶, bei ihnen stehen Informations- und Erfahrungsaustausch sowie die Projektarbeit im Vordergrund.

¹⁴ Krankenkassen (75 %), Verbände (69 %), Kommunen und Länder (56 %), Leistungserbringer (51 %), Selbsthilfe (51 %) und Aktionsforen (40 %). Ausnahmen hiervon bilden zum einen die Kategorie Hochschule und Wissenschaft, bei der Qualifizierung mit 48 % die wichtigste Kooperationsform darstellt und zum anderen die Kategorie der sonstigen Partner, bei der die Projektarbeit mit 66 % relativ zu den anderen Kooperationsformen im Vordergrund steht.

¹⁵ Verbände 11 %, Kommunen/Länder 9 %, Krankenkassen und Hochschule/Wissenschaft jeweils 8 %, Selbsthilfe 6 %, Leistungsanbieter 3 %, Sonstige 1 %.

¹⁶ Gremienarbeit macht hier 1 %, Qualifizierung 1,5 % aus.

Der punktuelle Informations- und Erfahrungsaustausch ist – zusammenfassend betrachtet – die für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung insgesamt häufigste Form der Zusammenarbeit. Die vergleichsweise arbeitsintensivere und zugleich näher an den eigentlichen Nutzern verortete Brokerfunktion bzw. Fallarbeit landet hingegen – je nach Betrachtungsweise – eher auf den hinteren Rängen. Dies mag unterschiedliche Gründe haben und beispielsweise mit der noch eher schwach ausgeprägten Vernetzung mit den Anbietern von Versorgungsleistungen in Zusammenhang stehen. Auch könnte sich hier auswirken, dass die Modellprojekte zu Beginn ihrer Arbeit zunächst darauf angewiesen waren, mit zahlreichen unterschiedlichen Partnern wissensbasierte Informationsnetzwerke zu installieren, um ihre Funktion als unabhängige Beratungs- und Informationsstellen qualitätsgesichert wahrnehmen zu können. Diesem Anliegen dürfte auch der hohe Stellenwert der Projekt- und der Öffentlichkeitsarbeit entsprechen. Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass das zentrale Ziel der unabhängigen Patienteninformation und -beratung – nämlich Patientenorientierung und Patientenpartizipation im deutschen Gesundheitssystem zu fördern – durch diese Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten vornehmlich *mittelbar* realisiert wird. Bleibt zu fragen, ob künftig der regelmäßig angelegten und funktional ausgerichteten Kooperation mit Anbietern von Versorgungsleistungen wie auch der damit verbundenen intensiven Brokerfunktion bzw. Fallarbeit nicht mehr Aufmerksamkeit zugewendet werden sollte, um die von der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung für Patienten, Angehörige und andere Hilfe- und Informationssuchende angestrebten Effekte tatsächlich realisieren zu können.

4.1.4 Zwischenfazit

Aktivitäten zur Kooperation und Vernetzung nehmen basierend auf den zuvor dargelegten Befunden in der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung einen breiten Raum ein. Dies lässt sich allein an der großen Zahl an individuellen und kollektiven Akteuren ermesen, mit denen die Modellprojekte nach eigenen Angaben in einer mehr oder weniger engen Kooperationsbeziehung stehen¹⁷. Wenngleich die vorliegenden Daten nur bedingt Rückschlüsse auf die Intensität und Zweckmäßigkeit der zu diesen Kooperationspartnern unterhaltenen Beziehungen erlauben, wird doch allein aufgrund der zahlreichen Kontakte auf Seiten der Modellprojekte ein *nicht unerheblicher Aufwand mit dem Unterhalt und der Förderung der Netzwerkaktivitäten* zu veranschlagen sein. Wird zudem die Heterogenität der diversen Kooperationspartner aus unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen und sozialen Gruppen und die Unterschiede in den Kommunikations- und Interaktionsformen berücksichtigt, dürfte die hier in den Blick genommene Kooperations- und Vernetzungsarbeit den Akteuren vor Ort zahlreiche Anstrengungen abverlangen. In Anbetracht der Integrationseffekte, die der Kooperation und Vernetzung in einem sich zunehmend differenzierenden und unübersichtlich werdenden Gesundheitssystem beizumessen ist, gilt es diesen von den Modellprojekten betriebenen Aufwand zunächst einmal in angemessener Weise zu würdigen.

Die Modellprojekte zur unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung haben – den vorliegenden quantitativen Befunden folgend – damit begonnen, sich mit ihrem Anliegen als ein Element des deutschen Gesundheitssystems zu verankern und sich dort dauerhaft zu etablieren. Der strategischen Einbindung in sozial- und gesundheitspolitische sowie informationelle Netzwerkstrukturen und der vorwie-

¹⁷ Zuweilen ist die Zahl der Kooperationspartner sogar so groß, dass den Modellprojekten die Übersicht verloren geht, was die einander z. T. widersprechenden Angaben in den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten der wissenschaftlichen Begleitforschung zu erklären vermag.

gend punktuellen, oft auch projektförmigen Zusammenarbeit messen sie dabei ganz offensichtlich besonderen Wert bei. Zugleich fällt auf, dass die Verbindungen zu den Anbietern von direkten Versorgungsleistungen (Krankenhäusern, Ärzten, Heimen, Pflegediensten, usw.), und damit einer für Innovationen im Gesundheitssystem zentralen Gruppe von Akteuren, vergleichsweise schwach ausgeprägt sind. Gerade dort also, wo viele der von den Modellprojekten bearbeiteten Probleme ihren Ursprung haben oder wo mangelnde Patientenorientierung und Patientenpartizipation in besonderer Weise virulent werden, sind die Kooperationsbeziehungen aus wissenschaftlicher Sicht als (noch) unzureichend einzustufen. Zwar zeigen sich zwischen den einzelnen Modellprojekten wie auch zwischen den drei definierten Handlungsfeldern z. T. Unterschiede, die in den vorstehenden Ausführungen auch Berücksichtigung gefunden haben. Unzweifelhaft wird die *Kooperation und Vernetzung mit den Anbietern von Versorgungsleistungen in Zukunft aber mehr Aufmerksamkeit* verdienen müssen, sollen die mit der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung angestrebten Innovationen im Gesundheitssystem auch tatsächlich langfristige Wirkungen entfalten.

Die vorstehenden quantitativen Befunde vermitteln eine interessante Momentaufnahme von den Kooperationsbeziehungen, in denen sich die Modelleinrichtungen zur unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung bewegen, sowie einen Einblick in den Umfang und die Zielrichtung der von ihnen zum Zeitpunkt der Erhebung bereits eingeleiteten Vernetzungsaktivitäten. Sie liefern zugleich erste Anhaltspunkte dafür, in welche Richtung sich diese Bemühungen künftig weiterentwickeln können und welche Gesichtspunkte dabei aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitung besondere Berücksichtigung verdienen. Um jedoch mehr über die Qualität der Kooperationsbeziehungen zu erfahren, wie auch darüber, wie die einzelnen Modellprojekte bei der Netzwerkbildung vorgegangen sind und welche Akzente sie im Einzelfall gesetzt haben, bedarf es einer anderen Zugriffsweise. Im Folgenden werden daher die Ergebnisse einer ergänzend durchgeführten qualitativ ausgerichteten Teilerhebung präsentiert und so anhand ausgewählter Modellprojekte ein vertiefter Einblick in die Kooperation und Vernetzung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung eröffnet.

4.2 Qualitative Dimensionen der Kooperation und Vernetzung

Im Folgenden präsentieren wir die Ergebnisse der qualitativen Teilerhebung. Deren Ziel bestand vornehmlich darin, anhand sechs ausgewählter Modellprojekte Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung zu identifizieren und zu explorieren. Die Ergebnispräsentation rekuriert auf sämtliche vorliegende Daten (Kurzportraits, Leistungsberichte, Interviewdaten und Netzwerkmapping)¹⁸ und ist folgendermaßen aufgebaut: Im Anschluss an eine kurze Skizzierung des jeweils vorgestellten Modellprojekts wird zunächst die gemeinsam erarbeitete Netzwerkkarte in ihren Grundzügen erläutert. Dabei geht es uns nicht um eine vollständige Dokumentation der erfassten Kooperationspartner oder deren jeweilige Beziehungen zum Modellprojekt. Vielmehr streichen wir aus wissenschaftlicher Sicht zentrale Beobachtungen heraus. Sodann folgen Hinweise zu den im Einzelfall erkennbaren Strategien der Kooperation und Vernetzung wie auch zum aktuellen Entwicklungsstand der Einbindung in die (über-)regionalen Versorgungsstrukturen. In einem Zwischenfazit werden anschließend die unterschiedlichen Beobachtungen zusammengeführt und die dabei gewonnenen Erkenntnisse gebündelt.

¹⁸ Vgl. hierzu Schaeffer et al. 2003 sowie die Ausführungen in Kapitel 3 dieses Teilberichts.

4.2.1 Konkurrenz und Kooperation – A1

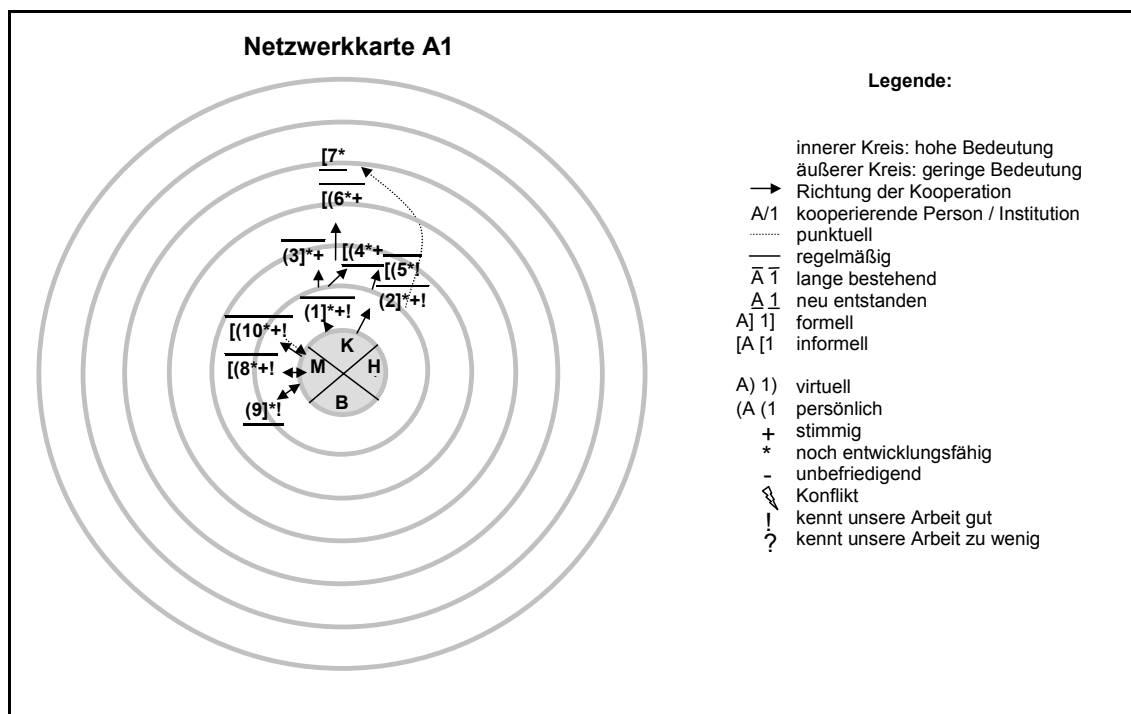
Das erste Projekt, das hier eingehender betrachtet werden soll, ist als allgemeines Beratungsangebot zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten und zur Erhöhung von Transparenz im Versorgungswesen angelegt. Langfristig soll – so die Selbstauskunft (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004) – Patientenberatung als Bestandteil der gesundheitlichen Regelversorgung etabliert werden. Hierzu soll die Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens im Sinne größtmöglicher Vernetzung der im Handlungsfeld 'Patientenunterstützung' tätigen Organisationen erreicht werden.

Das Modellprojekt wird von einem bundesweit agierenden Sozialverband getragen und verteilt sich auf drei Standorte (Berlin, Magdeburg, Hannover). Darüber hinaus wird eine zentrale, bei der Bundesgeschäftsstelle (Berlin) angesiedelte Koordinierungsstelle, unterhalten. Insgesamt arbeiten dreizehn Mitarbeiter an den drei Standorten. Das Beratungsangebot ist vornehmlich personalkommunikativ als direkte Face-to-Face-Beratung mit Komm-Struktur für Einzelpersonen oder Gruppen angelegt. Zusätzlich werden an den drei Standorten aber auch (teil-)öffentliche Informationsveranstaltungen und E-Mail-Beratung offeriert.

Thema des Netzwerk mappings, an dem sich fünf Modellmitarbeiter und der Koordinator beteiligten, war die Frage nach dem Verhältnis der drei Teilprojekte zueinander und zur Koordinierungsstelle in Berlin, also die *verbandsinterne Kooperation*. Um diese zu stärken, hatte der Träger bereits im Vorfeld bei der Antragstellung entsprechende Überlegungen angestellt und „so eine Schiene Hannover-Magdeburg-Berlin“ (Inter-A1-192-193) etabliert. Die Auswahl dieser drei Standorte folgte vornehmlich strategischen Gründen, um insbesondere in der Aufbauphase eine enge Zusammenarbeit der Projektmitarbeiter bzw. Standorte ermöglichen, das gemeinsame Projektcontrolling optimieren, Synergieeffekte erzeugen und die regionalen Aktivitäten auf dem Feld der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung besser koordinieren zu können.

Herausgestrichen wurden in erster Linie die Vorteile von Projekten mit Mehrfachstandorten, beispielsweise deren Möglichkeiten zum sprichwörtlichen „Blick über den Tellerrand“ (Inter-A1-311-314). Eher indirekt kam hingegen zur Sprache, dass die Teilprojekte auch in einer mehr oder weniger ausgeprägten Wettbewerbssituation zueinander stehen und einen erhöhten Koordinierungs- und Abstimmungsbedarf bewältigen müssen. In der Interviewsituation fand dies seinen Niederschlag darin, dass die eigentlich interessierende Einbindung der drei Modellstandorte in das sie umgebende Versorgungssystem immer wieder in den Hintergrund gedrängt wurde. Erst nach längerer Diskussion verständigten sich die Interviewpartner darauf, diese externen Kooperationsbeziehungen am Beispiel eines Teilprojekts (Magdeburg) eingehender zu betrachten und dabei von den anderen Standorten zeitweilig abzusehen. Zwar konnte aus Zeitmangel schließlich nur noch eine eng begrenzte Auswahl an konkreten Kooperationsbeziehungen Berücksichtigung finden. Dennoch ließen sich bei dieser exemplarischen Vorgehensweise sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede in den Sichtweisen und Strategien der einzelnen Standorte bei der Einbindung in die sie umgebende Versorgungslandschaft identifizieren. Abbildung 7 dokumentiert das Ergebnis dieses Prozesses.

Abbildung 7: Netzwerkkarte Modellprojekt A1



Beschreibung der Netzwerkkarte

Das Zentrum des ego-zentrierten Netzwerks ist auf Anregung der Interviewten in vier gleichgroße Segmente unterteilt, bestehend aus der Koordinierungsstelle (K) des Modellprojekts sowie den drei Teilprojekten in Berlin (B), Hannover (H) und Magdeburg (M). Die interne Kooperationsbeziehung wurde von den Befragten als formalisiert und stimmig charakterisiert. Obwohl es keine Geschäftsordnung, Satzung oder vergleichbare Festlegung für die Zusammenarbeit gibt, kennt jeder die relevanten Regeln und Abläufe – so die befragten Akteure einmütig. Die Beziehung untereinander wurde als prinzipiell entwicklungsfähig beschrieben, ohne dass jedoch konkrete Anknüpfungspunkte für künftige Entwicklungen benannt wurden.

Bei den auf der Netzwerkkarte abgetragenen Akteuren mit den Nummern 1 bis 7 handelt es sich ausschließlich um *verbandsinterne Kooperationspartner*, angefangen beim Präsidium des Bundesverbandes (1) über die Bundesgeschäftsstelle (2) und eine Arbeitstagung der Landesverbände (4) bis hin zu einem sozialpolitischen Ausschuss (7). Darin kommt zum Ausdruck, dass der *bürokratisch-hierarchischen Einbindung des Modellprojekts* in die komplexen Verbandsstrukturen besonderer Stellenwert beigegeben wird. Auf diese Weise sollen stets vorhandene „Konkurrenzen“ (Inter-A1-815-821) innerhalb des traditionsreichen Verbandes bereits im Vorfeld vermieden oder abgemildert werden. Diesem Ziel – der Konkurrenzvermeidung – entspricht nicht zuletzt, dass die Leitung der Koordinierungsstelle einer im Verband etablierten Person übertragen wurde, die zudem in der Bundesgeschäftsstelle tätig ist und somit eine Schlüsselposition für die Einbindung des Modellprojekts in die Trägerstrukturen inne hat. Regelmäßige Berichte aus dem Modellprojekt bzw. den drei Teilprojekten in die Gremien und umgekehrt dienen der Verstärkung der internen Kooperation wie auch der Schaffung von Transparenz in die Trägerstrukturen hinein. Dies geschieht vornehmlich in Form einer *indirekten und informellen Kooperation*, die in der Mehrzahl der Fälle von der Koordinierungsstelle ausgeht. Auffallend ist noch, dass nur wenige der in der Netzwerkkarte dokumentierten internen Kooperationsbeziehungen spezifischen Charakter tragen und somit auch nur mittelbar auf die Belange der unab-

hängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung und die im Antrag des Modellprojekts formulierten Ziele ausgerichtet sind. Vielmehr dienen sie durchweg der *unspezifischen Stabilisierung und Aufrechterhaltung innerverbandlicher Kommunikation und Kooperation*.

Die mit den Ziffern 8-10 bezeichneten Akteure sind ausgewählte externe Kooperationspartner des Teilprojekts in Magdeburg. Konkret handelt es sich dabei um die Verbraucherzentrale (8), das Justizministerium des Landes (9) und die Medien (10). Mit der Verbraucherzentrale gibt es seit ca. eineinhalb Jahren wirksame Absprachen hinsichtlich thematischer Schwerpunktsetzungen in der Patienteninformation (z. B. Betreutes Wohnen, Pflegeverträge). Die Beziehung zu diesem Akteur entwickelte sich – so einer der Interviewten – in der Anfangsphase des Modellprojekts fast wie selbstverständlich, zumal auch die Verbraucherzentrale Gesundheitsthemen in ihrer Beratung anbietet. Eine Konkurrenzsituation ergab sich daraus offensichtlich nicht, weshalb in der Folgezeit ein enger aufgabenbezogener Verweisungszusammenhang und eine insgesamt als stimmig charakterisierte Kooperationsbeziehung mit niedrigem Formalisierungsgrad etabliert werden konnte:

„Das ist die Zusammenarbeit, das haben wir nie schriftlich vereinbart, das klappt sehr gut. Und wenn irgendwo jemand von den Verbraucherzentralen sagt: Hier möchten wir mal einen Sprechtag machen, dann schreiben die mir eine Einladung. [...] Also wir haben uns nie zusammengesetzt und einen Vertrag geschlossen, sondern einfach * es hat sich so ergeben. Und es haben sich Regeln ergeben, die wir auch einhalten“ (Inter-A1-1586-1606).

Obwohl keine schriftlichen Vereinbarungen über die Form der Zusammenarbeit getroffen wurden, haben sich gleichsam naturwüchsig Regeln herausgebildet, die – so ist hier zu erfahren – von beiden Seiten eingehalten werden.

Etwas anders verhält es sich hingegen bei der Zusammenarbeit mit dem Justizministerium (9). Eine dort beschäftigte Referentin steht der Patientenberatungsstelle für Vorträge – beispielsweise zum Betreuungsrecht – zur Verfügung. Darüber hinaus werden patientenbezogene Publikationen ausgetauscht und wird bei größeren Aktionen (z. B. Informationskampagnen) punktuell zusammengearbeitet. Hierüber haben die Kooperationspartner eine formale Vereinbarung geschlossen, in der Rechte und Pflichten der Akteure schriftlich niedergelegt sind. Intendiert ist, mit dieser formalisierten Kooperationsbeziehung künftig „in die Fläche zu gehen“ (Inter-A1-1651-1652), d. h. sie über die Region Magdeburg hinaus auszudehnen.

Ergänzend entstand in jüngerer Zeit die Kooperationsbeziehung zu den Medien, die – ähnlich wie beim Justizministerium – obwohl vornehmlich durch eine persönliche Bezugsperson getragen, als eine institutionelle Kooperation wahrgenommen und beschrieben wird. Konkret handelt es sich in diesem Fall um die Zusammenarbeit mit einer Redakteurin, die über einen thematischen Fokus im Gesundheitsbereich verfügt. Hier soll perspektivisch eine Vertiefung in Form eines Austausches von Texten zu wichtigen Themen der Verbraucher- und Patientenberatung etabliert werden.

„Und das ist die Form der Kooperation. Also die sind mir nützlich in dem Fall, dass ich Öffentlichkeitsarbeit mache, und ich bin den Medien nützlich, dass ich also qualitätsgesicherte Texte liefere“ (Inter-A1-1788-1801).

Die vom Magdeburger Teilprojekt ausgehende Zusammenarbeit mit den Medien wurde mit großer Offenheit aufgenommen und folgt – so erfahren wir hier – vorwiegend *utilitaristischen Motiven*. Einerseits sind die Medien für die Bekanntmachung des Angebots der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in Sachsen-Anhalt von zentraler Bedeutung. Andererseits erhalten sie durch die

Kooperation Zugang zu Informationen, die ihnen andernfalls möglicherweise verschlossen sind oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand beschafft werden können. Dieser *Win-Win-Charakter* ist – wie die folgenden Ausführungen zeigen – für die meisten der Kooperationsbeziehungen des hier in den Blick genommenen Modellprojekts handlungsleitend.

Strategien der Kooperation und Vernetzung

Geht es um Vernetzung mit dem etablierten Gesundheitssystem ist von Bedeutung, dass die Aufgabe der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung bei dem hier untersuchten Projekt von einem im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem seit langen Jahren etablierten Sozialverband übernommen wurde. Dessen sozial- und gesundheitspolitische Einbindung bringt mit sich, dass bereits langjährige Kooperationsbeziehungen mit unterschiedlichen Organisationen und Verbänden bestehen. Diese sind zwar nicht speziell auf die Frage der Patienteninformation und Verbraucherberatung zugeschnitten, können aber im Bedarfsfall auch für dieses Anliegen nutzbar gemacht werden. Für die strategische Vernetzung sowie die Akzeptanz des Modellprojekts und die damit verbundenen Zielvorstellungen sind die *gleichermaßen etablierten wie unspezifischen Kooperationsbeziehungen* des Trägers von großem Wert. Hinzu kommt, dass die Position des Trägers im deutschen Sozial- und Gesundheitssystem auch Optionen eröffnet, die anderen Modellprojekten verschlossen bleiben dürften:

„Und da haben wir wieder die Möglichkeit, weil wir ja diesen Verband so haben, dass ich auch im vergangenen Jahr zum Beispiel mit der Gesundheitsministerin zusammentreffen konnte und in dem Gespräch dann [...] auch noch mal explizit über die Patientenberatung sprechen konnte, was ja für eine kleinere Patientenberatungsstelle einfach nicht möglich ist, weil sie da nicht die Möglichkeit hat, da entsprechend ranzukommen. Das ist natürlich in dem Sinne keine Kooperation, sondern man hat sich entsprechend kennen gelernt“ (Inter-A1-1733-1740).

Die Bedeutung des Verbandes erlaubt, mit wichtigen politischen Entscheidungsträgern in Kontakt zu treten und das Anliegen der Patienteninformation und Verbraucherberatung zu verbreiten. Zwar eröffnet sich damit – so die Interviewten einschränkend – keine Kooperationsbeziehung im klassischen Sinne. Dennoch wird dieser Möglichkeit zur *Lobbyarbeit und Interessenvertretung auf höchster Ebene* ein wichtiger Stellenwert für die eigene Verankerung im Gesundheitssystem eingeräumt.

Allerdings zeigen sich – geht es um die Reichweite der Vernetzungsaktivitäten – auch Unterschiede zwischen den drei Teilprojekten. Einer der Interviewten vertritt die Auffassung, dass sein Beratungsangebot auf der Landesebene angesiedelt ist und er als Angestellter eines Landesverbandes mit schwach ausgebildeten Anbieterstrukturen zunächst auf dieser übergeordneten Ebene aktiv werden muss. Folglich geht es ihm darum, vornehmlich solche Institutionen als Kooperationspartner zu gewinnen, „die landesweit tätig sind“ (Inter-A1-1984-1987), um auf diese Weise flächendeckende Beratungsstrukturen etablieren zu können. In anderen regionalen Zusammenhängen – insbesondere im großstädtischen Umfeld von Berlin oder Hannover – wird diese Vorgehensweise allerdings als wenig zielführend bezeichnet:

„Weil in Berlin, zum Beispiel, ist eine Landschaft, die schon relativ gesättigt war. Also hier sind sehr viele Selbsthilfegruppen, alle themenbezogen, und das ist natürlich was anderes, wenn Sie jetzt eine allgemeine, so'ne breit gefächerte Beratung aufbauen, wie wir es anbieten“ (Inter-A1-305-308).

Die Tatsache, dass in Berlin bereits zahlreiche Anbieter im Bereich der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung tätig sind und die Versorgungslandschaft hochgradig ausdifferenziert ist, erschwert den Zugang für ein neues, zudem generalistisch ausgerichtetes Beratungsprojekt. Nicht zuletzt weil die „Konkurrenzbeziehung stärker“ (Inter-A1-1722-1723) ist, bedarf es anderer Vorgehensweisen bei der Einbindung in die etablierten Strukturen. Dies zeigt sich beispielsweise an der für alle Teilprojekte gleichermaßen als wichtig angesehenen Zusammenarbeit mit der Presse. Um die Zielgruppen für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung erreichen und sich mit seiner Arbeit ins Gespräch bringen zu können, muss das Berliner Teilprojekt auf einer kleinräumigen Ebene ansetzen und sich der dort angesiedelten Medien – beispielsweise der Stadtteilzeitungen – bedienen. Der Versuch, sich über Kontakte mit auf der Landesebene agierenden Anbietern oder gar hochrangigen Politikern einzubinden, hat unter diesen spezifischen Gegebenheiten wenig Aussicht auf Erfolg. Umso stärker betonen die Modellmitarbeiter auf die Frage nach ihren Erfahrungen bei der Vernetzung, die Notwendigkeit zur *konsequenten Regionalisierung ihrer Aktivitäten*:

„Und da ist mir noch mal klar geworden, dass wir im Prinzip, wenn man das anguckt, ja alle doch relativ ähnliche * Ansprechpartner hatten oder haben, die wir sehr unterschiedlich angebaggert haben, oder sehr unterschiedlich erlebt haben, aus anderen unterschiedlichen Zusammenhängen heraus [...]. Das heisst, wir haben Gemeinsamkeiten entdeckt, wir haben aber auch Unterschiede entdeckt [...]. Also, das ist wirklich sehr abhängig davon: Was gibt es da bereits? Wie sind die Vernetzungen untereinander? Wie sind die Kontakte und Erfahrungen untereinander? Also, das ist noch mal im Grunde genommen noch mal ein Dschungel im Dschungel. Es ist wichtig, dass man das vor Ort auch kennt“ (Inter-A1-2016-2079).

Die genaue Kenntnis der in den jeweiligen Regionen ansässigen Ansprechpartner und deren oft undurchsichtige Verflechtung ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in die etablierten Strukturen – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen. Tatsächlich werden die Projekte für die Bemühungen zur Durchdringung der als 'Dschungel im Dschungel' charakterisierten Verbindungen erhebliche Anstrengungen in Kauf nehmen müssen, zumal nicht in jedem Fall auf Anhieb erfahrene und ortskundige Mitarbeiter zur Verfügung stehen dürften.

Dies gilt umso mehr, als mit dem Versuch, sich die etablierten Strukturen zu erschließen und Partner für tragfähige Kooperationsbeziehungen zu suchen, aus Sicht der Befragten durchaus auch Risiken einhergehen können. Hierzu zählt, dass die Modellprojekte der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung nahezu überall auf bereits bestehende Strukturen stoßen. Wollen sie sich darin einbinden, „ohne dabei jetzt jemandem auf den Fuß zu treten“ (Inter-A1-2044-2046) und unfruchtbare Konkurrenz oder gar unerwünschte Konflikte zu provozieren, müssen sie möglichst nach Nischen und unbesetzten Anbieterpositionen suchen. Darüber hinaus empfehlen die Modellmitarbeiter Akteure, die eventuell Konkurrenzangebote unterhalten, möglichst zu meiden. Stattdessen gilt es, *Gewinngemeinschaften* zu etablieren nach dem Motto: „Die haben etwas von uns und wir haben etwas von ihnen“ (Inter-A1-2097-2098). Auch hier wird also einer auf *Konkurrenzvermeidung durch generalisierte Reziprozität* angelegten Strategie gefolgt, wenn es um die Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in das etablierte Gesundheitssystem geht.

Bleibt noch darauf hinzuweisen, dass — wie den bisherigen Ausführungen bereits zu entnehmen war — die funktionale Kooperation mit Anbietern von Versorgungsleistungen — also beispielsweise Arztpraxen, Pflegediensten oder Krankenhäusern — für die Kooperationsbeziehungen der hier Interviewten eine eher geringe Rolle spielt. Ursachen hierfür finden sich beispielsweise in folgendem Textauszug:

„Ich zum Beispiel habe mich und das Projekt auch bei den Medizinern vorgestellt. Und es klappt überhaupt nicht. Also da kommt überhaupt- da hat sich überhaupt keine Zusammenarbeit ergeben. Was ich aber auch nicht auf mich zurückführen möchte, sondern ich habe wirklich immer guten Willen gezeigt. Es klappt einfach nicht. Wenn es also jemanden gibt, der mit den ärztlichen Selbstverwaltungen zusammenarbeitet, dann würde mich schon interessieren: Wie haben die das gemacht? Weil ich würde es selber gerne bei mir auch einführen“ (Inter-A1-2138-2145).

Bemühungen, eine Kooperationsbeziehung mit den Ärzten aufzubauen, laufen ins Leere. Geht es um die Vernetzung mit diesen Leistungsanbietern oder ihren Interessenorganisationen besteht Ratlosigkeit. Dabei ist bei allen Beteiligten unbestritten, dass eine Zusammenarbeit mit den Ärzten für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung von großer Bedeutung ist, insbesondere dann, wenn Strukturinformationen über die vorhandenen Versorgungsangebote offeriert und Wege durch das unübersichtliche Gesundheitssystem gebahnt werden sollen. Den seit langem bekannten und vorwiegend strukturellen Hindernissen gegen eine tragfähige Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten vermögen die Modellmitarbeiter allerdings kaum wirksam entgegenzutreten. Vorstellbar ist, dass es ihnen nicht in hinreichender Form gelingt, den Leistungsanbietern den Nutzen ihres Angebots transparent zu machen und so die von ihnen favorisierte Gegenseitigkeit herzustellen.

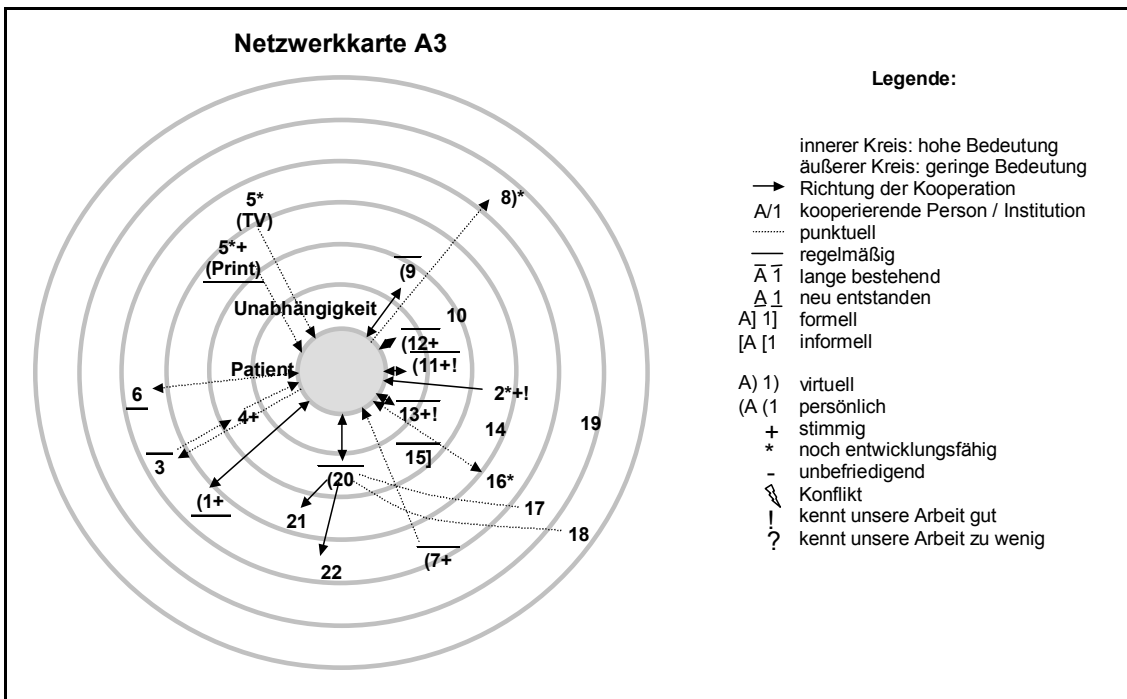
4.2.2 Präferenzuelle Koalitionsbildung – A3

Sowohl thematisch als auch aufgrund seiner Ansiedlung unterscheidet sich Modellprojekt A3 von den übrigen, hier untersuchten Initiativen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung. Aufgabe des Projekts ist die telefonische, gelegentlich auch schriftliche Information und Beratung von Patienten, Angehörigen sowie anderen Hilfe- und Informationssuchenden in Arzneimittelfragen. Zusätzlich werden über das Internet ergänzende Informationen über Anwendung, Wirkung, Risiko und Nutzen von Arzneimitteln zur Verfügung gestellt (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004). Angesiedelt ist das spezialisierte Beratungsangebot an einem Universitätsinstitut für Klinische Pharmakologie, von wo bereits 1995 ein prinzipiell vergleichbares Arzneimittelberatungsprojekt für Ärzte auf den Weg gebracht wurde.

Das Projekt beschäftigt insgesamt acht Mitarbeiter mit verschiedenen Qualifikationen (Pharmazeuten, Ärzte, Soziologen) und unterschiedlichem Stundenumfang. Es ist auf dem Campus der Universität Dresden angesiedelt, kann aufgrund des telefonischen bzw. schriftlichen Informations- und Beratungsangebots aber landesweit agieren und — sofern entsprechender Bedarf besteht und die vorhandenen Kapazitäten dies erlauben — auch Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet beantworten.

An dem Netzwerkmapping waren drei Modellmitarbeiter und der Projektleiter beteiligt. Letztgenannter ist in Personalunion Inhaber des Universitätslehrstuhls, an dem das Projekt angesiedelt ist, sowie Vorsitzender, Vorstand oder aktives Mitglied zahlreicher Gremien, Verbände und Organisationen, was — wie noch zu zeigen sein wird — für das Entstehen und Fortbestehen des Modellprojekts zur unabhängigen Arzneimittelberatung sowie dessen Kooperationsbeziehungen von tragender Bedeutung ist.

Abbildung 8: Netzwerkkarte Modellprojekt A3



Zentrales Thema war das Bemühen um Aktivierung projektspezifischer Netzwerksbeziehungen ausgehend von einem *zentralen Akteur mit ausgeprägtem 'sozialem Kapital'* und zahlreichen Verbindungen in unterschiedliche Gesellschaftsbereiche. Abbildung 8 dokumentiert das Ergebnis des interaktiven Netzwerkmappings.

Beschreibung der Netzwerkkarte

Im Zentrum der Netzwerkkarte befindet sich das Modellprojekt mit seinen Mitarbeitern, die hier jedoch nicht gesondert dargestellt sind. Stattdessen wurden auf Wunsch der Interviewten die zentralen Leitgedanken des Modellprojekts – die 'Unabhängigkeit' des Beratungsangebotes und die 'Patienten' bzw. deren Zufriedenheit – stichwortartig notiert. Umgeben ist dieses Zentrum von einem weit gespannten Kooperationsnetz dessen Knoten vorwiegend auf übergeordneten Handlungs- und Entscheidungsebenen angesiedelt, in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen verankert und zum Teil auch untereinander verlinkt sind.

Als einziger interner Kooperationspartner des Modellprojekts findet sich der zuvor bereits erwähnte Arzneimittelberatungsdienst für Ärzte (9) auf der Netzwerkkarte. Beide Projekte sind am Institut bzw. der Fakultät angesiedelt, weshalb es zwischen ihnen enge wechselseitige Arbeitsbeziehungen gibt. Regelmäßiger Erfahrungsaustausch, „Know-How-Transfer“ (Inter-A3-602-608) und gegenseitige fachliche Rückversicherung in speziellen Beratungsfragen stehen im Zentrum der Kooperation. Eher ausnahmsweise teilen sich die beiden Projekte auch ihre personellen Ressourcen, etwa im Urlaubs- oder Krankheitsfall. Die gemeinsame universitäre Anbindung bietet darüber hinaus vielfältige Möglichkeiten zur Vernetzung und zum Informationsaustausch mit den übrigen wissenschaftlichen Mitarbeitern des Lehrstuhls, des Instituts, der Fakultät und schließlich auch der Universität.

Einige externe institutionelle Kooperationspartner nehmen in dem Netzwerk wichtige Verteiler- und Knotenfunktionen ein. Da ist zum einen der ebenfalls an der Universität Dresden angesiedelte Public-Health-Forschungsverbund (20), über den indi-

rekt Kontakte zu den für das Informations- und Beratungsangebot wichtigen sozialwissenschaftlichen Disziplinen – beispielsweise zu Psychologen (21) oder Soziologen (22) – bestehen. Zudem laufen über den Forschungsverbund mittelbar auch Kooperationsbeziehungen zur politischen Ebene – namentlich zu wichtigen Fachministerien des Freistaates Sachsen (17, 18). Auch wenn diese letztgenannten Kontakte bisher noch nicht konkret für das Projekt nutzbar gemacht wurden und das Anliegen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung auf der politischen Ebene nach Auffassung der Interviewten noch wenig „Echo“ (Inter-A3-211-211) gefunden hat, sind durch diese Kontakte doch wichtige Weichen für eine langfristige Absicherung des Projekts gestellt.

Direkte funktionale Kooperationsbeziehungen mit niedergelassenen Ärzten (10) werden nicht unterhalten, wenngleich diese Leistungsanbieter für das Modellprojekt und seine Zielsetzungen durchaus als wichtig angesehen werden. Stattdessen wird primär auf übergeordneter Ebene mit Entscheidungsträgern in der Landesärztekammer (11) oder der Kassenärztlichen Vereinigung (12) kooperiert. Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Funktionären auf der Makro-Ebene sorgt dafür, dass das Beratungsangebot des Modellprojekts über Informationsdienste und Publikationen als Referenzpunkt in der alltäglichen Arbeit der Ärzte wiederholt auftaucht. Diese Öffentlichkeits- und Vertrauensarbeit hat dann im Endeffekt nicht nur Anfragen von Ärzten, sondern – vermittelt über diese – auch von Patienten, Angehörigen oder anderen Hilfe- und Informationssuchenden zur Folge. Ein ähnlich vertrauensvoller Kooperationszusammenhang wurde mit den Krankenkassen (13) und – im weiteren Verlauf – auch mit den dort tätigen Beratern (14) etabliert. Statt direkt mit den einzelnen Beratern zu kooperieren, wird über die Vernetzung mit den auf der Makro-Ebene angesiedelten Funktionsträgern ein strategischer Arbeitszusammenhang hergestellt, der nicht nur die Akzeptanz des Modellprojekts erhöht, sondern im Endeffekt auch direkte Anfragen von Patienten nach sich ziehen kann.

Neben dem öffentlichen Gesundheitsdienst (16) und der Landesvereinigung für Gesundheit (15) als kommunale bzw. landeseigene Einrichtungen spielen Selbsthilfeorganisationen (4) und Selbsthilfekontaktstellen (3) oder auch die Krebsnachsorge (6) für das Kooperationsgefüge des Modellprojekts eine wichtige Rolle. Allerdings werden in der Ausgestaltung der Kooperation andere Akzente gesetzt als bei der Zusammenarbeit mit den Funktionsträgern:

„Das sind mehr oder weniger regelmäßige Beziehungen, wo man einfach dahin fährt und hält irgendeinen Vortrag. Die organisieren das und wir stellen die Referenten sage ich mal, direkt aus unserem Beratungsdienst oder zu anderen Themen rund um die Gesundheit“ (Inter-A3-1222-1231).

Die Kooperation ist – so erfahren wir hier – in erster Linie auf die Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen ausgerichtet, wobei der eine Partner die organisatorische, der andere die inhaltliche Verantwortung wahrnimmt. Durch die sich aus dieser pragmatischen Kooperationsbeziehung ergebenden regelmäßigen Kontakte und dem damit einhergehenden Informationsaustausch wird nicht zuletzt der Bekanntheitsgrad des Modellprojekts erhöht. Einen eher inhaltlichen Schwerpunkt hat die regelmäßige und wechselseitige Kooperation mit einem Arzneimittelinformationsprojekt der Verbraucherzentralen auf Bundesebene (1), wohingegen mit einigen anderen nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekten (2) ein gerichteter Verweisungszusammenhang etabliert wurde, d. h. in Arzneimittelfragen wird auf das Dresdner Projekt verwiesen.

Bei näherer Betrachtung der Netzwerkkarte fällt auf, dass Kooperationsbeziehungen des Arzneimittelprojekts zur Pharmaindustrie und den ihr angeschlossenen Organisationen vollständig fehlen. Auf Nachfrage wird hierzu von den Interviewten erklärt:

„Das ist auch schon so, dass hier am Institut, ja, die Assistenzärzte besucht werden von Pharmavertretern, sag ich mal, und anfangs war das auch so natürlich, dass bei uns Berater vorbei gekommen sind und wollten sich vorstellen. Man nimmt auch immer mal irgendwelche Informationsmaterialien einfach aus Interesse, sag ich mal [...]. Also, man nimmt das zur Kenntnis, aber es besteht keine Rückmeldung und keine Kooperation unsererseits mit denen“ (Inter-A3-492-501).

Zwar wird das Projekt gelegentlich von Vertretern der Pharmaindustrie kontaktiert und auch deren Informationsmaterialien werden begutachtet. Eine wechselseitige Beziehung zwischen Modellprojekt und Pharmaindustrie oder gar eine nennenswerte Form der Zusammenarbeit existiert aber nicht. Vielmehr wird – so der Projektleiter – den zuweilen ausgesprochen „naiv“ erscheinenden Anfragen der Lobbyisten „auf Deutsch gesagt, die kalte Schulter gezeigt“ (Inter-A3-503-504). Erklärt wird diese scharfe Zurückweisung der anfänglichen Kooperationsbemühungen der Industrie mit dem zentralen Anliegen des Modellprojekts, nämlich die Unabhängigkeit der durchgeführten Arzneimittelberatung zu wahren und evidenzbasierte, von Anbietern neutrale Informationen zur Verfügung zu stellen. Eine wie auch immer geartete Kooperation mit der Industrie würde dieses Ansinnen nach Ansicht der Interviewten konterkarieren.

Bleibt noch anzumerken, dass die meisten der auf der Netzwerkkarte abgebildeten Kooperationsbeziehungen längere Zeit bestehen. Lediglich die zuvor erwähnten Akteure aus dem Bereich der Selbsthilfe und der Krebsnachsorge sowie die Medien (5) wurden mit Start des Modellprojekts neu eingebunden. Alle übrigen Links waren zumindest latent seit geraumer Zeit vorhanden und mussten für das projektspezifische Anliegen nur (re-)aktiviert werden.

Strategie der Kooperation und Vernetzung

Das auf der Netzwerkkarte abgebildete Beziehungsgefüge zeichnet sich durch eine Besonderheit aus, die sich erst bei genauerem Hinsehen erschließt. Die Rede ist von der auf Anhieb nicht erkennbaren Stellung des Projektleiters. Aus einer *Position mit hohem Prestige und hoher Zentralität* heraus, nimmt dieser Akteur auf der Basis persönlicher Beziehungen innerhalb des Netzwerkes wichtige Knotenfunktionen zu externen Kooperationspartnern aus relevanten Akteursgruppen und Gesellschaftsbereichen wahr, die zumeist ebenfalls über hohes Prestige und entsprechende Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten verfügen. Mit anderen Worten: *Präferenzielle Koalitionen* oder so genannte 'Old-Boys-Networks', wie sie in Politik, Wirtschaft aber auch in der Wissenschaft häufig anzutreffen sind, sichern die Einbindung des Modellprojekts in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems.

„Also, wir nutzen unser Netzwerk und das ist ganz einfach zu sagen: Wir kennen den Hauptgeschäftsführer [...], den Präsidenten [...] und der Herr Soundso ist auch im Aufsichtsrat der bundesweiten [Name einer Krankenkasse] drin. Und ich denke, das ist am Erfolgsträchtigen. Man könnte das auch 'Bottom-up' probieren. Aber letztlich landet es doch immer oben und muss genehmigt werden. Deswegen- und ich kenne die alle seit vielen Jahren, insofern machen wir das so“ (Inter-A3-110-116).

Seit geraumer Zeit bestehende persönliche Kooperationsbeziehungen mit hochrangigen Vertretern relevanter Organisationen und Interessenverbände werden aktiviert, um den Erfolg des Modellprojekts langfristig zu sichern – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen. Zwar wird die von anderen Modellprojekten der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung praktizierte 'Bottom-up'-Strategie als ein möglicher Weg zum Ziel anerkannt. Die hier geschilderte und sowohl in Richtung auf die Krankenkassen, die im Gesundheitswesen tätigen Korporationen wie auch gegenüber der Politik und nicht zuletzt der Wissenschaft praktizierte 'Top-down'-Strategie hat sich nach Ansicht der Interviewten unter strategischen Gesichtspunkten aber als Erfolg versprechender erwiesen.

Dabei wird – so die Interviewten – sorgsam darauf geachtet, dass die Interessen der eingebundenen hochrangigen Akteure und der von ihnen vertretenen Interessengruppen gewahrt bleiben und nicht der Eindruck entsteht, „das stört oder da machen wir etwas, was in irgendeiner Weise andere behindert und desavouiert“ (Inter-A3-1513-1518). Dies gilt besonders in Richtung auf die niedergelassene Ärzteschaft, zu der durch das Modellprojekt und dessen Anspruch – Patienten unabhängig über Arzneimittel zu informieren – durchaus eine latente Konfliktlinie besteht. Das sorgsame Vorgehen der Modellmitarbeiter, die eigenen Qualitätsstandards und der mit dem Arzneimittelberatungsprojekt für Ärzte erworbene Vertrauensvorsprung sowie nicht zuletzt die Verbindungen zu hochrangigen Standesvertretern und Funktionären haben allerdings dazu beigetragen, dass – so der Projektleiter – „ein Wohlwollen dem Projekt gegenüber vorhanden ist und, dass darüber hinaus Kontakte vorhanden sind, die letztlich zu einer Daueretablierung des Projektes führen werden“ (Inter-A3-1513-1518).

Dabei wird eingeräumt, dass der Grundstock dieses 'Wohlwollens' wie auch des damit verbundenen sozialen Kapitals bereits vor Start des Modellprojekts gelegt wurde und viele der ansonsten mühsam zu knüpfenden Kooperationsbeziehungen dem Modellprojekt bereits von Anfang an zur Verfügung standen. Dieser Faktor erweist sich mit Blick auf dessen Etablierung und langfristige Einbindung in das Gesundheits- und Versorgungssystem als Standortvorteil. Allerdings gibt es auch Kooperationsbeziehungen, die speziell für das Modellprojekt aufgebaut werden mussten.

„Auf der anderen Seite, ohne suffiziente Basisarbeit, ohne erfolgreiche und zufrieden stellende Basisarbeit, nützen die Kontakte natürlich auch nichts. Denn das muss sich ergänzen, ja. Das sehe ich hier eigentlich ganz günstig, ja. Herr M. und andere haben die Basisarbeit gemacht, und * Kontakte, die das Ganze dann verstetigen können, die gibt es ja. So dass das eigentlich ganz gute Voraussetzungen sind“ (Inter-A3-1475-1481).

Funktionierende und tragfähige Kontakte zur Basis ergänzen das Netzwerk des Modellprojekts und stellen dessen Erfolg sicher. Das langfristige Überleben wird hingegen durch die zuvor bereits erwähnte präferenzielle Koalitionsbildung gewährleistet. Dem Kontext dieses Interviewauszugs ist zu entnehmen, was hier mit 'suffizienter Basisarbeit' gemeint ist. Neben der direkten, vom Projektleiter supervidierten Beratungsarbeit geht es vor allem darum, das Projekt und sein Informationsangebot bei den (potentiellen) Nutzern bekannt zu machen und hierfür tragfähige funktionale Kooperationsbeziehungen zu etablieren. Das heißt, Multiplikatoren – beispielsweise aus dem Selbsthilfebereich oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst – müssen gewonnen und direkte Leistungsanbieter zur Zusammenarbeit motiviert werden. Die zuvor erwähnten Vorträge von Mitarbeitern des Modellprojekts bei kooperierenden Organisationen auf der direkten Handlungsebene oder auch Informations- und Öffentlichkeitsarbeit jedweder Art, sind Ausdruck dieser funktionalen Vernetzungsbestrebungen. Wie einer der am Netzwerkmapping beteiligten Mitarbeiter einräumte, ist

die Effektivität dieser 'Basisarbeit' allerdings bedeutend schwerer einzuschätzen, als dies bei der übergeordneten strategischen Vernetzung der Fall ist. Vor allem wenn es um die *nachhaltige Etablierung des Angebots im Bewusstsein der (potentiellen) Nutzer* geht, besteht noch Nachholbedarf:

„Ich denke, die Einbindung steht. Es gibt einfach noch ein bisschen Bedarf für * mehr öffentliches Bewusstsein, dass dieses Projekt existiert [...], dass die Leute einfach wissen, dass es da ist und dass sie das auch eben aktiv wissen: Aha, ich habe da ein Arzneimittelproblem, ich rufe dort mal an“ (Inter-A3-1503-1511).

Zwar ist das Modellprojekt insgesamt gut in die vorhandenen Strukturen eingebunden. Im Bedarfsfall ist den Menschen mit Arzneimittelproblemen dessen Existenz und Angebot aber nicht immer hinreichend bewusst. Problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang vor allem die funktionale Kooperation mit der Presse (5). Erscheinen beispielsweise Artikel oder Berichte über das Modellprojekt oder bestimmte Arzneimittelprobleme übersteigen die Anfragen aus der Bevölkerung schnell das vorhandene Angebot. Wird hingegen nicht berichtet, bleiben auch die Anfragen aus. Exemplarisch zeigt sich daran, dass die Ausgestaltung funktionaler, d. h. direkt auf die Patienteninformation und Verbraucherberatung ausgerichteter Kooperationsbeziehungen, sich zuweilen als schwieriger erweisen kann, als die strategische Einbindung und Absicherung eines Modellprojekts.

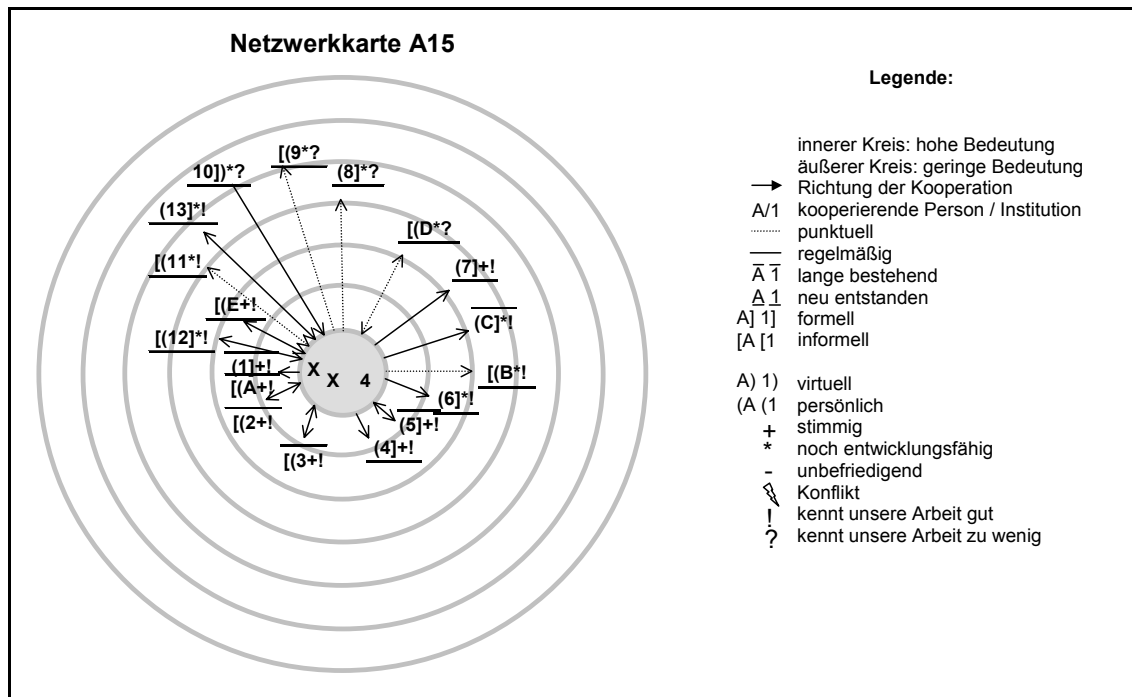
4.2.3 Personalisiertes Networking – A15

Das dritte hier näher betrachtete Projekt intendiert, in der Dreiecksbeziehung zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten den Interessen der Letztgenannten mehr Geltung zu verschaffen und in deren Sinne auf die Qualität der Versorgung Einfluss zu nehmen. Information, Beratung und Aufklärung von Patienten in Form personalkommunikativer Angebote stehen somit gleichberechtigt neben Lobbyarbeit auf lokaler und regionaler Ebene (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004). Schließlich wird der Verzahnung der unterschiedlichen Leistungsangebote und der Förderung integrierter Versorgung hoher Stellenwert beigemessen.

Das mit Beginn der Förderung neu aufgebaute Modellprojekt wird von der regionalen Kreisgruppe eines großen, bundesweit tätigen freien Wohlfahrtsverbandes getragen. Es ist in einer eher ländlich strukturierten Region angesiedelt und unterhält ein darauf ausgerichtetes generalistisches Informations- und Beratungsangebot für akut und chronisch kranke Patienten, deren Angehörige sowie andere Hilfe- und Informationssuchende. Das Projekt verfügt über einen Standort, an dem insgesamt drei Mitarbeiter mit unterschiedlichem Stundenumfang beschäftigt werden.

Thema des Netzwerk mappings, an dem die Projektleiterin und eine Vertreterin des Trägers teilnahmen, war die besondere Bedeutung, die dem Thema Kooperation für das Projekt eingeräumt wird. Zwar stellt die direkte Beratungsarbeit ein wichtiges Standbein dar. Die Einbindung in das Gesundheits- und Sozialsystem und die Beförderung von Lernprozessen auf dessen unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen sehen die Interviewten jedoch als „Hauptanliegen“ (Inter-A15-1859-1860). Dabei erweist sich die *Einbindung von Schlüsselpersonen* aus verschiedenen Gesellschaftsbereichen für das Projekt als ebenso bedeutsam, wie das Spannungsverhältnis zwischen *informell-personalisierten Kooperationsbeziehungen* einerseits und *formell-institutionalisierten* andererseits. Beide Aspekte finden sich in der Beschreibung der in Abbildung 9 dokumentierten Netzwerkkarte wieder.

Abbildung 9: Netzwerkkarte Modellprojekt A15



Beschreibung der Netzwerkkarte

Im Zentrum der Netzwerkkarte finden sich die drei hauptamtlichen Mitarbeiterinnen des Projekts (X, X, 4). Umgeben ist dieses Zentrum von einem dichten Kranz an individuellen und institutionellen Akteuren, die über zwei im Förderantrag definierte Gremien mehr oder weniger eng in das strategische und operative Geschäft der Beratungsstelle eingebunden sind.

Zum einen handelt es sich dabei um die so genannte 'Lenkungsgruppe'. Ihr gehören insgesamt fünf Personen an, darunter der im verbandlichen Träger des Modellprojekts tätige Fachbereichsleiter 'Gesundheit und Alter' (A), die am Interview beteiligte Trägervertreterin (1) und die Leiterin der Beratungsstelle sowie zwei weitere Einzelpersonen, die in diesem Gremium qua Amt wichtige gesellschaftliche Interessengruppen repräsentieren. Zum anderen wurde für das Modellprojekt ein Beirat installiert, der neben dem Träger (1) die regionale Qualitätsgemeinschaft der niedergelassenen Ärzte (2) und das ortsansässige Krankenhaus (3) angehören. Ebenfalls in diesem Gremium vertreten ist ein Kooperationspartner aus dem pflegewissenschaftlichen Bereich (4), zu dem eine besonders enge Beziehung besteht. Aus inhaltlichen und strategischen Gründen wurde eine der drei Mitarbeiterstellen des Modellprojekts zu diesem Träger ausgelagert und die Zusammenarbeit daraufhin formal abgesichert. Um diese enge Verbindung darzustellen, wurde diese Mitarbeiterin im Zentrum der Netzwerkkarte ebenfalls mit der Nummer 4 gekennzeichnet. Schließlich gehören dem Beirat noch die Selbsthilfekontaktstelle (5), die medizinische Fakultät der Universität (6) sowie die Vertreterin eines von der Gemeinde getragenen Reformprojekts (B) an. Die meisten dieser Kooperationsbeziehungen bestehen bereits längere Zeit, haben sich zur Planung und Umsetzung des Modellprojekts jedoch in dieser Form neu konstituiert. Die Kooperation mit diesen Akteuren wurde von den Interviewten nahezu durchweg als persönlich, gegenseitig und stimmig qualifiziert. Schwierigkeiten bereitete allein deren Einordnung als 'interne' oder 'externe' Kooperationspartner. Aufgrund des projektförmigen Charakters der Beratungsstelle wurden die Grenzen zu den

in den Gremien vertretenen Akteuren von den Interviewten selbst als fließend wahrgenommen.

Bei den übrigen, kranzförmig mit zunehmendem Abstand um das Zentrum gruppierten Kooperationspartnern handelt es sich dagegen durchweg um als 'extern' eingestufte Akteure, darunter zahlreiche Anbieter von Versorgungsleistungen wie beispielsweise Pflegeeinrichtungen (C), niedergelassene Ärzte (D), Seniorenberatungsstellen (E). Auffallend sind die vorwiegend personengebundenen Beziehungen zu einzelnen Pflegekräften, Ärzten oder psycho-sozialen Fachkräften, mit denen zumeist funktionale Arbeitsbeziehungen zur Sicherstellung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung unterhalten werden.

Auf zwei institutionelle Kooperationspartner, mit denen spezielle Arbeitsbündnisse etabliert wurden, ist hier besonders hinzuweisen. Mit einem von beiden — einer Suchtberatungsstelle (12) — wurde ein formeller Vertrag über eine Zusammenarbeit beim Beschwerdemanagement geschlossen, in dem Rechte und Pflichten der Kooperationspartner exakt definiert und formal festgelegt sind. Mit einem anderen Kooperationspartner — einem Verein für christliche Sozialarbeit (11) — wurde eine für die Zielsetzung der Beratungsstelle wichtige inhaltliche Zusammenarbeit vereinbart.

„Hier ist ja eine kleine Stadt und es hat kaum Ansätze von, sagen wir mal, was woanders allgemeiner Sozialdienst ist oder so was [...], und *diese* Rolle spielt dieser Verein hier ganz stark [...]. Also, da ist er ein ganz, ganz wichtiger Partner und wir haben uns ja auf die Fahne geschrieben von Anfang an, also sozusagen auch, ja, bildungsferne Schichten, Benachteiligte, also zumindest mit in den Blick zu nehmen. Und da ist er eigentlich der Partner, der sozusagen das im Blick hat, besonders was das Thema Migration angeht, aber auch andere. Und von daher gibt's da sozusagen, ja, es gibt da 'ne informelle Zusammenarbeit, aber schon eine klare Absprache über * ja, über Sozialarbeit, insofern, als wir gemerkt haben, dass wir, wenn Gesundheitsthemen in diese Zielgruppe rein bringen wollen, wir natürlich ein ganz anderes Werkzeug bräuchten, besonders nah sozusagen an der Zielgruppe sein müssten, und das von uns aus alleine so nicht hinkriegen und dafür einen Mittler brauchen. Diese Mittlerfunktion, die kann und soll dieser Verein spielen" (Inter-A15-1379-1399).

Weil andernorts von kommunalen Trägern angebotene soziale Dienste fehlen, wird auf einen kirchlichen Anbieter zurückgegriffen, um die Verbindung zu den für das Modellprojekt bedeutsamen Minderheiten und sozial schwachen Bevölkerungsgruppen herzustellen. Der als 'Mittler' charakterisierte Kooperationspartner ebnet in gesundheitspezifischen Fragen den Zugang zu den ansonsten für das Modellprojekt schwer erreichbaren Personengruppen. Auf diese Weise nimmt er in dem Kooperationsnetzwerk des Modellprojekts wichtige vermittelnde Aufgaben wahr.

Bleibt schließlich noch, auf einige Akteure mit geringerer Bedeutung für das Beziehungsgeflecht von Modellprojekt A15 hinzuweisen, darunter vor allem regionale Aktionsforen (8) und Bildungseinrichtungen (9) oder auch überregionale Netzwerke (10) und Arbeitsgemeinschaften (13), mit denen vornehmlich strategische Kooperationsbeziehungen unterhalten werden.

Strategien der Kooperation und Vernetzung

Bei der Betrachtung der Vernetzungsaktivitäten von Modellprojekt A15 fällt zunächst die — verglichen mit anderen Projekten — relativ *hohe Zahl personengebundener Kooperationsbeziehungen* ins Auge. Obwohl zumeist qua Amt in den jeweiligen Gremien vertreten und insofern Repräsentant institutioneller Kooperationspartner, spielen persönlich gefärbte Kontakte nach Ansicht der Interviewten für das Ge-

lingen der Zusammenarbeit eine nicht unerhebliche Rolle. Die 'guten' Beziehungen zu einzelnen Kooperationspartnern bergen besondere Potentiale für eine ergebnisorientierte Zusammenarbeit und erfahren insofern von den Vertretern des Modellprojekts ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Zugleich gewährt die Einbindung bestimmter Personen mittelbaren Zugang zu spezifischen Akteursgruppen (z. B. Ärzten, Pflegediensten) und gesellschaftlichen Gruppen (z. B. Migranten). Allerdings betonen die Interviewten, dass die personalisierten Beziehungen Ausgangs-, nicht aber Endpunkt der Kooperationsbemühungen sind.

„Also das dauert natürlich ´ne Weile, bis man sozusagen jeder den anderen so gut kennt, dass man das festlegen kann, dass es dann hinterher unabhängig von den Personen läuft. Aber erstmal muss man sich natürlich gut auch * ja auch ein Stück kennen lernen, ne. Was macht der eine, was macht der andere, ne, was kann ich erwarten? * Also, es ist auch ein Prozess, weil es ist ja jemand dazu gekommen in dieses ganze Netz, ne. [...] Das entwickelt sich da ja erstmal im Arbeitsprozess“ (Inter-A15-1595-1612).

Ein persönliches Kennenlernen und die gegenseitige Abklärung von Erwartungen ist Voraussetzung dafür, dass nach und nach ein stabiles, vertrauensvolles und von Personen unabhängiges Netzwerk entstehen kann. Insbesondere in den ländlich-kleinräumigen Strukturen, in denen sich die Mitarbeiter des Modellprojekts bewegen, spielt diese sich über persönliche Beziehungen prozesshaft entwickelnde Netzwerkarbeit eine große Rolle. Erst nach und nach entstehen dann Bündnisse, die auch von einzelnen Personen unabhängig langfristig aufrechterhalten werden können. Allerdings darf aufgrund dieses Zuschnitts der Kooperationsbeziehungen nicht geschlossen werden, dass die Netzwerkbildung in diesen Fällen einzig und allein den Kriterien der Sympathie und Antipathie folgen würde. Wenn es auch — so die Interviewten — die Vernetzungsaktivitäten deutlich erleichtert, „wenn man mit jemandem eine gleiche Wellenlänge hat “ (Inter-A15-1223-1234), entspricht es eigenen Vorstellungen von Professionalität auch in den Fällen Kooperationsbeziehungen anzustreben, wo es an diesem 'Sympathiefaktor' fehlt. Entscheidend sind also vornehmlich die inhaltlichen und fachlichen Belange, wenn es um die Einbindung neuer Partner in die bereits aufgebauten Netzwerkstrukturen geht. Doch damit nicht genug, denn die Bemühungen um Zusammenarbeit werden von den Interviewten nicht allein auf solche internen oder externen Akteure beschränkt, mit denen von vornherein in der Sache eine grundsätzliche Übereinstimmung zu erwarten ist. Vielmehr werden gezielt auch kritische Akteure und solche mit möglicherweise abweichenden oder sogar konträren Vorstellungen in das Netzwerk eingebunden, wie dies z. B. bei den Vertretern der Gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen zuweilen der Fall ist:

„Die haben natürlich ganz bestimmte Vorstellungen, was das Gesundheitswesen angeht, das ist klar. Die sind auch sehr in ihrer Rolle. * Aber die sind gerade deswegen besonders wertvoll für uns, weil die natürlich schon mit einer bestimmten Brille gucken und genau das wollten wir [...]. Nicht, dass die sagen: Das ist alles überflüssig und können wir uns schenken. Das nicht. Also, die stehen schon hinter den Projekten. * Aber die sind auch kritisch, und gucken aus der Brille ihrer Institution da drauf. Und das ist genau das, was wir wollten“ (Inter-A15- 1119-1127).

Die spezifische Perspektive, die von den kritischen, in der Sache aber grundsätzlich solidarischen Akteuren eingebracht wird, hat für das Modellprojekt und die darin tätigen Mitarbeiter besonderen Wert. Auf diese Weise können sie ihre eigenen Aktivitäten anhand der Rückmeldungen dieser Kooperationspartner bereits im Prozess überprüfen und gegebenenfalls modifizieren. Unliebsamen Überraschungen und an-

dauerndem Widerstand, der unter ungünstigen Umständen eventuell sogar das Weiterbestehen des Modellprojekts gefährden würde, können so präventiv entgegengewirkt oder im Vorfeld eingebunden werden.

Wie sich an den vorstehenden Ausführungen bereits andeutet, sind institutionell getragene und stark formalisierte Arbeitsbeziehungen für das hier vorgestellte Modellprojekt eher Ausnahme denn Regel. Wie oben bereits angemerkt wird lediglich mit einem Kooperationspartner (12), der über ein ausgefeiltes Qualitätsmanagement verfügt, in Fragen des Beschwerdemanagements auf der Basis eines schriftlichen Vertrages kooperiert. Darin sind Rechte und Pflichten sowie standardisierte Vorgehensweisen im Konsens zwischen den Vertragspartnern festgeschrieben. Die Beobachtung, dass ansonsten eher *informelle Kooperationsbeziehungen* überwiegen, wird von den Interviewten mit folgenden Worten kommentiert:

„Meine These ist, dass diese Beziehungen formalisierter sind, als es eigentlich den Anschein hat. Man könnte das auch festschreiben“ (Inter-A15-1613-1614).

Wenngleich nicht schriftlich fixiert und vertraglich abgesichert, bestehen doch mehr oder weniger verbindliche Vereinbarungen zwischen den Kooperationspartnern – so die Behauptung der Interviewten. Informell darf demnach also keineswegs mit 'unverbindlich' gleichgesetzt werden. Werden die stillschweigend zwischen den Partnern getroffenen und zumeist auch eingehaltenen Absprachen dennoch nicht schriftlich niedergelegt, lässt sich dies vor allem auf zwei Gründe zurückführen. Zum einen wird auf den bürokratischen Aufwand verwiesen, der mit einer Formalisierung der Kooperationsbeziehung einhergeht. Dies gilt insbesondere dann, wenn mit Behörden oder bürokratisch organisierten Verbänden kooperiert wird. Nicht selten erscheint es dann allen Beteiligten einfacher, sich auf informellem Wege auf gemeinsame Ziele und einen Modus der Zusammenarbeit zu einigen. Darüber hinaus wird aber noch auf einen für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung spezifischen Faktor hingewiesen:

„Ich sage mal, um mit jemanden einen Vertrag zu schließen, müssen Sie ja auch eine rechtsfähige Person haben. Und diese * oder, das wäre- es könnte eine Frage an dieser Stelle sein. Diese Qualitätsgemeinschaft [...] ist in dem Sinne keine rechtsfähige Person und der Leiter dieser Einrichtung oder dieser Gruppe, der versteht sich als Sprecher, aber nicht als jemand, der auch für diese Gruppe Verträge schließt“ (Inter-A15-1622-1633).

Die gegenseitige Bindung durch einen Vertrag setzt Rechtsfähigkeit voraus, die jedoch bei den diversen Aktionsbündnissen nur selten gegeben ist. Es ist somit dem spezifischen Charakter vieler im Feld der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung agierender Projekte und Zusammenschlüsse geschuldet, dass die Kooperationsbeziehungen untereinander wie auch mit den sie umgebenden Einrichtungen und Organisationen zu einem überwiegenden Teil informeller Natur sind und dies – trotz zum Teil langjähriger Zusammenarbeit – auch bleiben. Vertraglich festgeschriebene Vereinbarungen und standardisierte Verfahrensregeln – soviel wird an dieser Stelle deutlich – entsprechen eher bürokratischen oder marktförmigen Strukturen und sind bei auf Flexibilität angelegten Netzwerkstrukturen entsprechend seltener zu finden. Die Zweckmäßigkeit dieser Art der Kooperation und Netzwerkbildung, die „vom Informellen lebt“ (Inter-A15-778-779), steht dabei außer Frage, zumal Kooperation – so die Auffassung der Interviewten – zwingend geboten ist und ohnehin von keinem der Partner im Gesundheitssystem vernachlässigt werden darf.

Die Netzwerkbeziehungen der Modellprojekte haben aber nicht einzig strategische Bedeutung, vielmehr sind sie zu einem nicht unwesentlichen Teil auf funktionale Belange – also in erster Linie auf die Durchführung der Patienteninformation und Verbraucherberatung – ausgerichtet. Folgender Textauszug veranschaulicht, wie die Interviewten sich zu diesem Zweck in informationelle Netzwerkstrukturen einbinden und wie sie die erforderlichen funktionalen Arbeitszusammenhänge etablieren:

„Also, so was entsteht so: Sie haben eine Frage und suchen nach jemandem, der die Frage beantworten kann. Dann fragen Sie jemanden, ob er jemanden kennt, der irgendwo sitzt, wo man diese Frage beantworten kann. Und da ruft man an und sagt: Guten Tag. Und dann entwickelt sich da eher etwas möglicherweise auch auf der persönlichen- also eher sehr viel stärker auf der informellen Ebene, nämlich, wenn man merkt: Ah, ah, das ist jemand, der gibt bereitwillig Auskunft, dann ruft man den aber ein zweites Mal an. Und beim dritten Mal entsteht so was, wie ein Kontakt und die Nachfrage, so nach dem Motto: Jetzt habe ich Sie schon dreimal gefragt, ich würde gern aber noch mal fünfmal fragen, ist das möglich?“ (Inter-A15-1781-1790).

Treffen die Modellmitarbeiter bei der Suche nach sachkundigen Experten auf einen offenen und auskunftswilligen Gesprächspartner wird zunächst versucht, diese Informationsquelle wiederholt in Anspruch zu nehmen, bis im Idealfall schließlich eine tragfähige informelle Kooperationsbeziehung etabliert werden kann. Gleichsam in einem tentativ angelegten Prozess wird also im Einzelfall nach der notwendigen Expertise zur Beantwortung der von den Patienten, Angehörigen oder anderen Hilfe- und Informationssuchenden an die Projekte herangetragenen Fragen gefahndet. Erweist sich diese Suche als erfolgreich, wird versucht, die eher zufällig zustande gekommene Beziehung zu stabilisieren und dauerhaft in die eigenen Arbeitszusammenhänge einzubinden.

Von den Interviewten wird die zuvor skizzierte Vorgehensweise als 'klassischer Fall von Netzwerkarbeit' bezeichnet: „Hingehen, sagen: Ich brauche was. Gucken: Gibt's einen, der darauf anspringt und dann sozusagen den Kontakt verfestigen“. (Inter-A15-1834-1837). Dabei betonen sie wiederholt, wie groß der mit dieser Strategie verbundene personelle und materielle Aufwand ist. Zuweilen versuchen sie daher auch auf anderen Wegen zum Ziel zu gelangen, beispielsweise indem sie sich bestimmter „Türöffner“ (Inter-A15-1824-1825) bedienen. Die Rede ist von Personen, die den das Modellprojekt umgebenden Beiräten angehören, und die Zugriff auf spezielle, beispielsweise bei den Krankenkassen oder Wohlfahrtsverbänden beschäftigte Experten (z. B. für Rechtsfragen) haben. Durch diese Vorgehensweise erhalten die Modellprojekte zuweilen unkomplizierten Zugang zu Informanten, die für die Beantwortung spezieller Anfragen von zentraler Bedeutung sind. Eine dritte Möglichkeit der funktionalen Einbindung von Kooperationspartnern bietet sich schließlich dann, wenn einzelne Projektmitarbeiter ihre Kooperationsbeziehungen aus früheren Arbeitsbeziehungen in die Beratungsstelle einbringen und so das Netzwerk an Informanten auf 'natürliche' Weise erweitern. Eine Präferenz für die eine oder andere Strategie besteht nicht, vielmehr erweist sich aus Sicht der Interviewten jede hier skizzierte Vorgehensweise im Einzelfall als nützlich. Sie sprechen sich daher für eine flexible Vernetzungsstrategie mit den diversen Informationsquellen aus. Nur so könne nach und nach ein dichtes Netz an Informanten und Kooperationspartnern entstehen, die im Bedarfsfall bei der Beantwortung der an die Modellprojekte herangetragenen Anliegen behilflich sein können.

Bleibt auch hier einen abschließenden Blick auf die Arbeitsbeziehungen des Modellprojekts zu den Anbietern von Versorgungsleistungen zu werfen. Wie den bisherigen Ausführungen zu entnehmen war, sind diese Bündnisse auf der regionalen Ebene

– etwa zu den niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten – bei dem hier interessierenden Projekt vergleichsweise ausgeprägt. Welche Ansätze die Interviewten in diesem Zusammenhang verfolgen und welche Schwerpunkte sie setzen, zeigt folgender Textauszug:

„Also, ich könnte mir auch gut vorstellen, dass das ein Weg ist, gerade mit den niedergelassenen Ärzten, also wenn man noch ein bisschen deutlicher klar bekommt, was macht der eine und was macht der andere. Genau das, was ja am Anfang noch schwieriger war und sich mehr und mehr jetzt sortiert. Also, dass die Ärzte wissen, was machen wir eigentlich, was wir daran merken, dass sie ja auch schon an uns verweisen. [...] Das ist ja ein Teil unserer Konzeption, ne, was mache ich und was mache ich nicht, zum Beispiel“ (Inter-A15-1528-1542).

Es zählt zu den Zielsetzungen des Modellprojekts, die Transparenz der regionalen Angebotsstrukturen zu erhöhen, wechselseitige Verweisungszusammenhänge zu etablieren und zugleich eine Abgrenzung der Leistungsprofile der einzelnen Anbieter zu ermöglichen. Am Beispiel der niedergelassenen Ärzte wird verdeutlicht, wie schwierig und langwierig dieser Prozess ist, ebenso aber auch, welche Effekte er im günstigen Fall haben kann. Nicht zuletzt weil die Ärzte als primäre Anlaufstelle im Gesundheitssystem fungieren, führt die enge Zusammenarbeit mit ihnen zu einer steigenden Nachfrage von Patienten, Angehörigen sowie anderen Hilfe- und Informationssuchenden. Voraussetzung für das Gelingen der Zusammenarbeit ist dann aber nicht zuletzt, dass auch die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung ihrerseits ihr Leistungsprofil verdeutlicht und gegenüber den etablierten Akteuren im Gesundheitssystem transparent macht. Erst wenn dies gelingt und zusätzlich noch die notwendige persönliche Übereinstimmung hinzukommt, entwickeln sich – so die Interviewten – für alle Beteiligten produktive und langfristig tragfähige Arbeitsbündnisse, die letztendlich vor allem den Patienten, ihren Angehörigen und den übrigen Hilfe- und Informationssuchenden dienlich sind.

4.2.4 Vielfältige Clusterbildung – B2

Das nun folgende Projekt ist als internetbasiertes Informations- und Beratungsangebot konzipiert. Obwohl darüber hinaus auch persönliche Face-to-Face-Beratung und Schulungsangebote vorgehalten werden, steht der Aufbau eines Internetportals im Zentrum der Aktivitäten. Zu den wesentlichen Zielen des Projekts gehört die Bereitstellung von Strukturinformation über Anbieter im Gesundheitswesen der Stadt Berlin sowie von Gesundheitsinformationen für spezielle Zielgruppen wie z. B. Migranten, Behinderte und Jugendliche. Der Vernetzung diverser Beratungsangebote wie auch der Entwicklung von Qualitätsstandards wird besonderes Gewicht beigemessen, ebenso der Einbindung von Multiplikatoren und Repräsentanten professioneller Unterstützungssysteme (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004).

Das Projekt befindet sich in Trägerschaft eines in der Bundeshauptstadt ansässigen gemeinnützigen Vereins. Es unterhält eine Projektleitungsstelle mit integriertem Internetcafé im östlichen Stadtzentrum, ist über die Kooperation mit Vor-Ort-Angeboten aber auch in anderen Stadtbezirken präsent und regional verankert. Insgesamt werden über das Modellprojekt acht Mitarbeiter mit unterschiedlichem Vertragsstatus und Stundendeputaten beschäftigt. Obwohl das Modellprojekt aus bereits etablierten Strukturen hervorgegangen ist, werden damit vom Träger bislang nicht in Angriff genommene Themenfelder besetzt und z. T. auch neue Strukturen aufgebaut.

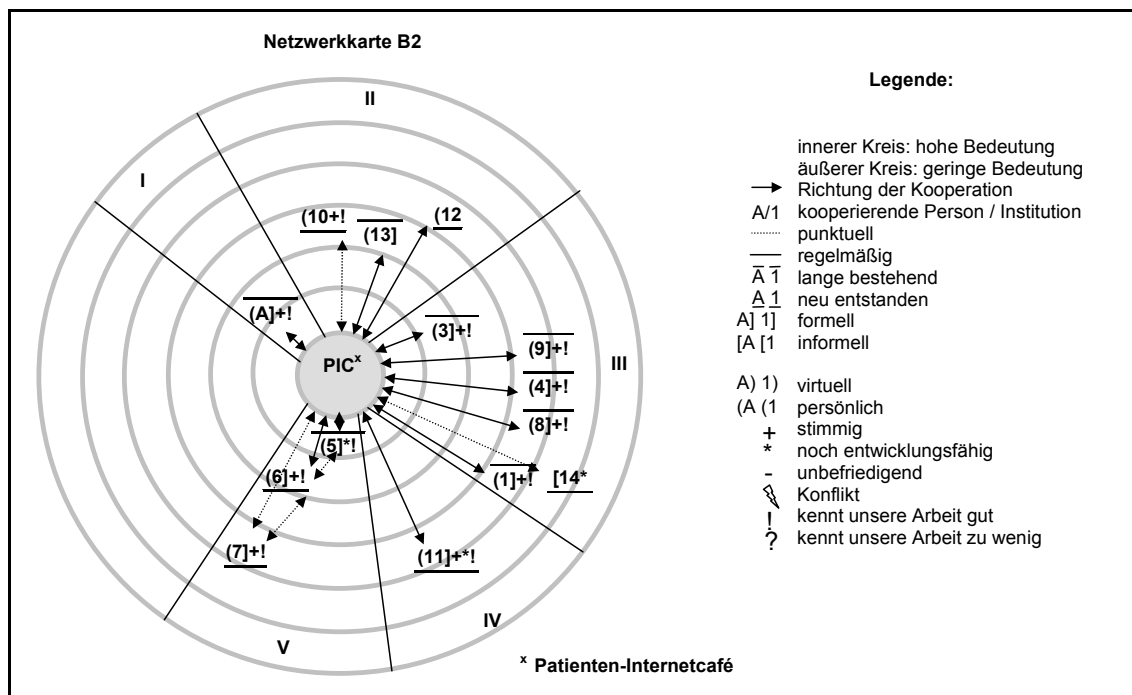
Thema des Netzwerk mappings, an dem neben der Projektleiterin noch der Geschäftsführer des Trägers teilnahm, waren vor allem die zahlreichen Synergieeffekte zwischen dem Anliegen des Modellprojekts und den übrigen Projekten des Trägers,

das gemeinsame Engagement in Fragen der Qualitätsentwicklung sowie die für das Modellprojekt und seine Vernetzungsaktivitäten so charakteristische Knotenfunktion:

„Dieser Knotenpunkt ist die eigentliche Basis unseres Projektes. Also, das ist ja unser Projekt quasi, dass wir gesagt haben: Es gibt in Berlin ganz viele einzelne Beratungsstellen, es gibt ganz viele Segmente. Aber es gibt keine unabhängige, neutrale Zusammenführung. Und wir bieten jetzt sozusagen an * oder wir nehmen auch diesen gesetzlichen Auftrag wahr, quasi über 65b zu sagen: Wir schaffen eine solche transparente Struktur und als solche einen zentralen Knoten. Und das ist ja unsere Internetplattform“ (Inter-B2-909-922).

Die Internetplattform führt die unterschiedlichen Anbieter zusammen, sorgt für Transparenz der Anbieterstrukturen und verwirklicht auf diese Weise den im Gesetz festgeschriebenen Auftrag der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung. Eng verbunden mit dieser *Knotenfunktion des Modellprojekts* steht das Bemühen um die Ausdehnung der Kooperationsbeziehungen in unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche und Handlungsfelder, die in *Clustern* bearbeitet werden. Hierdurch erreicht das Modellprojekt einen – verglichen mit anderen Projekten – hohen Grad an Systematisierung seiner Bemühungen um Kooperation und Netzwerkbildung, was sich letztlich auch in Abbildung 10 (nächste Seite) niederschlägt.

Abbildung 10: Netzwerkkarte Modellprojekt B2



Beschreibung der Netzwerkkarte

Im Zentrum des ego-zentrierten Netzwerks steht das Patienten-Internetcafé (PIC), quasi das identitätsstiftende und greifbare Zentrum des ansonsten vornehmlich auf virtueller Ebene realisierten Modellprojekts. Deutlich erkennbar ist die Unterteilung der Netzwerkkarte in sechs Sektoren, die jeweils unterschiedliche Kooperationspartner zu *themen- oder ortsbezogenen Kooperationsclustern* bündeln.

In Sektor I sind die 'internen' Kooperationsbeziehungen mit dem Träger des Modellprojekts (A) und seinen diversen Arbeitskreisen und Gremien zu finden. Sektor II bündelt die überregionalen und internationalen Kooperationsbeziehungen — beispielsweise mit anderen nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekten (10), Arbeitsgemeinschaften auf der Bundesebene (13) oder auch internationalen Partnern auf europäischer Ebene (12). In Sektor III finden wir Kooperationspartner, die für die inhaltliche Ausgestaltung des Internetportals von besonderer Bedeutung sind. Mit diesen Akteuren — beispielsweise Arbeitskreisen zu speziellen Themengebieten (1), den Verbraucherzentralen (3) oder Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation (8) — wird auf redaktioneller Ebene kooperiert, d. h. diese Partner erstellen Textbausteine für das Internetportal. Hierin unterscheiden sie sich von den in Sektor IV und V abgetragenen Kooperationspartnern, die durch Bereitstellung von Infrastrukturen vor Ort (Räumlichkeiten, Computer mit Internetzugang) niederschwellige Zugänge zum Internetportal eröffnen. In Sektor IV finden wir eine auf Bezirksebene angesiedelte Qualitätsgemeinschaft (11) und damit ein Beispiel für eine stadtteilbezogene Kooperation. Hingegen bündelt Sektor V eher anbieterbezogene Kooperationsbeziehungen mit Akteuren aus dem Kliniksektor — so genannte 'Patientenfürsprecher' (5) — und deren politische Verankerung bis hin zum Gesundheitsausschuss (7).

Mit einigen Partnern — der Verbraucherzentrale (3) oder auch den Patientenfürsprechern (5) — besteht bereits eine langjährige und ausgesprochen intensive Zusammenarbeit. Mit anderen entwickelte sich die Kooperationsbeziehung erst mit Entstehen des Modellprojekts — so u. a. auch zu einem von einem Wohlfahrtsverband getragenen Beratungsdienst für Hilfsmittel (4), den zuvor bereits erwähnten auf Stadtteile bezogenen Angeboten (11) oder den in Gründung befindlichen Servicestellen der Sozialversicherungsträger (14).

Die Beziehung zu den unterschiedlichen Kooperationspartnern wurde von den Interviewten lediglich in Ausnahmefällen als informell und noch entwicklungsfähig beschrieben. Weitaus häufiger wurde sie als stimmig und formell charakterisiert. Allerdings darf — ähnlich wie zuvor bei Modellprojekt A15 — 'formell' nicht mit 'vertraglich abgesichert' gleichgesetzt werden. Vielmehr verwenden die Interviewten diesen Begriff, wenn zwischen Träger, Projektleitung und dem jeweiligen Partner klare Absprachen über Ziele und Inhalte der Kooperation wie auch die Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit getroffen wurden. Dabei ist von Bedeutung, dass — so die Interviewten — die Kooperationsbeziehung stets von *beiderseitigem Nutzen* getragen ist. Während die Partner beispielsweise durch ihre Präsenz auf dem Internetportal ihre Kompetenz auf dem Gebiet der Verbraucher- und Patientenberatung ausweisen können, profitiert das Projekt durch die im Einzelfall zur Verfügung gestellten Informationen. Dementsprechend finden sich auf der Netzwerkkarte nur solche Kooperationsbeziehungen, die gemessen an diesem Kriterium als 'funktionierend' eingestuft werden.

Strategien der Kooperation und Vernetzung

Wie zuvor bereits angedeutet besteht das Ziel des Projekts darin, neben dem punktuellen Austausch von Informationen und Anfragen durch die Förderung von Kooperation und Vernetzung vor allem *strukturelle Wirkungen* zu erzielen und „die Vernetzung zwischen den Einrichtungen voranzubringen“ (Inter-B2-794-798). Die Sammlung und Auswertung von Erfahrungen der Kooperationspartner mit dem Internetportal soll der qualitativen Weiterentwicklung der Arbeit dienen und darüber hinaus die Kooperation der unterschiedlichen Akteure wie auch die Netzwerkbildung im Gesundheitssystem insgesamt befördern. Das Interesse richtet sich darauf, „die Kooperation so verbindlich und strukturstützend zu machen, wie nur möglich“ (Inter-

B2-855-858) — so die Erklärung der Interviewten. Die gewählten Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung sollen der Desintegration und unzureichenden Zusammenarbeit entgegenwirken und langfristig eine stabile „Kooperationskette“ (Inter-B2-534-535) bilden. Erneut wird hier sichtbar, wie sich das Modellprojekt selbst als Kristallisationspunkt für die atomisierte Beratungs- und Versorgungslandschaft in Berlin versteht, und wie es versucht, der Verantwortung gerecht zu werden, die mit dieser zentralen Stellung verbunden ist.

Weil diese auf Strukturbildung ausgerichteten Bemühungen um Kooperation und Netzwerkbildung aber ausgesprochen ressourcenintensiv und zeitaufwändig sind, bedarf es nach Ansicht der Interviewten eines besonderen Vorgehens.

„Und dabei ist natürlich, insbesondere weil wir so eine Fülle von Kooperationsbeziehungen haben, immer ganz besonders wichtig, dass wir quasi klare Strukturen haben, damit man nicht in jedem Fall die Kooperationsbeziehungen neu erfinden muss“ (Inter-B2-2105-2108).

Die große Zahl an Kooperationsbeziehungen erfordert den Aufbau von geordneten Strukturen und verlangt nach einem systematischen Handeln. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Projekt in der Lage ist, auch weiterhin neue Partner aufzunehmen, Expertise einzubinden sowie die Qualität und Bedarfsgerechtigkeit des eigenen Angebots an unabhängiger Patienteninformation und Verbraucherberatung zu befördern.

Um den Forderungen nach Effektivierung und Systematisierung Rechnung zu tragen, folgen die Bemühungen um Kooperation und Netzwerkbildung einem Dreischritt, der — weitgehend unabhängig von dem jeweils bearbeiteten Thema — für allgemein tragfähig erachtet wird. In einem ersten Schritt werden zunächst einzelne Akteure zu der jeweils relevanten Thematik identifiziert und über die „Eins-zu-Eins-Ebene“ (Inter-B2-2075-2076) hinausgehend in eher lockerer Form in Arbeitskreisen zusammengeführt, „damit man wirklich so eine Win-Win-Situation darstellt und die Partner motiviert dran arbeiten“ (Inter-B2-2077-2080). In einem zweiten Schritt wird die auf diese Weise geschaffene Struktur stabilisiert und zwar in Form von so genannten thematisch ausgerichteten Fachausschüssen — beispielsweise zum Thema Patientenfürsprecher (6). Deren Aufgabe besteht darin, die vorhandenen Erfahrungen und Fachkenntnisse zu bündeln und für die (potentiellen) Nutzer in transparenter und möglichst niederschwelliger Form aufzubereiten. Zugleich wird durch die Fachausschüsse eine überregionale Bündelung und Qualitätsentwicklung erreicht. In einem dritten Schritt wird schließlich versucht, die so geschaffenen Kooperationsbeziehungen auf wissenschaftlicher und/oder politischer Ebene langfristig strukturell abzusichern.

„Dieses Muster [...] könnte man so, wie wir es jetzt für den Bereich Pflege, Soziales abgebildet haben, könnte man es im Prinzip für Frauen abbilden, könnte man es für Kinder abbilden, könnte man es für Migration und Gesundheit abbilden“ (Inter-B2-1418-1429).

Die zuvor beschriebene Vorgehensweise beim Aufbau und bei der Verfestigung von Kooperationsbeziehungen und Netzwerkstrukturen lässt sich — so ist dem Auszug zu entnehmen — auf unterschiedliche Themengebiete übertragen. Sie erweist sich nach den Erfahrungen der Interviewten als hinreichend flexibel und effizient, um selbst komplexen und unübersichtlichen Strukturen — wie sie in Berlin zweifelsohne existieren — Rechnung tragen zu können.

Neben dieser thematischen Clusterbildung bemüht sich das Modellprojekt — wie zuvor angedeutet — im Rahmen der Kooperation und Vernetzung auch um eine regionale 'Erdung' des unabhängigen Informations- und Beratungsangebots. Damit werden unterschiedliche Intentionen verfolgt: Da ist zunächst der Wunsch, *niederschwellige Zugänge für die (potentiellen) Nutzer des Informations- und Beratungsangebots zu ermöglichen* — beispielsweise direkt in dem Stadtteil, in dem die ins Auge gefassten Zielgruppen leben, oder in den Einrichtungen, die sie tatsächlich aufsuchen. Die über die Vor-Ort-Angebote hergestellte Nähe zu den (potentiellen) Nutzern bietet dem Modellprojekt aber noch andere Vorteile:

„Also wir sind jetzt kein Projekt, was irgendwelche Gesundheitsinfos ins Portal stellt, sondern wir sagen: Es muss einen unmittelbaren Nutzen für Patientinnen haben. Die müssen mit diesen Informationen etwas anfangen können. Und wenn wir jetzt sagen, dass zum Beispiel Migrantinnen einen besonderen Informationsbedarf haben [...], dann müssen wir natürlich auch sehen, ob unsere Informationen, die wir haben, dafür tauglich sind, dass die Migrantinnen sie aufnehmen. [...] Sind die Informationen in Sprachen oder auch vom Bedarf her das, was die Zielgruppe haben will? Das war der Zweck, warum wir dieses [...] Vor-Ort-Angebot aufgebaut haben“ (Inter-B2-1656-1668).

Dem Textauszug lässt sich entnehmen, dass die Vor-Ort-Angebote dazu dienen, die *Bedarfsgerechtigkeit des virtuellen Informations- und Beratungsangebots zu überprüfen* und die vorgehaltenen Informationen auf die jeweiligen Zielgruppen abzustimmen. Tatsächlich dürfte diese Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit des virtuellen Angebots ohne die vor Ort agierenden Kooperationspartner und ihren direkten Zugriff auf die (potentiellen) Nutzer ungleich schwieriger und mit einem deutlich höheren Aufwand verbunden sein. Die Vorteile dieser Vorgehensweise bei der Kooperation und Vernetzung liegen somit auf der Hand.

Doch sind die Ziele des Modellprojekts keineswegs nur so uneigennützig, wie diese Interviewpassage vermuten lässt. Vielmehr wird unterstrichen, dass die Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in die regionalen Anbieterstrukturen durchaus auch weiterführenden strategischen Überlegungen folgt. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Partnern soll in Form von geringen Nutzungsentgelten oder durch die Ko-Finanzierung aus anderen Fördertöpfen die vorhandene Mittelausstattung des Modellprojekts verbessern und im Sinne einer „langfristigen Nachnutzungsstrategie“ (Inter-B2-1657-1658) dessen finanzieller Absicherung nach Ablauf der Förderlaufzeit dienen. Auf diese Weise könnte es dem Projekt gelingen, durch Kooperation und Vernetzung mit den Anbieterstrukturen vor Ort die selbst gesetzten Ziele zu realisieren und im Idealfall sogar das eigene Überleben zu sichern.

Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass die klassischen Leistungsanbieter — insbesondere die niedergelassenen Ärzte, aber auch Pflegedienste, Apotheken, Physiotherapeuten etc. — auch in dem hier vorgestellten Netzwerk eine vernachlässigte Größe darstellen. Anknüpfungspunkte für die vielfältige Clusterbildung sind überwiegend alternative Strukturen, beispielsweise aus dem Selbsthilfebereich, der Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit oder der Patientenrechtsbewegung. Von Ausnahmen — beispielsweise dem erwähnten Hilfsmitteldienst — abgesehen, reichen nur die Kooperationsbeziehungen mit den Beratungsstellen der Sozialversicherungsträger, den Koordinierungsstellen für ambulante Rehabilitation oder die Patientenfürsprecher in den Krankenhäusern mehr oder weniger direkt in das etablierte Gesundheitssystem hinein. Auf Seiten externer Beobachter entsteht hierdurch der Eindruck, als beschränkten sich die Aktivitäten des Modellprojekts — trotz aller Bemühungen um Strukturbildung und Integration — vorrangig auf die Kooperation und Vernetzung

innerhalb der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung. Deren Einbindung in das etablierte Gesundheitssystem, deren Verschränkung mit den dort vorgehaltenen Strukturen und professionellen Akteuren und damit die Entfaltung kritischer Potentiale innerhalb des Versorgungssystems scheint weniger Aufmerksamkeit auf sich ziehen zu können.

4.2.5 Virtuell-korporative Einbindung – B3

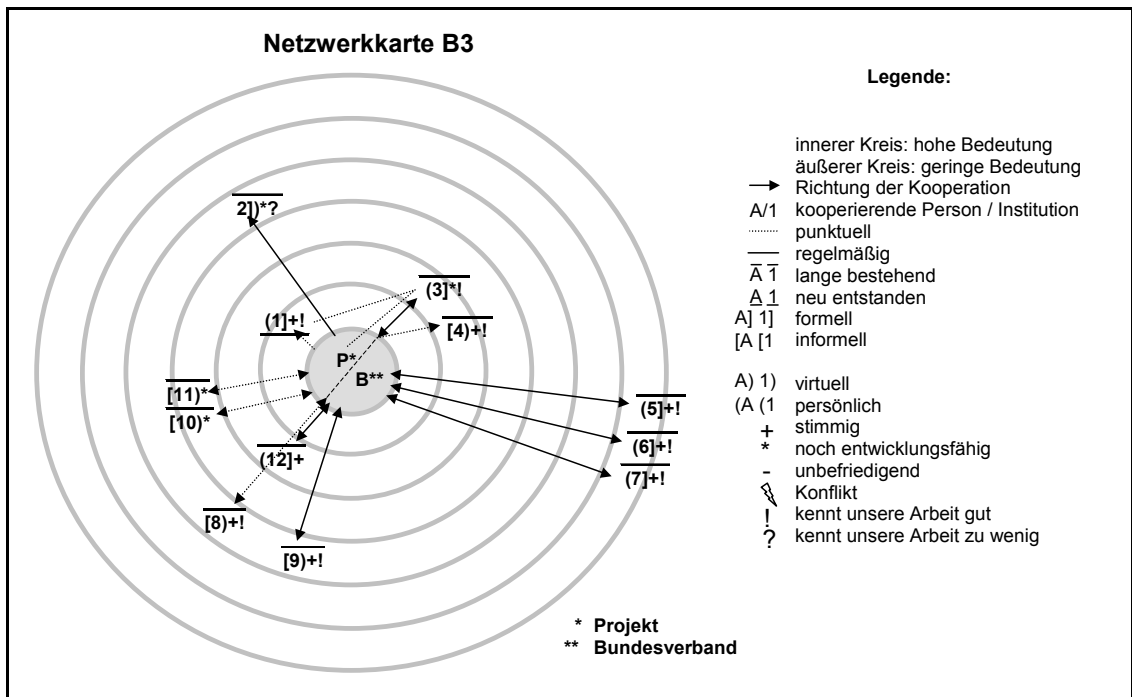
Das nun folgende Modellprojekt ist als spezialisiertes Beratungsangebot für ein ausgewähltes Krankheitsbild (Multiple Sklerose) angelegt. Es bietet über ein Internetportal krankheitsspezifische Informationen über Diagnose, Behandlung und Versorgungsstrukturen, wie auch neueste Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft. Um das virtuelle Informationsangebot abzurunden, werden zudem direkte Anfragen z. B. via E-Mail, Foren oder Chat-Rooms bearbeitet. Zielgruppen sind Patienten, Angehörige und andere Interessierte. Ziel ist es, den Betroffenen eine eigenständige Orientierung im Umgang mit Gesundheitsanbietern und deren Dienstleistungen zu ermöglichen (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004).

Der Träger des Modellprojekts ist eine gemeinnützige Gesellschaft, die als Mischform aus Interessenorganisation, Selbsthilfe- und Fachverband ausgehend von zahlreichen regionalen Selbsthilfegruppen auch auf Landes- und Bundesebene agiert. Angesiedelt ist das mit einer Mitarbeiterin¹⁹ verhältnismäßig kleine Vorhaben auf der Makroebene bei der Bundesgeschäftsstelle der Gesellschaft in Hannover. Das in diesem Gebilde als „kleines Steinchen“ (Inter-B3-35-38) spezifizierte Vorhaben, dient primär dazu, die Internetpräsenz des Verbandes zu verbessern und dessen Online-Angebot auszubauen. Auf diese Weise soll dem Bedeutungszuwachs des Internets entsprochen und jüngere Ratsuchende in kurzen zeitlichen Abständen mit neuen Informationen über das Krankheitsbild versorgt werden.

Thema des Netzwerk mappings, das mit der Projektmitarbeiterin und der innerhalb der Gesellschaft zuständigen Referatsleiterin durchgeführt wurde, war neben der *internen Kooperation* primär die *virtuell-korporative Einbindung* des Modellprojekts in die komplexen Träger- und Verbandsstrukturen. Dies schlägt sich auch in der in Abbildung 11 dokumentierten Netzwerkkarte nieder.

¹⁹ Nach den letzten Erkenntnissen werden in dem Projekt mittlerweile zwei Mitarbeiterinnen sowie drei extern finanzierte bzw. ehrenamtlich tätige Mitarbeiter beschäftigt (vgl. Keller et al. 2004).

Abbildung 11: Netzwerkkarte Modellprojekt B3



Beschreibung der Netzwerkkarte

Im Zentrum des ego-zentrierten Netzwerks findet sich neben dem Projekt auch der Bundesverband, dem es zugeordnet ist und von dessen Geschäftsstelle aus es agiert. Die interne Kooperation wird als ausgesprochen eng beschrieben, was auch mit der gestrichelten Linie zwischen beiden zum Ausdruck gebracht wird. Besonders zum ebenfalls in der Geschäftsstelle angesiedelten 'Referat für Gesundheit und Soziales' besteht über die am Interview beteiligte Referatsleiterin „fast täglich“ (Inter-B3-334-338) ein intensiver persönlicher Kontakt. Als Begründung für diese Form der internen Kooperation wurde der mit dem Modellprojekt einhergehende hohe Koordinationsaufwand angeführt.

Mit den übrigen Mitarbeitern der Geschäftsstelle gibt es vorwiegend punktuelle Kontakte, z. B. wenn es darum geht, Informationen im Portal einzustellen oder anzupassen bzw. die Expertise einzelner Mitarbeiter für projektspezifische Belange abzurufen. Insgesamt ermöglicht die überschaubare Größe der Bundesgeschäftsstelle eine offene Kommunikation der diversen Arbeitsgruppen, Referats- und Bereichsleitertreffen mit dem Projekt und umgekehrt, wobei gegenseitiger Informations- und Erfahrungsaustausch die Kooperation prägt.

Die externen Partner des Modellprojekts sind weit über die Netzwerkkarte verstreut, nur wenige von ihnen wurden in den engsten Kreis um das Projekt herum positioniert. Hierzu gehört an erster Stelle der für die technische Betriebsfähigkeit des Internetportals zuständige Kooperationspartner (1) sowie — mit deutlichem Abstand — der Internetprovider (2). Die virtuelle Schwerpunktsetzung des Modellprojekts legt diese Gewichtung nahe, zumal gerade in der Anfangszeit immer wieder technische Fragen zur Bearbeitung anstanden und eine enge Kooperation zwischen Projekt und technischem Support erforderlich machten. Mit beiden Partnern besteht in Gestalt rechtsverbindlicher Verträge eine stark formalisierte Kooperation.

Ebenfalls recht nah am Zentrum finden sich die Landesverbände (3) der Gesellschaft, zu denen eine regelmäßige, wechselseitige und über die gemeinsame Satzung auch mehr oder weniger formalisierte Kooperationsbeziehung unterhalten wird. Die Zusammenarbeit ist sowohl auf allgemeine verbandliche Fragen als auch auf projektspezifische Belange ausgerichtet. Beispielsweise wurde den Landesverbänden über die Projektförderung die Möglichkeit eröffnet, sich mit ihren eigenen Internetangeboten in die virtuelle Informations- und Beratungsplattform einzubinden und an einem möglichst einheitlichen Internetauftritt der unterschiedlichen Verbandsebenen mitzuwirken. Diese Form der virtuellen Vernetzung verfolgt nicht nur das Ziel, die 'Corporate Identity' der Gesellschaft durch ein einheitliches Erscheinungsbild nach außen zu stärken. Sie dient ebenso dem Informations- und Wissenstransfer nach innen, wie folgendem Textauszug zu entnehmen ist:

„Und wir im Bundesverband machen dann praktisch so die Dienstleistung für die Landesverbände, indem wir hier also, die Forschung überschauen, zum Sozialrecht grundlegende Dinge erarbeiten und bearbeiten, dann auch für die Landesverbände zur Verfügung stellen, für die Beratung, eben jetzt auch über das Internet“ (Inter-B3-120-124).

Die vom Bundesverband gesammelten Informationen werden verbandsintern gestreut und den Landesverbänden für Beratungszwecke zur Verfügung gestellt. Diese Art der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Ebenen der Gesellschaft wird von den Interviewten zwar als Dienstleistungsbeziehung charakterisiert, sie trägt aber unzweifelhaft auch Züge einer verbandsinternen Qualitätssicherung in sich.

Gleichfalls große Bedeutung als Kooperationspartner hat der ärztliche Beirat (4) der Gesellschaft. Auch wenn er nicht eigens für das Projekt geschaffen worden ist, spielt er als Expertenpool und Rückversicherungsinstanz für dessen Realisierung dennoch eine wichtige Rolle.

„Es sind derzeit — glaube ich — 56 Mitglieder und mehr sollen es auch nicht werden. Das sind, in der Regel leitende Ärzte von MS-Kliniken. Also, es ist im Prinzip alles, was auf dem Gebiet der MS Rang und Namen hat in Deutschland. Und es sind auch drei Leute aus dem deutschsprachigen Ausland dabei, Schweiz, Österreich“ (Inter-B3-1190-1194).

Die über diesen ärztlichen Beirat für das Projekt potentiell verfügbare ärztliche Expertise ist — folgen wir dieser Aussage — beachtlich. Allerdings wird hervorgehoben, dass die Kooperationsbeziehung zwischen den Ärzten und dem Modellprojekt unterschiedlich intensiv verläuft. Während die Zusammenarbeit mit einigen „superaktiven Mitgliedern“ (Inter-B3-1208-1208) als stimmig charakterisiert wird, gilt die Kooperation mit der Ärzteschaft insgesamt als noch entwicklungsfähig. Auffallend ist, dass der Einbindung überregional bedeutsamer Ärzte in das Kooperationsnetzwerk großer Stellenwert eingeräumt wird, wohingegen die Einbettung des Projekts bzw. seines Informations- und Beratungsangebots in die regionale Versorgungslandschaft und die ärztliche Versorgungspraxis nur wenig Aufmerksamkeit erfährt.

Mit deutlich größerem Abstand zum Zentrum finden sich auf der Netzwerkkarte ein bundesweiter Zusammenschluss von Selbsthilfe- und Behindertenorganisationen (5) und ein überregionaler Wohlfahrtsverband (6). In beiden Organisationen ist die Gesellschaft als Mitglied vertreten. Dies umfasst die Beteiligung an Prozessen der politischen Meinungsbildung und der Interessenvertretung auf allen wichtigen Handlungs- und Entscheidungsebenen und letztlich einen sozial- und gesundheitspolitischen Informations- und Erfahrungsaustausch. Trotz der großen räumlichen Distanz zum Zentrum der Karte wird mit diesen Knoten eine ebenso wechselseitige wie re-

gelmäßige und vor allem inhaltlich ausgerichtete Kooperationsbeziehung unterhalten, die gleichwohl primär vom Verband und weniger vom Projekt getragen wird. Dies gilt auch für die Zusammenarbeit mit einer für das Krankheitsbild wichtigen, auf Bundesebene agierenden medizinischen Fachgesellschaft (7). Zwischen dem ärztlichen Beirat und dieser Fachgesellschaft existieren zahlreiche Querverbindungen und personelle Überschneidungen, die auf der Netzwerkkarte allerdings nicht abgebildet sind.

Darüber hinaus werden noch mit anderen etablierten Versorgungsanbietern Kooperationsbeziehungen unterhalten, so beispielsweise mit einigen regelversorgenden Krankenhäusern (10), den auf das Krankheitsbild spezialisierten Schwerpunktkliniken (12) und ausgewählten ambulanten Pflegediensten (11). Während die Kliniken das Portal in erster Linie zur Bekanntmachung ihres Angebots nutzen können, gibt es mit den Pflegediensten einen engen, wenngleich eigenwilligen Kontakt: Die Pflegedienste können über den Bundesverband ein Gütesiegel erwerben, das ihre Kompetenzen in der Pflege von Menschen mit Multipler Sklerose ausweisen soll. Während also die Einbindung hochrangiger und angesehener Ärzte in Form eines Expertenpools der Gesellschaft nützlich ist, sind es hier vornehmlich die Pflegedienste, die von der Zusammenarbeit mit der Gesellschaft profitieren. Letztendlich aber – so die Interviewten – sind beide Kooperationsformen auf die Verbesserung der Versorgungssituation der vertretenen Patientengruppe ausgerichtet.

Schließlich bestehen zu Partnerorganisationen in Europa (8) und Amerika (9) zum Teil langjährige Kooperationsbeziehungen. Die Internetauftritte dieser Partner haben dem Projekt als Vorbild bei der Gestaltung des Portals gedient, zugleich gewährt die internationale Kooperation Zugang zu neuesten Forschungsergebnissen und einschlägigen Veröffentlichungen, was ihr in dem Netzwerk einen besonderen Stellenwert verleiht. Anzumerken ist, dass auch diese Kooperationsbeziehung primär über den Verband läuft und keineswegs eigens für das Projekt ins Leben gerufen wurde. Anders ausgedrückt: Im Wesentlichen stützt sich das hier betrachtete Netzwerk auf etablierte Kooperationsbeziehungen des Bundesverbandes.

Strategien der Kooperation und Vernetzung

Bezeichnend für das Modellprojekt ist insgesamt eine nach innen, d. h. in erster Linie *auf die etablierten Verbandsstrukturen gerichtete und von diesen getragene Kooperationsstrategie*. Die Umwelt auf Bundes- und Landesebene hat – sofern sie nicht unmittelbar verbandlichen Interessen dient – für das Modellprojekt hingegen nachrangige Bedeutung. Nachvollziehbar wird die Kooperationsstrategie möglicherweise angesichts der spezifischen Ausrichtung des Modellprojekts, dient es doch weniger der Etablierung eines neuen als vielmehr der medialen Aufbereitung eines bereits bestehenden Angebots der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung für eine zunehmend jüngere Patientenpopulation.

„Wir hatten sehr viele Zuschriften in schriftlicher Form. Wir hatten sehr viel mehr Anfragen als Telefonanrufe und wir haben ja eine Zeitung, die vierteljährlich rauskommt. Und je schneller das Ganze ging und geht mit dem Erkenntnisgewinn, umso schneller wollten wir die Erkenntnisgewinne an die Patienten weitergeben. Und da bot sich eben das Internet als Medium an“ (Inter-B3-300-304).

Die bisher zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle reichten nicht mehr aus, um die immer schneller aufeinander folgenden Informationen zu übermitteln. Die Entscheidung für das Projekt war folglich in erster Linie dem rasanten Informationszuwachs und der damit verbundenen Dynamik geschuldet. Zugleich aber eröffnete sich damit die Möglichkeit, die innerverbandliche Kooperation mit den Landesverbänden und – mittelbar über diese – auch mit den angeschlossenen Selbsthilfe-

gruppen zu modernisieren und zu optimieren. Hierzu diene z. B. das bereits erwähnte Angebot einer einheitlichen Internetpräsenz, aber auch die gegenseitige Informationsübermittlung und nicht zuletzt die Schaffung von Links zwischen den unterschiedlichen Webseiten, die von den mehr oder weniger autonomen Teilorganisationen des Verbandes unterhalten werden. Das Internet — soviel wird an dieser Stelle deutlich — hat sich darüber für das Projekt nicht nur zum Medium der Patienteninformation und Verbraucherberatung, sondern ebenso zu einer virtuell-korporativen Vernetzungsplattform entwickelt.

Die Vernetzung mit Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene gehört ausdrücklich nicht zu den Zielen und Aufgaben des Modellprojekts. Die arbeitsteilig angelegte und bürokratisch organisierte Verbandsstruktur, die zwischen regionalen, landes- und bundesspezifischen Funktionen unterscheidet, macht Initiativen in diese Richtung überflüssig. Aufgabe des Bundesverbandes — und damit auch des dort angesiedelten Modellprojekts — ist die *Kooperation auf der Makroebene* und die Wahrnehmung von Dienstleistungsfunktionen nach innen. Die Landesverbände unterhalten vielfach eigene Kooperationsbeziehungen zu Leistungsanbietern und anderen Akteuren, so dass diesbezüglich komplementäre Zugangsweisen gewählt wurden. Typische Eigenschaften von netzwerkartigen Kooperationen sind — wird von der rein virtuellen Vernetzung abgesehen — bei diesem Projekt folglich nur schwach ausgebildet. Vielmehr finden sich vorwiegend *charakteristische Eigenschaften einer bürokratischen Organisationsstruktur*, wie beispielsweise Zentralität, hierarchische Strukturen und hohe Stabilität.

Dies wirkt sich auch auf die Kooperation mit Anbietern von Versorgungsleistungen aus, beispielsweise Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten. Diese Akteure haben — unter bestimmten Voraussetzungen — die Möglichkeit, sich mit dem Internetauftritt der Gesellschaft zu verlinken, Daten über ihre speziellen Versorgungsangebote zu übermitteln und damit für (potentielle) Nutzer innerhalb der ansonsten unübersichtlichen Strukturen des Gesundheitssystems auffindbar zu werden. Das über das Projekt geschaffene Internetportal fungiert im Grunde wie eine Art *Schaufenster*, über das wichtige Transparenzinformationen übermittelt werden. Dabei wird die etablierte Position der Gesellschaft und ihrer Suborganisationen im deutschen Gesundheitssystem strategisch geschickt genutzt, um durch die Öffnung des Portals für ausgewählte Anbieter — beispielsweise Pflegedienste — ein wettbewerbliches Element einzuführen und die Qualität dieser Leistungserbringer aus Sicht des Interessen-, Patienten- und Fachverbandes zu kontrollieren. Die Gesellschaft geht also weniger aktiv auf einzelne Akteure zu, um mit ihnen zweckorientierte Bündnisse im strengen Sinne zu etablieren. Vielmehr verfolgt sie gegenüber den auf lokaler Ebene angesiedelten Anbietern von Versorgungsleistungen eine *abwartende Kooperationsstrategie*: Sofern von deren Seite Interesse besteht, können Daten an die Bundesgeschäftsstelle bzw. das Modellprojekt zwecks Einstellung auf der Internetseite der Gesellschaft übermittelt werden. Eine Ausnahme hiervon bildet allenfalls die Kooperation mit der Ärzteschaft, zumal der Gesellschaft daran gelegen ist, möglichst alle hochrangigen medizinischen Experten in ihre Gremien einzubinden und diese Kontakte somit auch für die virtuelle Patienteninformation und Verbraucherberatung nutzbar zu machen.

4.2.6 Kooperative Strukturverdichtung – C3

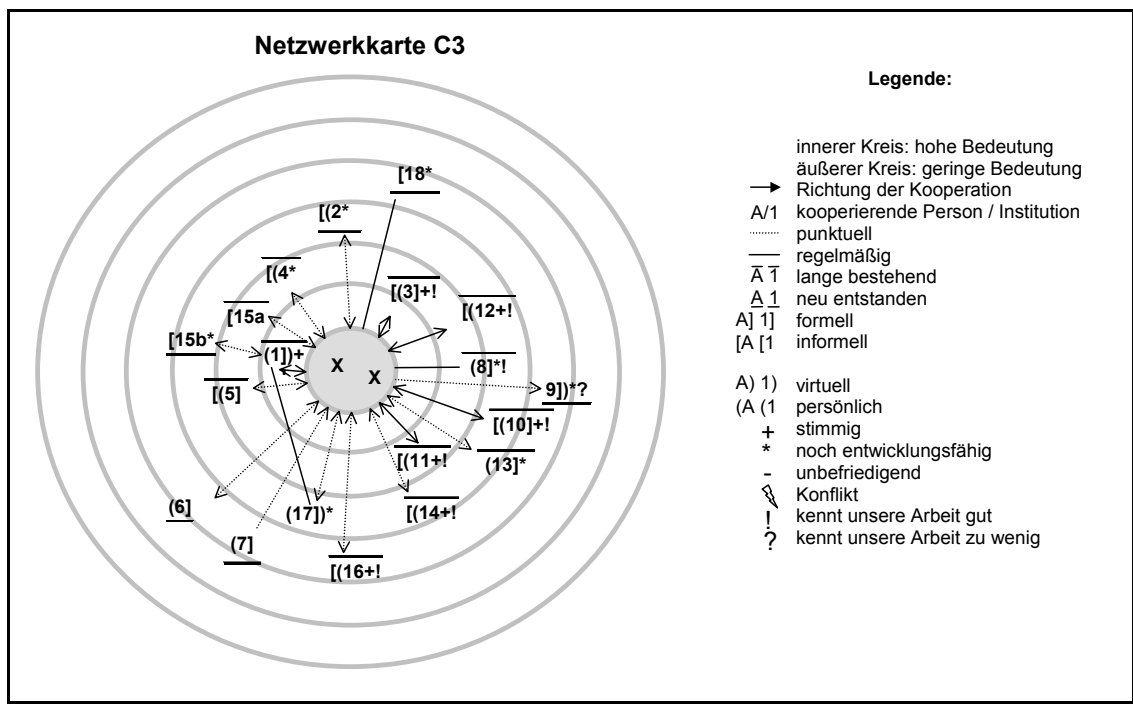
Das letzte der hier untersuchten Modellprojekte gehört zur Gruppe der Querschnittprojekte und unterscheidet sich hinsichtlich seiner Kooperations- und Netzwerkstrukturen deutlich von den zuvor beschriebenen. Es besteht aus sechs, z. T. bereits vor mehr als einem Jahrzehnt gegründeten unabhängigen Patienteninformationsstellen, die sich zu einem Verbundprojekt zusammengeschlossen und eine gemeinsa-

me Koordinierungsstelle in Bielefeld eingerichtet haben. Ziel ist u. a., das interne Informationsmanagement zu verbessern, Standards für die Patienteninformation und Verbraucherberatung zu erarbeiten und die zur Qualitätskontrolle durchgeführte Beratungsdokumentation zu vereinheitlichen. Inhaltlich steht die Frage im Mittelpunkt, welche Informationen in der Praxis von den (potentiellen) Nutzern benötigt werden und wie deren Qualität sichergestellt werden kann. Zugleich aber soll die Optimierung der regional übergreifenden Kooperation Synergieeffekte produzieren und möglicherweise auf andere Einrichtungen ausstrahlen (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004).

Das Modellprojekt in Trägerschaft eines gemeinnützigen Vereins beschäftigt insgesamt 11 Angestellte sowie einige ehrenamtliche Mitarbeiter, die auf sechs Standorte und unterschiedliche Teilprojekte im Bundesgebiet verteilt sind. Zwei dieser Mitarbeiter sind in der Koordinierungsstelle in Bielefeld beschäftigt. Deren Aktionsradius ist projektübergreifend und weiträumig angelegt, angefangen bei der kommunalen über die Landes- bis hin zur Bundesebene.

Im Mittelpunkt des mit einem leitenden Mitarbeiter der Koordinierungsstelle durchgeführten Netzwerk mappings stand das Bemühen darum, durch horizontale und vertikale Vernetzung eine *kooperative Strukturverdichtung innerhalb der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung* zu erreichen. Wie zu diesem Zweck weit verstreut liegende Kooperationspartner sowie auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelte und z. T. bereits miteinander vernetzte Aktionsforen eingebunden werden und welche Rolle die Koordinierungsstelle dabei spielt, lässt sich der Netzwerkkarte in Abbildung 12 entnehmen.

Abbildung 12: Netzwerkkarte Modellprojekt C3



Beschreibung der Netzwerkkarte

Das Zentrum der ego-zentrierten Netzwerkkarte bildet die vom Modellprojekt unterhaltene Koordinationsstelle mit den beiden dort tätigen Mitarbeitern (X X). Umgeben ist dieses Zentrum von einem weit gespannten, stellenweise dichten Kranz an

institutionellen Kooperationspartnern, die zum Teil wiederum untereinander vernetzt sind. Zu finden sind punktuelle und regelmäßige Kooperationsbeziehungen sowie solche, die bereits geraume Zeit existieren, und solche, die mit Entstehen des Modellprojekts neu hinzugekommen sind.

Eine wichtige Stellung in dem auffallend heterarchischen²⁰ Netzwerk nehmen einige interne Kooperationspartner ein, darunter die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen (1), der rechtsfähige Trägerverein des Modellprojekts (3), einige themenverwandte Projekte des Trägers (4) sowie die nach § 65b SGB V geförderten regionalen Projektpartner (5). Mit all diesen Partnern gibt es – obwohl oftmals nur punktuell realisiert – langjährige und vertrauensvolle Kooperationsbeziehungen. Deren Funktion besteht z. B. in der *arbeitsteiligen Bewältigung von Arbeitspaketen*, die von einem Partner allein kaum zu bewältigen wären.

Der netzwerkartige Zusammenschluss der ansonsten autonom agierenden Partner soll Belastungen, die mit den anvisierten Innovationen zwangsläufig einhergehen, auf mehrere Schultern verteilen, und drohender Überforderung entgegenwirken. Zugleich dient er dem *Informations- und Erfahrungsaustausch nach innen* sowie der gemeinsamen *Interessenvertretung nach außen*. Doch hat das komplexe, auf den ersten Blick unübersichtlich wirkende Beziehungsgefüge noch darüber hinausgehende Funktionen:

„Also, das ist sozusagen der verlässliche Rahmen, glaube ich, oder die verlässlichen Kooperationsstrukturen, die wir intern haben. Und ich merke auch, dass ich, wenn ich mir das Bild angucke, auch froh darüber bin, *dass* wir sie haben, weil es sozusagen auch ** selbst, wenn wir keine materielle Sicherheit haben, weil niemand weiß, wie geht's nach einem Jahr weiter, oder so was, gibt es aber verlässliche/wie soll man sagen, ** Zusammenarbeitsstrukturen“ (Inter-C3-822-829).

Die für die interne Kooperation geschaffenen Strukturen bilden den Rahmen, der unabhängig von materieller Sicherheit oder vom Fortbestehen des Projekts *Existenzsicherung und Dauerhaftigkeit* bietet. Auf diese Weise kann auch den mit Modellvorhaben üblicherweise einhergehenden Turbulenzen und Unwägbarkeiten begegnet und Kontinuität für die Umsetzung der gemeinsamen Anliegen sichergestellt werden. Der besondere Vorteil dieser internen Kooperationsstrukturen besteht folglich darin, dass sie – wie der Interviewte pointiert ausdrückt – „auch unabhängig von dem Modellprojekt existieren, und auch ohne Modellprojekt existiert haben und wahrscheinlich auch weiter existieren werden“ (Inter-C3-819-820). Mit dieser auf Stabilität zielenden Ausrichtung des internen Beziehungsgefüges korrespondiert, dass – obwohl ansonsten informelle Formen der Kooperation dominieren – die Beziehungen zum Träger (3) und zu den anderen Partnern im Modellprojekt nach § 65b SGB V (5) hochgradig formalisiert wurden. Einklagbare und mit Sanktionsmöglichkeiten ausgestattete Vertragsbeziehungen erhöhen die Verlässlichkeit untereinander sowie gegenüber den externen Förderern und verleihen der internen Kooperation einen strukturverdichtenden Charakter.

Sowohl die Spitzenverbände der Krankenkassen (6) als auch die Wissenschaftliche Begleitforschung (7) und die anderen nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte (2) werden aus der Perspektive der Koordinierungsstelle ebenfalls den 'internen' Kooperationspartnern zugerechnet – hauptsächlich aufgrund ihrer engen Verbindung

²⁰ Der Begriff Heterarchie wird in Abgrenzung zu hierarchischen und marktförmigen Organisationsformen verwendet. Während hierarchische Beziehungen auf Abhängigkeit und marktförmige Beziehungen auf Unabhängigkeit aufbauen, beschreibt Heterarchie abstrakt gesprochen Beziehungsmuster die auf gegenseitiger Wechselwirkung beruhen. Ein heterarchisches Netzwerk kennzeichnet sich dementsprechend durch minimale Hierarchie und hohe Heterogenität (Stark 1999, S. 159).

mit dem Modellprojekt und seinen Aktivitäten. Alle übrigen Knoten auf der Netzwerkkarte werden dagegen als 'extern' eingestuft, darunter auch die regionalen (8) und landesweiten Gesundheitskonferenzen (9) in NRW. Die Mitwirkung an diesen Foren eröffnet den Projektmitarbeitern die Möglichkeit, in Form von Lobbyarbeit (antizipierten oder tatsächlichen) Interessen von Patienten in rechtlich und demokratisch abgesicherten Mitwirkungsstrukturen Gehör zu verschaffen. Darüber hinaus dient diese Kooperation dem Informations- und Erfahrungsaustausch, zumal „die ganzen anderen Akteure, Ärzteschaft, Krankenkassen, Apotheker, Krankenhäuser, Uni, öffentliche Gesundheitsdienste und so weiter einfach mit beteiligt sind“ (Inter-C3-930-933). Bemerkenswert ist, dass diese Gremien nahezu der einzige auf der Netzwerkkarte zu findende Berührungspunkt des Modellprojekts mit Anbietern direkter Versorgungsleistungen sind. Kooperationsbeziehungen mit Ärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern oder ähnlichen Leistungserbringern auf der direkten Handlungsebene spielen in dem Netzwerk des hier untersuchten Modellprojekts eine untergeordnete Rolle. Die anwaltschaftliche Interessenvertretung wird demzufolge in erster Linie mittelbar auf übergeordneter Ebene und in Form von Gremien, weniger in direkter Auseinandersetzung mit Anbietern von Versorgungsleistungen realisiert.

Neben den bereits erwähnten, sind noch weitere externe Knoten auf der Netzwerkkarte festgehalten, darunter Krankenkassen (13), Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (14), ein Wohlfahrtsverband (16), diverse Medien (17) sowie themenspezifische Aktionsforen und netzwerkartige Verbände (10, 11, 12, 18). Schließlich finden sich noch andere Patientenorganisationen, mit denen zum Teil unmittelbare (15a), zum Teil aber auch nur über andere Netzwerke vermittelte (15b) Kooperationsbeziehungen unterhalten werden.

Strategien der Kooperation und Vernetzung

Das zuvor skizzierte Netzwerk zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus. Da ist zunächst dessen *flächendeckende Ausdehnung*, angefangen bei der Kommune über die Landes- bis hin zur Bundesebene. Mit den gleichermaßen horizontalen wie vertikalen Kooperationsbemühungen ist intendiert, sowohl direkt vor Ort an den traditionsreichen Aktivitäten der Patientenstellen und deren Kontakte auf Landesebene anzuknüpfen und auf der Bundesebene eine Verdichtung der internen und externen Kooperationsbeziehungen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung herbeizuführen:

„Also, das ist auch immer wieder der Versuch, Themen zu bündeln, Aktivitäten zu bündeln, Austausch zu organisieren, sozusagen Vereinzlungen in den einzelnen Sektoren aufzugreifen und aufzulösen und zu gemeinsamen Positionen zu finden, weil die gibt's nicht. ** Also, die Ärztekammern haben seit Jahren 'ne fortgeschriebene Positionsfindung. Das muss sich auf der Patientenseite erst entwickeln, das ist nicht über Jahre stabil“ (Inter-C3-1073-1079).

Übergreifend angelegte Vernetzungsaktivitäten dienen der thematischen Zusammenführung, der integrierten Aktion, dem Erfahrungsaustausch und schließlich auch der Meinungsbildung. Auf diese Weise lässt sich — so die hier geäußerte Hoffnung — die Vereinzlung der im Bundesgebiet verstreuten Pilotprojekte überwinden und ein Synergieeffekt bei der gemeinsamen Vertretung von Patienteninteressen gegenüber den etablierten Akteuren erzeugen.

Diese flächendeckende Ausweitung der Netzwerkstruktur wurde jedoch nicht von vornherein geplant, systematisch verfolgt und mit entsprechenden Ressourcen unterlegt. Vielmehr — so der Interviewte — „hat sich das im Grunde genommen immer weiter entwickelt“ (Inter-C3-464-465), bis sich nach und nach eine halbwegs stabile

und tragfähige Form herausbildete. Die Netzwerkstrukturen lassen sich aber noch durch ein anderes Merkmal charakterisieren:

„Also, das ist jetzt nicht/das können Sie sich nicht als Verband vorstellen, wo man irgendwie jetzt anonyme Strukturen oder so was hat. Das ist *sehr* stark persönlich getragen, auch von den Persönlichkeiten, die da drin sind“ (Inter-C3-505-508).

Die Strukturen sind nicht verbandlich und bürokratisch abgesichert, sondern vielmehr dem Engagement einzelner Personen zu verdanken. Hierin unterscheidet sich das Kooperationsnetzwerk von Modellprojekt C3 von denen, die aus traditionsreichen Wohlfahrts-, Selbsthilfe- oder Sozialverbandsstrukturen hervorgegangen sind. Angefangen bei der kommunalen Ebene bis hin zur Bundesebene haben sich die Netzwerkstrukturen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung von identifizierbaren Gruppen und Einzelpersonen getragen über projektformige und basisdemokratische Entwicklungsprozesse quasi naturwüchsig herausgebildet. Das Fehlen von Regularien und Strukturen, die einerseits anonym und bürokratisch, dafür andererseits aber auch entlastend und stützend sein können, erforderte dabei nach Auskunft des Interviewten ein hohes Maß an Flexibilität sowie ressourcenintensive Abstimmungsprozesse. Selbstmotivation und Selbstverpflichtung der Patientenstellen bilden ebenso wie in Krisen- und Konfliktzeiten miteinander gesammelte Erfahrungen den „Kitt“ (Inter-C3-505-506), der dieses Kooperationsnetzwerk zusammenhält.

Auffallend an dem hier untersuchten Projekt ist weiterhin, dass in den seltensten Fällen einzelne Personen oder Institutionen als Kooperationspartner benannt wurden. Vielmehr beziehen sich die meisten Verbindungen auf Knoten, die ihrerseits Netzwerkcharakter haben, wie z. B. der auf NRW beschränkte Zusammenschluss von Patientenstellen (10). Die aktive Mitwirkung an diesem Netzwerk und an den dort laufenden Abstimmungsprozessen begründet letztlich die Teilnahme an der Landesgesundheitskonferenz (9) und legitimiert die dort praktizierte Interessenvertretung. Mit anderen Worten: Erst die Kooperation mit bestimmten Partnern bzw. die Beteiligung an einem spezifischen Netzwerk eröffnet Zugang zu anderen Netzwerken oder Kooperationspartnern, die wiederum für die Realisierung des eigenen Anliegens und die strategische Einbindung des eigenen Projekts von großer Bedeutung sind.

„Aber der Eindruck ist richtig, dass es sozusagen immer den Versuch gibt, in Netze zu gehen, und sich sozusagen davor zu schützen, einerseits, dass man da selber zu isoliert ist, und auch davor zu schützen, dass andere einem sozusagen eine isolierte Position vorwerfen“ (Inter-C3-1040-1043).

Diese Form der Vernetzung dient dazu, sich aus der Vereinzelung zu lösen und die eigenen Positionen mit den anderen am Netzwerk beteiligten Parteien demokratisch abzustimmen. Zugleich eröffnet diese Strategie Zugang zu Informationen und Ressourcen, die wiederum für die Wahrnehmung der eigenen Aufgaben von basaler Bedeutung sind. Die hier zu beobachtende Form der Kooperation und Vernetzung ist also nicht auf ein bestimmtes Akteursegment unter den traditionellen Anbietern im Gesundheitswesen ausgerichtet. Auch sind traditionelle Anbieter von Versorgungsleistungen auf der direkten Handlungsebene oder deren übergeordnete Interessenorganisationen und Verbände deutlich unterrepräsentiert. Stattdessen dominieren strategische Kooperationsbeziehungen mit anderen Organisationen und Einrichtungen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung bzw. mit Gremien, in denen deren Themen oder Interessen behandelt werden. Auf diese Weise werden Prozesse des Informationstransfers und der Meinungsbildung organisiert, etablierte Akteure wahlweise irritiert oder zur kommunikativen Öffnung bewegt und – nicht

zuletzt — die nach innen gerichtete Strukturverdichtung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung vorangetrieben.

Als problematisch erweist sich jedoch, dass diese vorwiegend nach innen gerichtete Vernetzung nicht klar abgrenzbar ist, dadurch Engagement in zahlreichen Gremien erfordert und infolgedessen ein hohes Maß an Ressourcen in Anspruch nimmt, die dann für andere Aufgaben — z. B. die direkte Beratung von Patienten oder deren Begleitung durch das undurchsichtige Gesundheitssystem — fehlen. Tatsächlich hat dieses Spannungsverhältnis zwischen Gremien- und Beratungsarbeit und den damit einhergehenden unterschiedlichen Vernetzungsstrategien bereits bei der Konzeptentwicklung des Projekts C3 eine wichtige Rolle gespielt.

„Wir haben zu Beginn vor dieser Alternative gestanden: Wählen wir jetzt zwei Einrichtungen aus, die entsprechend gut ausgestattet werden, oder verteilen wir das auf möglichst viele, um eine langfristige Arbeit, auch ein bisschen flächendeckend da hin zu kriegen, als das nur mit Pilotprojekten der Fall ist. Und wir haben uns für diese zweite Alternative entschieden“ (Inter-C3-533-540).

Vor der Wahl, einige Projekte mit viel Ressourcen auszustatten, damit die Beratungsarbeit zu optimieren und womöglich die regionale Einbettung zu befördern oder aber in die gemeinsame Infrastruktur zu investieren, fiel die Entscheidung für die flächendeckende Vernetzung. Diese Schwerpunktsetzung mag erklären, warum funktionale Kooperationsbeziehungen und die Einbindung des unabhängigen Beratungsangebots in das regionale Versorgungssystem in diesem Fall von nachrangiger Bedeutung sind und entsprechende Knoten in dem zuvor skizzierten Netzwerk fehlen.

4.2.7 Zwischenfazit

Wiewohl es sich bei den vorstehenden Ausführungen lediglich um eine Momentaufnahme von Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung handelt und sich eine Generalisierung der Befunde aufgrund der exemplarischen Vorgehensweise verbietet, hat die Untersuchung ausgewählter Modellprojekte interessante Einblicke in Ziele, Strategien und Effekte der Kooperation und Netzwerkbildung in diesem für das deutsche Gesundheitssystem an Bedeutung gewinnenden Handlungs- und Politikfeld eröffnet.

Bestätigt hat sich die zuvor anhand der quantitativen Daten bereits gemachte Beobachtung, dass die nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte mit einer großen Anzahl heterogener Akteure auf unterschiedlichen Ebenen kooperieren. Darunter finden sich neben Patienten- und Selbsthilfeorganisationen beispielsweise zahlreiche Wohlfahrts-, Sozial- und Interessenverbände und deren Organe, diverse Kranken- und Pflegekassen, Vertreter von unterschiedlichen Medien, politische Akteure mit mehr oder weniger großem Einfluss und — wenn auch in deutlich geringerem Umfang — Anbieter von direkten Versorgungsleistungen. Auch der Eindruck, dass die Modellprojekte die Kooperation mit diesen unterschiedlichen Akteuren als unverzichtbaren Bestandteil ihrer Arbeit ansehen und der Vernetzung im Gesundheitssystem grundsätzlich hohe Bedeutung beimessen, wird durch die vorstehenden Ausführungen untermauert. Seinen Niederschlag findet dies beispielsweise in den hohen personellen und materiellen Ressourcen, die von den Projekten für diese Zwecke eingesetzt werden, oder auch in den durchaus kreativen Initiativen zum Aufbau und Erhalt von Kooperationsbeziehungen unterschiedlicher Art und Intensität. Darüber hinausgehend hat die qualitativ-empirische Teiluntersuchung auch diverse Strategien der Kooperati-

on und Vernetzung aufgedeckt, die wir an dieser Stelle mit Blick auf die untersuchungsleitende Fragestellung resümieren wollen.

Einige Projekte — so war zu beobachten — bemühen sich bei ihren Vernetzungsaktivitäten um eine Verankerung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sowie der damit verbundenen Anliegen in für externe Beobachter zuweilen undurchschaubare, für das deutsche Gesundheitssystem gleichwohl typische Verbandsstrukturen. Andere Projekte konzentrieren sich hingegen auf die kooperative Verdichtung ihrer abseits von bürokratischen Organisationen oder korporativen Vereinigungen entstandenen alternativen Netzwerkstrukturen, um sich so als Sprachrohr der Patienten demokratisch legitimieren und im etablierten Gesundheitssystem behaupten zu können. Wieder andere Projekte streben danach, mit ihren Kooperationsanstrengungen tragfähige Verbindungen zwischen ansonsten im Gesundheits- und Sozialsystem weit verstreut liegenden Akteuren und Anbietern zu knüpfen und sich als Knotenpunkt für deren vielfältige Integrationsbemühungen zu positionieren. Schließlich gibt es auch Modellprojekte, die sich in erster Linie in seit Jahren bestehenden und vornehmlich präferenziell geknüpften Netzwerkstrukturen bewegen und diese für konkrete Anliegen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung (re-)aktivieren.

Maßgeblich für diese unterschiedlichen Vorgehensweisen sind basierend auf den vorliegenden Erkenntnissen weniger spezifische, mit der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in Verbindung stehende Gründe. Vielmehr ist entscheidend, wer als Träger des Modellprojekts auftritt, wie etabliert dieser Träger und wie hoch sein verbandlicher bzw. bürokratischer Organisationsgrad ist. Auch ob sich der Träger des Projekts bereits als Akteur des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems etablieren konnte, auf welchen Handlungs- und Entscheidungsebenen er sich positioniert, welche Einflussmöglichkeiten und Verhandlungsoptionen ihm zur Verfügung stehen und nicht zuletzt welchen strukturellen Zwängen er unterliegt, spielt für die Wahl der Kooperations- und Vernetzungsstrategien eine wichtige Rolle.

Unter den exemplarisch betrachteten Projekten finden sich einige, die vorwiegend eine horizontale Kooperationsstrategie verfolgen, das heißt sie vernetzen sich auf der lokalen Handlungsebene mit vor Ort ansässigen Akteuren, die zumeist direkten Kontakt mit (potentiellen) Nutzern des Informations- und Beratungsangebots haben. Auf diese Weise machen sich die Modellprojekte mit ihrem Angebot bekannt und schaffen niederschwellige Zugänge zu den offerierten Informations- und Beratungsleistungen. Zugleich dienen sozial-integrative, persönlich und kommunikativ ausgerichtete Aktivitäten im sozialen Nahraum der Verankerung der Ideale und Zielsetzungen, der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung innerhalb bestehender Einrichtungen und deren Versorgungshandeln. Es ist davon auszugehen, dass die angestrebten Integrationseffekte durch diese enge Bezugnahme auf die vorhandenen Strukturen und die damit verbundene Einwirkung auf die Akteure vor Ort kurzfristig eintreten und unmittelbar für die (potentiellen) Nutzer der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung wirksam werden können.

Anders verhält es sich mit den Projekten, die vornehmlich vertikale Kooperationsstrukturen aufbauen und ihre Vernetzungsbemühungen — einem zentralen Strukturmerkmal des bundesdeutschen Gesundheitssystems folgend (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 15) — von der Mikro- über die Meso- bis hin zur Makroebene ausdehnen. Nicht selten werden zu diesem Zweck netzwerkartige Strukturen — beispielsweise aus dem Bereich der Patientenselbsthilfe — mit anderen Netzwerken und kooperativen Aktionsforen auf unterschiedlichen Ebenen verknüpft. Diese Kooperation und Netzwerkbildung dient zu einem nicht unwesentlichen Teil der Absicherung von Loyalitäten und dem Aufbau kollektiver Identitäten und damit vorwiegend nach

innen gerichteten Effekten. Dennoch erwachsen aus den so entstehenden Netzwerkstrukturen Möglichkeiten für eine anwaltschaftliche Interessenvertretung und politische Mitbestimmung, über die tatsächliche oder antizipierte Belange von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden mittelbar verhandelt und so — im günstigen Fall — langfristig patientenorientierte Strukturanpassungen in der Versorgungslandschaft auf den Weg gebracht werden können.

Zu beobachten war ferner, dass einige der untersuchten Modellprojekte überwiegend verbindliche Netzwerkbeziehungen geknüpft haben, so genannte 'strong ties'. Die Rede ist von „engen und häufigen Beziehungen mit hoher Überlappung und Reziprozität in kohäsiven, abgegrenzten Gruppen“ (Jansen 2003, S. 28). Zum Teil bereits formalisiert, garantieren diese auf Gruppensolidarität basierenden stark integrativ wirkenden Verbindungen für die beteiligten Akteure ein hohes Maß an Beständigkeit und Sicherheit. Zuweilen folgen derartige Kooperations- und Vernetzungsstrategien dem Zentrum-Peripherie-Muster oder aber bürokratisch-hierarchischen Vorbildern und vermitteln insofern einen eher traditionellen Gesamteindruck. Andere Projekte haben hingegen heterarchische und multiplexe Netzwerke geknüpft, die auf den ersten Blick nicht eben selten ein ausgesprochen chaotisches Erscheinungsbild abgeben, gleichwohl einer immanenten Systematik folgend. Solche Netzwerkstrukturen basieren vielfach auf lockeren und informellen Beziehungen, den so genannten 'weak ties'. Diese sind zwar unbeständiger und labiler, gewähren jedoch Zugang zu Ressourcen, die jenseits der unmittelbaren Bezugsgruppe, in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen und somit nicht eben selten fernab des eigenen Wirkungskreises liegen. Welche der beiden Vernetzungsstrategien sich bei den Bemühungen um langfristige Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in das etablierte Gesundheitssystem letztlich als wirkungsvoller erweist, muss an dieser Stelle offen bleiben. Allerdings spricht einiges dafür, dass Projekte mit einer hohen Zahl locker geknüpfter und eher chancenorientierter Netzwerkverbindungen ihre Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten erweitern, ihre Einbindung in die bestehenden Strukturen forcieren und zugleich die Anliegen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in unterschiedliche Gesellschaftsbereiche hineintragen können. Diesen Vorzug multiplexer Netzwerkstrukturen finden wir ähnlich auch bei Akteuren, die über hohes 'soziales Kapital' (Bourdieu 1983) verfügen und die zudem so positioniert sind, dass sie ihre „Informationen rasch und aus vielen verschiedenen Quellen“ (Jansen 2003, S. 29) beziehen. Für die Etablierung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sowie die Akzeptanz und Verbreitung der mit ihr verbundenen Anliegen innerhalb des etablierten Versorgungssystems haben derartig zentrale Akteure — wie besonders an einem der untersuchten Modellprojekte zu beobachten war — zweifelsohne große Bedeutung.

In den Kooperationsbeziehungen mit den Partnern der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung wird von den Modellprojekten vielfach eine generalisierte Reziprozität angestrebt. In so genannten Win-Win-Beziehungen sollen für beide Parteien nützliche Aspekte der Zusammenarbeit betont und entsprechend gefördert werden. Ein solches Kooperationsverständnis zielt nicht zuletzt auf Konkurrenzvermeidung zwischen etablierten und neuen Akteuren, aber auch zwischen den diversen Initiativen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung. Übersehen wird dabei möglicherweise, dass nicht alle Netzwerkbeziehungen — obwohl gegenseitiger Natur — eng und symmetrisch verlaufen. „Sie können auch schwach sein, sie können antagonistisch sein, werden oft unfreiwillig eingegangen und sind selten völlig ausbalanciert“ (Jansen 2003, S. 22). Für die Modellprojekte nach § 65b SGB V folgt daraus, dass sie bei ihren Vernetzungsbemühungen unterschiedlichen Kooperationsformen Raum geben und hierüber mit ihren Partnern in ergebnisoffene Verhandlungsprozesse eintreten müssen. Vorbedingung ist freilich,

dass sich die Modellprojekte zunächst intern über ihre Erwartungen an die Kooperation Klarheit verschaffen und sich ihre Vernetzungsstrategien bewusst gemacht haben. Die Methode des interaktiv-diskursiven Netzwerk mappings leistet diesbezüglich – so ein Fazit dieser Untersuchung – durchaus nützliche Dienste. Indem sie die Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung transparent macht, kann sie zum Gegenstand von gemeinsamer Reflexion und Diskussion gemacht werden.

In einem solchen Prozess können dann möglicherweise auch die Schattenseiten zur Sprache kommen, die bei der Untersuchung der Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sichtbar wurden. Hierzu gehören beispielsweise Ämter- und Funktionshäufung bei einzelnen Akteuren, Doppel- und Parallelstrukturen auf unterschiedlichen Ebenen sowie ein hohes Maß an ressourcenintensiven Abstimmungsprozessen. Bereits die Kooperationsstrukturen innerhalb der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sind ausgesprochen komplex und unübersichtlich. Umso mehr gilt dies, wenn die Vernetzung mit etablierten Akteuren des Gesundheitssystems auf den unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen in den Blick genommen wird. Selbst den Akteuren, die sich täglich darin bewegen, erscheinen die Kooperations- und Netzwerkstrukturen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung bei näherer Betrachtung zuweilen wie ein kaum noch zu entwirrendes Knäuel – ein Effekt, der auf Seiten der interviewten Projektmitarbeiter und Trägervertreter ebenso erstaunte wie selbstkritische Reaktionen provozierte. Zwar haben wir es – aus systemtheoretischer Perspektive betrachtet (vgl. Luhmann 1997) – mit einem durchaus bekannten Phänomen zu tun, wonach sich in der Eigenkomplexität der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung die Umweltkomplexität des Gesundheitssystems strukturell widerspiegelt. Mit Blick auf die eingangs zitierte Zielsetzung der Projekte nach § 65b SGB V – nämlich der Intransparenz und Desintegration der etablierten Versorgungsstrukturen entgegenzutreten und mit ihren Initiativen deren Patientenorientierung zu fördern – sollten diese Befunde allerdings zu denken geben.

Tatsächlich ist der von den Projekten betriebene Aufwand für Kooperation und Vernetzung so hoch, dass sich gelegentlich die Frage stellt, ob diese Ressourcen anstatt für Informations- und Erfahrungsaustausch, auf übergeordnete Ebenen zielende Vernetzung und politische Interessenvertretung in weite Bereiche des Gesundheitssystems nicht zielgerichteter für die Schaffung integrierter Versorgungsangebote und die Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden in begrenzten regionalen Kontexten eingesetzt werden sollten. Zumindest aber ist zu fragen, ob es nicht einer stärkeren Akzentverschiebung von der strategischen hin zu einer primär funktionalen Kooperation bedarf, bei der das gemeinsame Bestreben zur Realisierung und Förderung von Patientenorientierung und Integration innerhalb des etablierten Versorgungssystems stärker in den Vordergrund gerückt und an einer *'Netzwerkarchitektur der Unterstützung'* von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden gearbeitet wird.

Als ein Hindernis erweist sich dabei möglicherweise, dass auf Patientenorientierung und Versorgungsintegration zielende Kooperationsbemühungen in den örtlichen Zusammenhängen nicht selten ergebnislos verpuffen, an unzureichenden Rahmenbedingungen scheitern, in wettbewerblichen Konstellationen zermürbt oder an Widerständen einzelner Interessengruppen zerrieben werden. Dies scheint besonders für die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten zu gelten, die sich – so die Erfahrungen der Modellprojekte – von den Bemühungen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung und ihrem Bestreben zur Etablierung von Zweckbündnissen und Zugewinngemeinschaften im Interesse der Patienten oftmals unbeeindruckt zei-

gen. Allerdings dürfte dies nur einer der Gründe dafür sein, dass die Einbindung in die regionale Versorgungslandschaft, die 'integrierte Versorgung' im Verbund mit anderen Einrichtungen und damit auch die enge patientenorientierte Zusammenarbeit mit direkten Leistungsanbietern bei den hier beobachteten Kooperations- und Netzwerk-bemühungen eine eher untergeordnete Rolle spielen. Andere Gründe kamen in den vorstehenden Ausführungen wiederholt zur Sprache und sollen an dieser Stelle nicht wiederholt werden. Stattdessen bleibt resümierend festzuhalten, dass die funktionale Vernetzung mit dem bestehenden Versorgungssystem und die Kooperation mit den regionalen Anbieterstrukturen trotz intensiver Kooperationsbemühungen der Modellprojekte bis dato insgesamt rudimentär geblieben sind. Nur wenige von ihnen unterhalten Kontakte mit Leistungsanbietern auf der lokalen Handlungsebene (Ärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern etc.), die über politische Interessenvertretung, einfachen Informations- und Erfahrungsaustausch oder gemeinsame Gremienarbeit hinausreichen und beispielsweise auch intensive Broker- und Fallarbeit oder konkrete Projektarbeit umfassen. Aufgrund dessen verdichtet sich der Eindruck, als seien mit den Modellprojekten nach § 65b SGB V da und dort Parallelstrukturen aufgebaut worden, die den Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden unzweifelhaft wichtige Transparenzinformationen vermitteln oder durchaus hilfreiche persönliche Beratungsangebote offerieren. Sie auf ihrem Weg durch das undurchsichtige Gesundheits- und Versorgungssystem zu begleiten, damit in direkte Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Leistungsanbietern zu treten und die viel beklagte Desintegration im Versorgungsalltag zu überwinden, dürfte deren Möglichkeiten aber übersteigen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

An dieser Stelle angekommen, wollen wir die bisherigen Ausführungen zusammenfassen und einen Ausblick auf die künftige Entwicklung der Kooperation und Netzworkebildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sowie deren Einbindung in das bestehende Gesundheitssystem versuchen.

Grundlegende Bedeutung von Kooperation und Vernetzung im Gesundheitssystem

Ausgangspunkt dieser im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung durchgeführten Teiluntersuchung war die Beobachtung, dass es sich ein Großteil der nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte zur Aufgabe gemacht hat, der ausgeprägten Unübersichtlichkeit und Desintegration des deutschen Gesundheitssystems entgegenzutreten und sich anwaltschaftlich für die Belange von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden einzusetzen. Um diesem Anliegen zu entsprechen, müssen sie sich mit ihren unabhängigen Beratungsangeboten in qualitätsgesicherte Informationsnetzwerke einbinden und funktionale Kooperationsbeziehungen mit etablierten Anbietern von Versorgungsleistungen aufbauen. Um zugleich der Gefahr der 'Strukturaddition' begegnen zu können, sind sie darüber hinaus gefordert, ihre Angebotsprofile untereinander und mit den übrigen Leistungsanbietern sorgfältig abzustimmen und sich strategisch geschickt mit den etablierten Strukturen zu vernetzen. Kooperation und Vernetzung – soviel wird hier deutlich – sind für die Integration der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in das bundesdeutsche Gesundheitssystem von fundamentaler Bedeutung. Folglich wurde in dieser Teiluntersuchung nach dem Stellenwert gefragt, den die Modellprojekte diesen Themen konkret beimessen, nach den Strategien, die sie ergreifen, um sich in die bestehende Versorgungslandschaft einzubinden, und schließlich auch nach den Fortschritten, die sie bei der Kooperation und Vernetzung im Modellverlauf bis dato erzielen konnten.

Definieren, beschreiben und reflektieren von Kooperation und Netzworkebildung

Basierend auf einer definitorischen und konzeptionellen Annäherung, die sich im Kern auf netzwerktheoretische Überlegungen stützte und die integrativ-strukturbildende Bedeutung von Kooperation und Netzworkebildung in modernen und hochgradig differenzierten Gesellschaften hervorhob, wurde für diese Teiluntersuchung ein mehrstufiges methodisches Vorgehen gewählt. Zurückgegriffen wurde zunächst auf Daten über die Kooperationsbeziehungen der Modellprojekte, die im Rahmen der für die Begleitforschung regelmäßig zu erstellenden Leistungsberichte ohnehin erhoben worden waren. Diese quantitativen Daten wurden einer deskriptiv-statistischen Auswertung unterzogen und zu einer Momentaufnahme der Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung verdichtet. Ergänzend wurden an ausgewählten Standorten mit Vertretern einzelner Modellprojekte vertiefende Interviews im Verbund mit einem so genannten Netzwerkmapping durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein interaktiv-diskursives Erhebungsverfahren, das der ego-zentrierten Visualisierung und reflexiven Exploration von Kooperations- und Netzwerkebeziehungen dient. Trotz des bei diesem Erhebungsschritt notwendigerweise exemplarischen Vorgehens, war intendiert, eine möglichst große Variationsbreite der projektspezifischen Ausrichtung, der Trägeranbindung und des Umfeldes der untersuchten Modellprojekte zu gewährleisten. Die so gewonnenen qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, in Kurzdarstellungen gebündelt und berichtsformig aufbereitet.

Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten mit beachtlichem Umfang

In Übereinstimmung mit anderen Befunden der wissenschaftlichen Begleitforschung (vgl. Schaeffer et al. 2003; Keller et al. 2004) bestätigen die Ergebnisse dieser Teiluntersuchung die — rein mengenmäßig betrachtet — beachtlichen Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten der Modellprojekte nach § 65b SGB V. Je nach Berechnungsgrundlage werden im Durchschnitt mit bis zu 61 bzw. bei Berücksichtigung von Mehrfachstandorten mit bis zu 24 Partnern mehr oder weniger enge Kooperationsbeziehungen unterhalten. Die meisten Vernetzungsaktivitäten finden sich bei den internetbasierten Projekten (Gruppe B), gefolgt von den personalkommunikativen Projekten (Gruppe A) und den so genannten Querschnittprojekten (Gruppe C). Im Zeitverlauf betrachtet, stieg die Zahl der von den Projekten benannten Kooperationspartner insbesondere im ersten Jahr des Modellzeitraums, d. h. bis einschließlich August 2003, kontinuierlich an. Danach schwächte sich die Zunahme der neu geknüpften Kooperationsbeziehungen wieder ab. Unklar ist, ob es sich hierbei um Sättigungseffekte handelt oder sich das Ende des Förderzeitraums negativ auf die Vernetzungsbemühungen der Modellprojekte ausgewirkt hat. Die Gesamtzahl von kumulativ 1.837 Kooperationspartnern am Ende des Erhebungszeitraums bleibt dennoch beeindruckend²¹.

Große Bandbreite und Heterogenität der Kooperationspartner

Interessant ist aber nicht allein die Zahl der unterhaltenen Kooperationsbeziehungen, sondern ebenso, mit welchen individuellen oder kollektiven Akteuren sich die Modellprojekte konkret vernetzen. Im Ergebnis zeigt sich hier eine auffallend große Bandbreite und Heterogenität der Kooperationspartner. Über den gesamten Erhebungszeitraum hinweg weisen die Projekte der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung große Nähe zu Selbsthilfestrukturen auf — immerhin ein Fünftel der Kooperationsbeziehungen werden mit Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen oder Selbsthilfeverbänden unterhalten. Gleichfalls große Bedeutung haben (über-)regionale komplementäre Beratungsstrukturen sowie korporative Akteure — insbesondere Fach- und Berufsverbände — für die Vernetzungsaktivitäten der Modellprojekte. Kranken- und Pflegekassen, Einrichtungen der Kommunen und Länder wie auch Akteure aus dem Bereich der Hochschulen und Wissenschaft werden dagegen seltener als Kooperationspartner gewählt. Relevante Unterschiede zeigen sich zwischen den drei von der wissenschaftlichen Begleitung definierten Handlungsfeldern. So spielen für die so genannten A- und B- Projekte Kontakte zu Selbsthilfestrukturen und Leistungsanbietern tendenziell eine bedeutendere Rolle als für C-Projekte, die insgesamt eine größere Nähe zur Wissenschaft erkennen lassen. Exemplarisch wird daran deutlich, dass die Modellprojekte angesichts der Vielzahl potentieller Kooperationspartner bei ihren Vernetzungsaktivitäten Prioritäten setzen — sei es, um ihren begrenzten Ressourcen Rechnung tragen, ihren funktionalen Anforderungen entsprechen oder aber ihre strategischen Ziele realisieren zu können.

Punktuelle Kooperation zwecks Informations- und Erfahrungsaustausch

Wird nach der Intensität der Kooperation gefragt, fällt das Ergebnis — trotz Unsicherheiten in der Datenlage — eindeutig aus: Es dominieren punktuelle Beziehungen, d. h. solche bei denen seltener als einmal monatlich ein persönlicher oder telefonischer Kontakt zwischen den Partnern zustande kommt. Die wenigen von den Modellprojekten als 'regelmäßig' eingestuften Kooperationsbeziehungen werden zumeist

²¹ Dies umso mehr, als aufgrund erhebungstechnischer Unwägbarkeiten — die Angaben beruhen auf Selbstauskünften der Modellprojekte — vermutlich nicht alle Kooperationspartner vollständig erfasst werden konnten.

zu Anbietern von direkten Versorgungsleistungen unterhalten, wohingegen Aktionsforen, überregionale Gruppen und Verbände am Ende der Rangfolge stehen. Veränderungen im Zeitverlauf waren diesbezüglich nicht festzustellen. Dies gilt auch, wenn die konkrete Ausrichtung der Kooperation ins Blickfeld rückt. Nahezu die Hälfte der von den Modellprojekten unterhaltenen Kooperationsbeziehungen ist auf Informations- und Erfahrungsaustausch ausgerichtet. Dieses Ergebnis ist nicht nur über den gesamten Erhebungszeitraum konstant, sondern auch weitgehend unabhängig davon, um welche Kooperationspartner es sich im Einzelfall handelt (Leistungserbringer, Verbände, Krankenkassen etc.). An zweiter Stelle folgt die Projektarbeit und mit Abstand an dritter Stelle die Öffentlichkeitsarbeit. Knapp ein Fünftel aller Kooperationsbeziehungen ist auf 'Brokering' ausgerichtet, d. h. die Übermittlung von Transparenzinformation, die Weiterleitung von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden an kooperierende Einrichtungen oder deren gemeinsame Begleitung durch das undurchsichtige Gesundheitssystem. Auffallend bei einer nach Kooperationspartnern differenzierten Betrachtung ist, dass diese tendenziell arbeitsintensive Ausrichtung der Kooperation öfter mit Verbänden und Einrichtungen der Kommunen und Länder als mit Anbietern von direkten Versorgungsleistungen – also beispielsweise Ärzten, Pflegediensten, Krankenhäusern etc. – praktiziert wird.

Strategische Einbindung in das etablierte Gesundheitssystem aufgenommen

Die vorliegenden quantitativen Befunde verdeutlichen, in welchem Ausmaß die Projekte nach § 65b SGB V bereits damit begonnen haben, sich mit ihrem Anliegen als ein Element des deutschen Gesundheitssystems zu verankern und sich mit den etablierten Strukturen zu vernetzen. Besonderen Wert messen sie demnach der strategischen Einbindung in sozial- und gesundheitspolitische sowie informationelle Netzwerkstrukturen auf unterschiedlichen Ebenen bei. Realisiert wird die Kooperation mit den zahlreichen Partnern aus unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen vorwiegend punktuell in Form von Informations- und Erfahrungsaustausch oder auch projektförmiger Zusammenarbeit. Dagegen ist die Vernetzung mit den Anbietern von Versorgungsleistungen vergleichsweise gering ausgeprägt. Ob die funktionale Kooperation mit diesen Akteuren von Seiten der Modellprojekte geringere Aufmerksamkeit erfährt, oder ob sich die in diese Richtung eingeleiteten Kooperationsbemühungen als weniger erfolgreich erweisen, lässt sich den vorliegenden Daten nicht entnehmen. Um hierüber Näheres zu erfahren, bedarf es einer gründlicheren Betrachtung der Strategien der Kooperation und Vernetzung in diesem Handlungs- und Politikfeld.

Heterogene Herangehensweisen an Kooperation und Vernetzung

Die Untersuchung von sechs exemplarisch ausgewählten Modellprojekten hat einen solchen Einblick in Strategien der Kooperation und Vernetzung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung gewährt. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang zunächst die Heterogenität der Herangehensweisen, die von den Akteuren zur Einbindung in die etablierten Strukturen des Gesundheitssystems entwickelt und eingesetzt werden. Das Spektrum reicht von dem Bemühen, Kooperation als strategisches Mittel der Konkurrenzvermeidung einzusetzen (A1) über die Nutzung seit geraumer Zeit existierender präferenzialer Netzwerkstrukturen (A3), ein primär im Lokalen gründendes personengebundenes Networking (A15) sowie eine systematische, von dem Modellprojekt als Knotenpunkt ausgehende Clusterbildung (B2), bis hin zur virtuell-korporativen Einbindung (B3) und vorwiegend nach innen gerichteten kooperativen Strukturverdichtung (C3). Bestimmend für diese uneinheitlichen Herangehensweisen scheint vornehmlich zu sein, wer im Einzelfall als Träger des Projekts in Erscheinung tritt und welcher Grad an Einbindung in die bestehenden Strukturen unabhängig von dem Modellvorhaben bereits angestrebt und erreicht wurde.

Unterschiedliche Effekte horizontaler und vertikaler Kooperationsstrategien

Einige der beobachteten Modellprojekte agieren vorwiegend auf der lokalen Handlungsebene, kooperieren mit vor Ort ansässigen Akteuren und etablieren sozial-integrative, persönlich getragene und kommunikativ ausgerichtete Netzwerke (horizontale Kooperation). Hingegen dehnen andere ihre Kooperationsbemühungen von der Mikro- über die Meso- bis hin zur Makroebene aus (vertikale Kooperation), dabei häufig Verbindungen zu Netzwerkstrukturen oder kooperativen Aktionsforen aufnehmend. Vorliegende Befunde sprechen dafür, dass die einen durch ihre direkte Bezugnahme auf regionale Strukturen und die Einwirkung auf die Akteure vor Ort (potentiellen) Nutzern unkomplizierte Zugangswege zu ihrem Informations- und Beratungsangebot ebnen und somit unmittelbare Effekte im Sinne der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung erzielen können. Hingegen scheint es den anderen zu gelingen, den Aufbau kollektiver Identitäten voranzutreiben, sich demokratisch zu legitimieren und so mittelbar – über anwaltschaftliche Interessenvertretung und politische Mitbestimmung – langfristig patientenorientierte Struktur Anpassungen in der Versorgungslandschaft auf den Weg zu bringen. Diese unterschiedlichen Effekte horizontaler und vertikaler Kooperationsstrategien in ihrer Unterschiedlichkeit wahrzunehmen und angemessen zu gewichten, hat für die unabhängige Patienteninformation und Verbraucherberatung und ihre Ergebnisorientierung hohe Priorität.

Vorteile vielfältiger und präferenzierter Kooperation und Vernetzung

Tendenziell zeigen sich auch bei der Gestaltung der Netzwerke zwei voneinander unterscheidbare Vorgehensweisen. Die einen stützen sich vorwiegend auf Gruppensozialität, integrativ wirkende und verbindliche Links und entwickeln so Kooperationsstrukturen, die nicht eben selten an bürokratisch-hierarchische Vorbilder erinnern. Im Gegensatz dazu stützen sich andere auf lockere und informelle Verbindungen, die sich in unterschiedliche Gesellschaftsbereiche erstrecken und – trotz ihres labilen und chaotischen Charakters – den eigenen Wirkungskreis erweitern. Vergleichbar diesen heterarchisch und multiplex angelegten Netzwerken sind solche, die aufgrund langjähriger präferenzierter Verbindungen zentraler Akteure mit hohem Prestige entstanden sind. Vieles spricht dafür, dass multiplexe und präferenzuelle Netzwerke bei der langfristigen Einbindung in das etablierte Gesundheitssystem zahlreiche Vorteile bieten. Sie können Zugang zu Informationen aus diversen Quellen gewähren, die Anliegen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in verschiedene Gesellschaftsbereiche verbreiten und damit zugleich Chancen zu deren Realisierung innerhalb gewachsener Strukturen eröffnen.

Ausgestaltung der Kooperation als Gegenstand von Reflexion und Diskussion

Laut den vorliegenden Befunden streben die Modellprojekte bei der Kooperation und Vernetzung häufig reziproke Beziehungen an, die allen beteiligten Parteien zum Vorteil gereichen und so genannte Win-Win-Gemeinschaften etablieren sollen. Zu wenig Berücksichtigung findet möglicherweise, dass es sich hierbei lediglich um eine Form der Kooperation in Netzwerkstrukturen handelt. Nicht in jedem Fall lassen sich die Interessen der beteiligten Kooperationspartner vollständig ausbalancieren und gelegentlich wird es auch zu antagonistischen Beziehungen kommen. Um dem zu begegnen, müssen die Projekte nach § 65b SGB V mit den Akteuren innerhalb und außerhalb der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in Verhandlungsprozesse eintreten, unterschiedlichen Kooperationsformen Raum geben und ihre Strategien der Kooperation und Vernetzung zum Gegenstand von Reflexion und Diskussion erheben. Die vorliegende Untersuchung bietet hierfür zahlreiche

– auch methodische – Anregungen und kann mit ihren Ergebnissen dazu beitragen, derartige Reflexions- und Diskussionsprozesse anzustoßen.

Schattenseiten der Kooperation und Netzwerkbildung ernst nehmen

Die Untersuchung der Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten der nach § 65b SGB V geförderten Modellprojekte hat auch einige bedenkliche Entwicklungen aufgedeckt. Hierzu zählen beispielsweise Multifunktionäre und Ämterhäufung, Doppel- und Parallelstrukturen auf diversen Ebenen, ein hohes Maß an ressourcenintensiven Abstimmungs- und Meinungsbildungsprozessen sowie eine generelle Unübersichtlichkeit und Vielschichtigkeit der Strukturen der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung, die sich durchaus spiegelbildlich zur Intransparenz und Komplexität des etablierten Gesamtheitssystems verhält. Nicht immer ist der für Kooperation und Vernetzung betriebene Aufwand nachvollziehbar und gelegentlich stellt sich die Frage nach dem angemessenen Verhältnis zwischen den strategischen Eigeninteressen der Akteure an langfristiger Etablierung und den mit ihren Projekten verbundenen funktionalen Anliegen. Zwar sind übergeordnete Kooperation und flächendeckende Vernetzung für die Einbindung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung in die etablierten Strukturen von Bedeutung. Anstatt aber vorrangig die Interessen des Gesundheitssystems zu bedienen, ließen sich die begrenzten Ressourcen – aus wissenschaftlicher Sicht – gelegentlich sinnvoller für die Schaffung einer *'Netzwerkarchitektur der Unterstützung'* in begrenzten regionalen Kontexten und somit für die direkte Information, Beratung und Begleitung von Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden einsetzen.

Aus dem bisher Gesagten lassen sich für die künftige Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung sowie deren Einbindung in das etablierte Gesundheits- und Versorgungssystem folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- Die *Einbindung etablierter Anbieter von Versorgungsleistungen auf lokaler Ebene* – Ärzte, Pflegedienste, Apotheker, Krankenhäuser etc. – verdient bei den künftigen Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten ein höheres Maß an Aufmerksamkeit. Gerade dort, wo viele der drängenden Probleme unseres Gesundheitssystems virulent werden, bedarf es einer stärkeren Präsenz der Modellprojekte und der von ihnen verfolgten Reformansätze. Den auch in dieser Untersuchung erkennbaren Hindernissen und Problemen bei der Kooperation und Netzwerkbildung mit den etablierten Akteuren wird weiterhin mit Kreativität, Engagement und der entsprechenden Ausdauer zu begegnen sein. Erfolgreiche Ansätze und ermutigende Vorbilder für eine Vernetzung mit etablierten Leistungsanbietern sind – durchaus im Sinne einer *'Best Practice'* zu verstehen – öffentlich zu machen und zur Nachahmung zu empfehlen.
- Eng verbunden damit ist die Forderung nach einer *stärkeren Gewichtung von Brokering und fallbezogener Arbeit* in den Kooperations- und Netzwerkbeziehungen. Informations- und Erfahrungsaustausch, Öffentlichkeitsarbeit, projektförmige Zusammenarbeit und gegenseitige Qualifizierungsmaßnahmen sind ohne Zweifel wichtig. Dennoch fehlt es insbesondere an Instanzen, die Pfade durch das undurchsichtige Gesundheitssystem bahnen, Zugänge zu Versorgungsangeboten ebnen und Patienten, Angehörigen oder anderen Hilfe- und Informationssuchenden beim Aufspüren nach den für ihre Anliegen richtigen Stellen unterstützen. Schließlich sollten Kooperation und Vernetzung darauf ausgerichtet sein, die seit langem propagierte *integrierte Versorgung* voranzutreiben. Hier haben die Modellprojekte der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung im Verbund

mit anderen Akteuren für die Innovations- und Zukunftsfähigkeit des gesamten Gesundheitssystems wichtige Aufgaben zu erfüllen.

- Die Bemühungen der Modellprojekte nach § 65b SGB V um anwaltschaftliche Interessenvertretung und politische Mitbestimmung auf allen relevanten Handlungs- und Entscheidungsebenen wie auch die Schaffung der dafür erforderlichen Kooperations- und Netzwerkstrukturen verdienen Anerkennung. Zugleich aber wird sorgfältig darauf zu achten sein, dass die *Komplexität und Unübersichtlichkeit der neu geschaffenen Netzwerkstrukturen nicht unnötig erhöht wird*. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die eigentliche Intention der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung aus den Augen verloren geht und in den neu geschaffenen Parallelstrukturen eben jene Probleme auftauchen, die im etablierten Gesundheitssystem seit langem beklagt werden, darunter an herausragender Stelle mangelnde Orientierung an Patienten, Angehörigen und anderen Hilfe- und Informationssuchenden sowie deren tatsächlichen Problemlagen.

In Anlehnung an Straus (2002) kann die Kooperation und Netzwerkbildung der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung hier abschließend als ein spezifischer Modus der sozialen Interaktion verstanden werden, „mittels dessen es den Akteuren trotz hoher Komplexität und partieller Intransparenz des sozialen Geschehens gelingt, Zonen sozialer Ordnung zu schaffen“ (ebd., 108). Wenn auch nicht immer funktional und keineswegs durchgängig übersichtlich, bilden die beobachteten Strategien der Kooperation und Netzwerkbildung dennoch eine wichtige Form der Strukturbildung im Gesundheitssystem, die in Zukunft auch in gesundheitswissenschaftlichen Kreisen mehr Aufmerksamkeit auf sich ziehen sollte. Dies gilt umso mehr, als die Leistungs- und Zukunftsfähigkeit der von der unabhängigen Patienteninformation und Verbraucherberatung geschaffenen Kooperations- und Netzwerkstrukturen erst noch unter Beweis gestellt werden muss. Indikator hierfür wird sein, ob es Dank ihrer gelingt, die Patientenorientierung und Patientenpartizipation im deutschen Gesundheitssystem ebenso wirksam wie nachhaltig zu erhöhen, Unübersichtlichkeit und mangelndes Ineinandergreifen unterschiedlicher Versorgungsangebote dauerhaft zu vermindern und den Patienten, Angehörigen sowie anderen Hilfe- und Informationssuchenden auf ihrem Weg durch das Versorgungssystem die erforderliche Unterstützung zu offerieren.

Literatur

- Aderhold, J./Meyer, M./Ziegenhorn, F. (2002): Wie funktionieren Netzwerke? Zur Architektur und Genese von Netzwerkorganisationen. Online verfügbar unter: http://www.tu-chemnitz.de/wirtschaft/bwl5/personal/mmeyer/v6_netzwerk.pdf (14.07.2003)
- Barnes, J.A. (1954): Class committees in a Norwegian island parish. *Human relations* 7, 39-58
- Bassarek, H./Genosko, J.W.A. (2001): Funktion und Bedeutung von Netzwerken und Netzwerkarbeit. Kommunale Netzwerkpolitik unter besonderer Berücksichtigung des dritten Sektors. Studienbrief im Fachhochschul-Fernstudienverbund der Länder (FVL). Berlin: FVL
- Borgetto, B. (2003): Gesundheitsversorgung und gemeinschaftliche Selbsthilfe. Komplementarität, Kooperation, Vernetzung und Integration. Habilitationsschrift aus der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau (Unter dem Titel: „Selbsthilfe und Gesundheit“ im Verlag H. Huber i. E.)
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt Sonderband 2. Göttingen: Schwartz, 183-198
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P96-208. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: WZB
- Ewers, M. (2000): Das angloamerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, 53-90
- Eggs, H./Englert, J. (1998): Potentiale und Risiken von Vernetzungsstrategien — Untersuchungsdesign zum Projekt „Vernetzte kleine und mittlere Unternehmen“. Beitrag zum Workshop „Kooperationsnetze und Elektronische Koordination“. Online verfügbar unter: <http://www.iig.uni-freiburg.de/telematik/forschung/publikationen/pubfiles/EgEn1998.pdf> (14.07.2003)
- Ferber, von C. (1983): Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik. *Gegenwartskunde* 32, 113-125
- Fuchs-Heinritz, W. (1995): Kooperation. In: Fuchs-Heinritz, W./Lautmann, R./Rammstedt, O./Wienold, H. (Hg.): Lexikon zur Soziologie. 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag, 371
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Hellmer, F./Friese, C./Kollros, H./Krumbein, W. (1999): Mythos Netzwerke. Regionale Innovationsprozesse zwischen Kontinuität und Wandel. Berlin: Edition Sigma
- Jansen, D. (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele. 2. erweiterte Auflage. Opladen: Leske + Budrich
- Jansen, D./Schubert, K. (Hg.) (1995): Netzwerke und Politproduktion. Konzepte, Methoden, Perspektiven. Marburg: Schüren
- Keller, A./Krause, H./Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (2004): Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte im Modellverbund des § 65b SGB V. Modellportraits. Wissenschaftliche Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
- Krause, H./Schmidt-Kaehler, S./Keller, A./Seidel, G. (2004): Informierte Patienten sind bessere Patienten. Erste Ergebnisse der Begleitforschung zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung. Die BKK. Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung 92 (1), 12-17

- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Mayntz, R. (1992): Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken. *Journal für Sozialforschung* 32 (1), 19-32
- Mayntz, R./Rosewitz, B. (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems. In: Mayntz, R./Rosewitz, B./Schimank, U./Stichweh, R. (Hg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/Main: Campus, 117-180
- Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung. Management und Organisation. Bern: Huber
- Rosenbrock, R./Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Dierks, M.L./Ewers, M./Hurrelmann, K./Länger, C./Linssen, R./Schmidt-Kaehler, S./Seidel, G./Wienold, M./Wohlfahrt, N. (2003): Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b Sozialgesetzbuch V. Erster Bericht der Wissenschaftlichen Begleitforschung für die Spitzenverbände der GKV. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
- Schneider, V. (2003): Akteurkonstellationen und Netzwerke in der Politikentwicklung. In: Schubert, K./Bandelow, N.C. (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München: Oldenbourg, 107-146
- Stark, D. (1999): Heterarchy: Distributing Authority and Organizing Diversity. In: Clippinger, J. (Hg.): *The Biology of Business: Decoding the Natural Laws of Enterprise*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass, 153-179
- Straus, F. (2002): Netzwerkanalysen. Gemeindepsychologische Perspektiven für Forschung und Praxis. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag
- Sydow, J. (1992): Strategische Unternehmensnetzwerke. Wiesbaden: Gabler
- Wellmann, B. (Hg.) (1999): *Networks in the Global Village: Life in Contemporary Communities*. Oxford: Westview Press
- Wellmann, B./Haythornthwaite, C. (Hg.) (2002): *The Internet in Everyday Life*. Oxford: Blackwell
- Weyer, J. (Hg.) (2000): Soziale Netzwerke. Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung. München: Oldenbourg
- Zelewski, S. (1994): Grundlagen. In: Corsten, H./Reiß, M. (Hg.): *Betriebswirtschaftslehre*. München: Oldenbourg, 1-14

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tab. 1	Zeitplan für Strukturhebung und Leistungsberichte	8
Tab. 2	Sample für Experteninterviews und Netzwerkmapping inkl. Auswahlkriterien	11-12

Abbildungen

Abb. 1	Netzwerkkarte und Legende	13
Abb. 2	Entwicklung der Kooperationspartner über die Erhebungsphasen und Stichtage	16
Abb. 3	Kategoriale Verteilung der insgesamt 1.837 Kooperationspartner	18
Abb. 4	Kooperationspartner nach Handlungsfeldern (N = 1.837)	19
Abb. 5	Intensität der Kooperation (N = 1.837)	21
Abb. 6	Ausgestaltung der Kooperation/Mehrfachantworten möglich (N = 1.837)	22
Abb. 7	Netzwerkkarte Modellprojekt A1	27
Abb. 8	Netzwerkkarte Modellprojekt A3	32
Abb. 9	Netzwerkkarte Modellprojekt A15	37
Abb. 10	Netzwerkkarte Modellprojekt B2	43
Abb. 11	Netzwerkkarte Modellprojekt B3	48
Abb. 12	Netzwerkkarte Modellprojekt C3	52