

Aufbau und Verstetigung von Netzwerken in der Demenzversorgung

Die Versorgung einer wachsenden Zahl von Demenzerkrankten im Angesicht einer abnehmenden Zahl tragfähiger Familienstrukturen zeigt die Notwendigkeit auf, neue, langfristig gangbare Versorgungsmodelle zu entwickeln. Letztlich ist bereits heute absehbar, dass die Instrumente des professionellen (sozialgesetzlich finanzierten) Hilfesystems weder in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, noch in ausreichendem Maße finanzierbar sind. Es bedarf also neben den bestehenden Strukturen der Information und Beratung auch finanzierbarer Ansätze in der zugehenden Einzelfallhilfe, insbesondere aber sektorüberspannende Netzwerke, die die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient steuern und verknüpfen.

Trotz zahlreicher modellhafter Initiativen sind jedoch grundlegende Voraussetzungen der erfolgreichen Umsetzung eines Netzwerkaufbaus bislang nicht ausreichend differenziert beschrieben:

1. Die Rahmenbedingungen unter denen die Entwicklung und der Aufbau eines Netzwerkes im Allgemeinen, sowie eines Demenznetzwerkes im Besonderen in einem regionalen Kontext gelingen kann
2. Die fördernden und hemmenden Faktoren, die die nachhaltige Implementierung eines solchen Netzwerkes unterstützen bzw. ihr entgegen wirken.

Die Ausführungen basieren auf eigenen Erfahrungen im Aufbau des „DemenzNetz Aachen“ seit dem Jahre 2008, den niedergelegten Erfahrungen anderer Projekte in der Literatur und dem Austausch mit anderen Netzwerkprojekten in der Demenzversorgung. Den Abschluss bilden einige grundlegende Überlegungen zur Finanzierung von Netzwerken in der Demenzversorgung.

Begriffsbestimmung „Verbund- oder Versorgungs-Netzwerk“

Am Anfang eines Entwicklungsprozesses steht zunächst die Herstellung einer begrifflichen Klarheit – was tatsächlich ist unter einem „Demenz-Netzwerk“ zu verstehen und welche inhaltlichen, strukturellen und organisatorische Voraussetzungen benötigt die sektorübergreifende Umsetzung eines solchen Netzwerkes.

Geht es um einen multiprofessionellen Versorgungsverbund mit vornehmlich privatwirtschaftlichen Interessen, um einen gemeindepsychiatrischen Verbund mit sozialpsychiatrischen Entwicklungszielen oder um ein „politisches“ Netzwerk, welches schwerpunktmäßig eine regionale Versorgungsstrategie entwickeln soll? Von der Klarheit, die über diese Frage besteht hängt bereits zu Beginn der Implementierung eines Netzwerkes Entscheidendes ab – besteht zu dieser Frage keine Einigkeit werden divergierende Partikularinteressen der Netzwerkpartner die erfolgreiche Umsetzung einer gemeinsamen Strategie in der Regel verhindern. Nicht selten werden darüber hinaus die bestehenden Einzelinteressen nicht offen abgefragt oder kommuniziert und führen so im Nachhinein zu Fehlentwicklungen der Netzwerkausrichtung oder inkohärentem Verhalten der beteiligten Partner mit dem regelhaften Ergebnis eines Netzwerkzerfalls.

Insofern ist es hilfreich, Versorgungsnetzwerke von Verbundnetzwerken (oder „politischen“ Netzwerken) zu trennen, oder zumindest die in einem Netzwerk bestehenden oder geplanten Elemente und Strukturen diesen Kategorien zuordnen zu können. Ein **„Versorgungsnetzwerk“** folgt in der Regel dem Ziel, unter Einbindung verschiedener privatwirtschaftlicher, gemeinnütziger oder bürgerschaftlicher Leistungserbringer eine versorgungssichernde Einzelfallhilfe zu betreiben, die zwar im Rahmen einer Gesamtversorgungsstrategie angesiedelt sein kann, diese aber nicht verantwortlich entwickeln muss. Im Gegensatz hierzu ist ebendie Erhebung, Analyse und Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen die intrinsische Aufgabe eines **„Verbundnetzwerkes“** (oder „politischen“ Netzwerkes). Seine Netzwerkpartner sind qua Amt oder im Rahmen einer Träger- oder institutionellen Strategie an der Implementierung effizienter Versorgungsstrukturen interessiert.

Demenzspezifische Netzwerke

Neben den zahlreichen allgemeinen Merkmalen eines Netzwerkes (Zusammenschluss mehrerer institutionell Verantwortlicher, Dienstleister und Interessierter zu einem Verbund von Partnern mit einer gemeinsamen Zielvereinbarung und zugehöriger Organisations- und Finanzierungsstruktur, Ressourcenbündelung, ggf. gemeinsame Bedarfserhebung, Interessenvertretung und Strukturentwicklung) sind Demenznetzwerke durch einige relevante Besonderheiten geprägt.

Aus **formaler Sicht** gehört hierzu z.B. die gemeinsame Verantwortung von Regelungen nach SGB V und SGB XI, die maßgebliche Auswirkungen auf den Finanzierungsrahmen von Einzelmaßnahmen (z.B. Case-Management, Prävention und Beratung), aber auch des Gesamtnetzwerkes haben kann. Sinnvollerweise kann die Entwicklung einer Versorgungsstrategie für Demenzerkrankte nur unter Berücksichtigung beider Verantwortungsbereiche erfolgen, die Trennung der Kostenträgerschaft widerspricht dieser Idee aber nur allzu häufig. Andere sozialgesetzlich angelegte Maßnahmen (z.B. Leistungen zur Teilhabe bei Behinderung gemäss SGB IX oder Soziotherapie gemäss §37a SGB V) sind in der Genehmigung für Demenzerkrankte nicht zugelassen oder nicht etabliert und müssen im Bedarfsfall durch andere Leistungsarten „ersetzt“ werden. Demgegenüber haben Neuregelungen der letzten Jahre (z.B. die Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäss §45b SGB XI) die Möglichkeiten zur spezifischen Ausgestaltung von Versorgungsnetzwerken für Demenzerkrankte und deren Angehörige deutlich verbessert. Ein Demenznetzwerk muss also säulenübergreifende Kompetenz aufweisen.

Nicht weniger relevant sind die durch die Krankheit bedingten **inhaltlichen Besonderheiten**, denen Demenznetzwerke Rechnung tragen müssen. Weiterhin ist der Umgang mit dem Thema Demenz und mit Demenzerkrankten selbst in der Öffentlichkeit in einem hohen Maße

schambesetzt. Demenznetzwerke (Verbund- wie auch Versorgungsnetzwerke) müssen sich deshalb weiterhin regelhaft mit den Fragen von Stigmatisierung und Entstigmatisierung befassen, öffentliche Darstellungen bedürfen einer besonderen Feinfühligkeit, der Beschäftigung mit dem Thema Demenz haftet bis heute nicht selten der Geschmack von Fatalismus und Hoffnungslosigkeit an (eine Position, die leider auch in Kreisen professionell tätiger ausreichend verbreitet ist). Auch deswegen bedarf es besonders niedrigschwelliger Zugangswege für Betroffene und Angehörige, die die Hilfen des Netzwerkes aus verschiedenen Richtungen und mit aktiver Unterstützung (z.B. Beratungsstellen) möglich machen.

Das Auftreten von herausforderndem Verhalten und Persönlichkeitsveränderung in einem hohen Prozentsatz fortgeschrittener Erkrankungsfälle bedingt oftmals nicht nur die Notwendigkeit umfänglicher Beaufsichtigung, sondern auch eine Kombination aus körperlicher Pflege, emotionaler Belastung und sozialer Isolation. Nicht selten bedeutet das eigene Aufsuchen von Hilfsangeboten für fortgeschritten Demenzerkrankte und deren Angehörige eine unzumutbare Härte, so dass ein Demenznetzwerk zwingend zugehende Unterstützungsangebote beinhalten sollte.

Eine Vernetzung medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgungselemente ist, anders als bei anderen versorgungsintensiven Erkrankungen, bei Demenzerkrankten unerlässlich. Gleichzeitig jedoch ist die nachhaltige Vernetzung mehrfacher Schnittstellen in besonderem Maße ressourcenintensiv, zumal auch hier wiederum ggf eine geteilte Kostenträgerschaft erschwerend wirken kann. Nicht zuletzt bedarf jede Versorgungsvereinbarung im Rahmen einer Einzelfallhilfe für Demenzerkrankte der Beteiligung von Angehörigen oder der Bevollmächtigten, was wiederum ressourcenwirksam ist und nicht zuletzt besondere Kompetenzen voraussetzt.

Rahmenbedingungen der Netzwerkentwicklung

In der Beschreibung von Rahmenbedingungen der Netzwerkentwicklung ist der **regionale Kontext** mit Beachtung der gewachsenen Bezügen und Verbindlichkeiten von hoher Bedeutung. Der Impuls zur Entwicklung eines Netzwerkes und die Beteiligung an einem entsprechenden Gründerforum kann von sehr verschiedenen Stellen eines Versorgungssystems ausgehen. Dabei ist es weniger relevant, von wo dieser Impuls ausgeht, vielmehr kommt es darauf an, bestehende Vernetzungen zu nutzen, realistische Ziele zu formulieren, ausreichende Ressourcen zu bündeln und eine Basis aktiver Netzwerkpartner zu finden, die bereit ist, sich mit hohem persönlichem Engagement in der Sache zu beteiligen.

Gelingt eine tragfähige gemeinsame Zieldefinition und die Abgrenzung von Netzwerk- und Einzelinteressen, so gilt es darüber hinaus, sich die **Erfolgskriterien des eigenen Netzwerkes** vor Augen zu führen. Ein Versorgungsnetzwerk mag sich an der messbaren Entlastung der Angehörigen oder einem Zugewinn an Lebensqualität der Betroffenen messen, für ein Verbundnetzwerk ist es ungleich schwieriger, verifizierbare Kriterien für seinen Entwicklungserfolg festzulegen. Nichts desto weniger sind valide Zielkriterien zur Entwicklungskontrolle, aber ggf auch als Erfolgsdokumentation für die Kostenträger hilfreich. Letztlich sollte die Festlegung evaluierbarer Erfolgskriterien bereits in die Überlegungen zur gemeinsamen Zielplanung der Netzwerkpartner eingehen und sowohl die Effizienz der Zielerreichung auf verschiedenen Ebenen (Öffentlichkeitswirkung, Verbesserung von Schnittstellen u.a.) als auch die innere Kohärenz des Netzwerkes (Ressourcennutzung, Identifikation und Wirksamkeit) abbilden. Wir haben zur Einschätzung der Innenwirkung ein Spinweb angewandt, welches zunächst die Einschätzung der teilnehmenden Netzwerkpartner erhebt. Folgende Bereiche werden dabei auf einer Skala von 0 (schlecht/wenig) bis 6 (gut/viel) abgefragt:

1. Meine Mitarbeit im Netzwerk ist wirksam
2. Alle Netzwerkpartner teilen ein gemeinsames Ziel
3. Die Strukturen des Netzwerkes sind klar und verständlich
4. Meine persönlichen Interessen sind gut vertreten
5. Meine Aufgaben im Netzwerk kann ich gut bewältigen
6. Dieses Netzwerk ist ein wichtiges Element der Versorgungslandschaft

Von zentraler Bedeutung bleibt es sicherlich, eine breite regionale Akzeptanz für das zu entwickelnde Netzwerk herzustellen. Neben der klaren Ziel- und Interessenformulierung ist es sinnvoll **obligate Netzwerkelemente/-partner** in die geplante Struktur des Netzwerkes zu integrieren (s.u.). Sie sichern die Kommunikation mit den für die Strukturentwicklung verantwortlichen Institutionen (z.B. Kommune) und dokumentieren die Legitimation und Offenheit des Netzwerkes ggü. Betroffenen und Interessenverbänden (z.B. Bürgerschaft). Auch die Beteiligung der Kostenträger erscheint sowohl aus inhaltlichen, als auch aus den oben genannten formalen Gründen für ein demenzspezifisches Netzwerk obligat. Nicht zuletzt müssen die Entwicklungsprozesse eines Netzwerkes hauptamtlich durchgeführt und die entsprechenden Ressourcen finanziert werden. Die hauptamtliche Koordination der Netzwerkarbeit ist neben dem hohen persönlichen Engagement der Einzelbeteiligten einer der Garanten für die Beachtung der Nachhaltigkeit des Netzwerkaufbaus. Nach Aufbau einer Grundstruktur mit den obligaten Elementen können optionale Netzwerkpartner eingebunden werden.

Obligate Bestandteile Demenznetzwerke:

Hauptamtliche Koordinierungsstelle
Kommunaler Ansprechpartner (ggf vertreten durch z.B. Gesundheitsamt, Amt für Altenarbeit, Pflegestützpunkte)
Bürgerschaftliches Engagement / Nachbarschaftshilfe
Selbsthilfe (ggf. vertreten durch Alzheimergesellschaft)
Ansprechpartner Kostenträger SGB V und XI (und SGB XII) (ggf vertreten durch Pflegestützpunkte,-/Pflegeleitstelle)

Optionale Bestandteile Demenznetzwerke (auszugsweise):

Krankenhäuser, Hausärzte, Fachärzte, ggf KV
Psychosoziale Dienste des Gesundheitsamtes
(Gerontopsychiatrische) Beratungsstellen
Pflegeberatungsstellen §7 SGB XI
Ambulante Dienste (Pflege, haushaltsnahe DL)
Stationäre Altenhilfeeinrichtungen
Niedrigschwellige Angebote gem. §45b SGB XI
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Kommunale Gesundheitskonferenzen
Betreuungsvereine /-arbeitsgemeinschaften
Apotheken/Apothekerverbände
Pflegestützpunkte gem. § 92c SGB XI
Demenz Service Zentren (NRW)

Fördernde und hemmende Faktoren der Implementierung

Zahlreiche inhaltliche organisatorische und strukturelle Variablen haben Einfluss auf den Erfolg und die Nachhaltigkeit einer Implementierung von Netzwerken. Neben offensichtlich positiven Rahmenvariablen (Gemeinsame Zielvereinbarung, klare Organisationsstruktur, gesicherte Finanzierung, offene Kommunikationskultur) gibt es dabei auch viele Faktoren, die in Abhängigkeit von ihrer Ausprägung sowohl positiv, als auch negativ auf die Entwicklung eines Netzwerkes wirken können. So erscheint eine große Anzahl von Netzwerkpartnern auf den ersten Blick zwar erstrebenswert, um z.B. ein hohes Ressourcenpotential und Synergien in der Informationsverbreitung zu gewährleisten, andererseits kann die Koordination einer zu großen Anzahl von Partnern und Interessen insbesondere in einem im Aufbau befindlichen Netzwerk eine Überforderung bedeuten. Ebenso erhöht die Einrichtung zahlreicher niedrighschwelliger Zugangswege in eine Netzwerk zwar die Wirksamkeit des Netzes, gleichzeitig aber auch seine Komplexität um ein Vielfaches, so dass hierdurch auch die Steuerungsfähigkeit leiden kann.

Letztlich gilt es, dieses Wechselspiel zwischen Wirksamkeit und Komplexität im Blick zu behalten und situationsabhängig zwischen der Gewichtung der Einflussfaktoren abzuwägen. Gegebenenfalls muss die Einleitung einer scheinbar notwendigen Entwicklung auch wegen der zu erwartenden negativen Einflüsse auf die Ressourcen eines Netzwerkes zumindest vorübergehend zurückgestellt werden.

In der offenen Kommunikation der über das gemeinsame Ziel hinausgehenden **Partikularinteressen der Netzwerkpartner** liegt ein Schlüssel für die Zufriedenheit und das Engagement innerhalb des Netzwerkes.

- Für **niedergelassene Ärzte** z.B. erscheint die Behandlung eines Demenzpatienten auf den ersten Blick nicht selten unattraktiv. Die Versorgung ist zeitaufwendig, häufig sind zahlreiche Angehörigengespräche und Gespräche mit Komplementärversorgern notwendig, Hausbesuche sind unvermeidbar, erscheinen aber unökonomisch, die medikamentöse Behandlung belastet das Budget erheblich und zahlreiche (Haus-) Ärzte fühlen sich mit den Formalien und der Einleitung sozialgesetzlicher und psychosozialer Begleitmaßnahmen überfordert. Erschwerend hängt der Behandlung von Demenzerkrankungen der Ruf des Hoffnungslosen an, was nicht wenige Ärzte in eine fatalistische Grundhaltung verfallen lässt. Der überwiegende Anteil der Ärzte wünscht sich mehr Zeit für ihre „Kernaufgabe“ (Patientenkontakt) und Entlastung von Beratungs- und Organisationsaufgaben, gleichzeitig aber besteht der Wunsch, die Gesamtsteuerung des Behandlungsprozesses in der Hand zu behalten. Nicht unerheblichen Einfluss auf das ärztliche Engagement im Netzwerk hat darüberhinaus das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten, insbesondere geprägt durch eine bisweilen hier wie dort empfundene Verteilungsgerechtigkeit und ein Willkürempfinden gegenüber den gesundheitspolitischen Strukturvorgaben. Diese

Vorbehalte müssen offen kommuniziert und in den Zusammenhang der Netzwerkarbeit gestellt werden.

Nicht zuletzt empfinden viele Ärzte die Vielzahl der z.T. komplexen Versorgungsprogramme (DMP u.a.) als organisatorische Überforderung, so dass eine zusätzliche Anforderung nur erfolgversprechend sein kann, wenn der Arzt ihren Nutzen für sich klar erkennen kann und eine Teilnahme am Netzwerk nicht bereits durch komplexe Teilnahmevoraussetzungen und unnötige Formalia erschwert wird.

Weitere Partikularinteressen können z.B. sein:

- **Interessen der Kommune** (Analyse der bestehenden Versorgungsstrukturen, Erkenntnisse über Versorgungsdefizite insbesondere in der Stadt-/Land Betrachtung, Strategien zur Defizitbeseitigung, Klareres Verständnis für die Abgrenzung von SGB XI und SGB XII Leistungen)
- **Interessen der Krankenhäuser** (Vermeidung von Fehlbelegung wegen Versorgungsdefiziten, Steuerung von Patientenströmen, Positionierung als Kompetenzzentrum, Entwicklung ambulanter Interventionsinstrumente)
- **Interessen privater Dienstleister** (Positionierung als kompetenter Anbieter, Werbepattform durch Öffentlichkeitsarbeit des Netzwerkes, Erkenntnisgewinn über regionale Versorgungsstrukturen zur eigenen Strategieentwicklung, Personalgewinnung durch bessere Wahrnehmung im Netzwerk)

In der Auflistung der Variablen ist nicht zuletzt zwischen unspezifischen (für alle Netzwerke gültige) und spezifischen (nur oder hauptsächlich für Demenznetzwerke gültigen) Einflussfaktoren zu unterscheiden.

Fördernde Faktoren einer erfolgreichen Implementierung von Demenznetzwerken:

• Systematische Bedarfsanalyse vor Beginn der Netzwerkentwicklung
• Klare gemeinsame Zielvereinbarung der Netzwerkpartner
• Offene Kommunikation über die Partikularinteressen der Teilnehmer
• Glaubwürdigkeit, Neutralität und Kompetenz in der Netzleitung
• Gesicherte Finanzierung (ggf auch Teilfinanzierungen s.u.)
• Hauptamtliche Koordinierungsstelle für das Netzwerk (Einladungen, Vorbereitung Tagesordnung, Informationsverbreitung – Rundbrief, Protokollführung, Öffentlichkeitsarbeit, Strategieplanung)
• Nutzung vorbestehender Vernetzungen (z.B. Arbeitsgemeinschaften, Vereine, Interessenvertretungen)
• Einbeziehung verschiedener Akteure mit Gestaltungsinteresse und –kompetenz (Krankenkassen, Pflegekassen, Kommune, Haus- und Fachärzte, Interessenverbände)
• Begrifflichkeits- und Kompetenzenklärung (wer „begleitet“ ?, wer „steuert“ ?, was verstehen wir unter „Fallmanagement“, wer betreibt Fortbildungen / Qualitätszirkel)
• Professionelle und nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit
• Niedrigschwelligkeit (Einfachheit der Teilnahme für verschiedene Teilnehmer, gute Verständlichkeit der Netzstrukturen und der Teilnahmekriterien)
• Kümmerer mit persönlichem Engagement aus verschiedenen Professionen
• Ansprechpartner, die sich auf kommunaler und institutioneller Ebene hauptamtlich mit dem Thema Demenz befassen

<ul style="list-style-type: none"> • Beteiligung eines medizinischen / pflegerischen Kompetenzzentrums (z.B. GPZ)
<ul style="list-style-type: none"> • Gleichwertigkeit in der Rollenverteilung der verschiedenen Partner (Ärzte / Pflege)
<ul style="list-style-type: none"> • Frühzeitige Ressourcenklärung und Aufgabenzuordnung („undankbare Aufgaben“: Öffentlichkeitsarbeit, Sekretariat, Rundbrief, Einladungen, Protokolle)
<ul style="list-style-type: none"> • Offene Kommunikationsstruktur der Netzwerkleitung im Verlauf (Steuerungsgruppe 6 wöchentlich mit TOP „Stolpersteine“)
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Zugangsschwelle muss niedrig sein (ggf mehrere Zugangswege, was sonst nicht optimal, bedeutet mehr Organisationsaufwand), da Scham immer noch hoch
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Netzwerk muss dauerhaft aufsuchend arbeiten, da Demenzerkrankte ggf. durch eingeschränkte Mobilität und Präsentierbarkeit gekennzeichnet sind
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Notwendigkeit der Netz-Kompetenz in SGB V und SGB XI und SGB XII, da in der Demenzversorgung häufig Übergänge und Mischbedürfnisse bestehen
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Netzwerk muss intern entstigmatisieren (Aufklären und fortbilden), da zwar viele Akteure die Versorgungs-Notwendigkeit sehen, aber dennoch eine fatalistische Behandlungshaltung verbreiten und so Entwicklung hemmen.
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Zwingend Einbeziehung Angehörige wegen „Sprachverlust“ der Betroffenen, aber auch weil sie Träger der Belastung, der Aufsicht und der Verantwortung sind (Deshalb auch maßgebliche Einflußgröße für Häufigkeit der Behandlung, Auswahl eines Dienstleisters, aber auch auf den Verbleib zuhause !).

Hemmende Faktoren, die einer erfolgreichen Implementierung entgegenwirken können:

<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Rahmenvorgaben zur Finanzierung von Netzwerken und deren Bestandteilen (z.B. Beratungsstellen, aufsuchendes Case-Management)
<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz- und Finanzierungsstreit zwischen den Akteuren (Hausärzte und Fachärzte – wer ist zuständig für Basisdiagnostik, wer darf behandeln, wer muss Medikamente verordnen und bezahlen, Neurologen und Psychiater: „wem gehören die Demenzen“ ?)
<ul style="list-style-type: none"> • Vielzahl der betreuungsintensiven Krankheitsbilder mündet in einer großen Zahl komplexer Versorgungsprogramme (z.B. DMP) mit z.T unterschiedlichen Zugangs- und Verlaufskriterien (ggf abschreckend für teilnehmende Ärzte)
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Umgang mit oftmals hochbelasteten Angehörigen und Komplementärversorgern ist zeitaufwendig und erfordert spezielle Kompetenzen
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Behandlung und Versorgung von Demenzkranken erscheint unattraktiv (medizinisch: teuer, zeitaufwendig, ursächlich erfolglos, konfliktreich mit belasteten Angehörigen - pflegerisch: zeitaufwendig, konfliktreich, belastend, oft erfolglos)
<ul style="list-style-type: none"> • Spezifisch: Behandlungspartner ist fremdgesteuert - Objekt der Betrachtung kann sich selbst oft nicht ausreichend äußern (Wünsche, Zufriedenheit, Lebensqualität)

Eine Toolbox für Netzwerkgründer

Kein Netzwerk funktioniert wie das Andere, nicht zuletzt bedingt durch die zahlreichen regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen und die (erfreuliche) Vielfalt der in Netzwerken engagierten Kooperationspartner. Dennoch ist es obligat, sich vor dem Start (oder auch während) der Netzwerkentwicklung über einige Grundvariablen und deren Ausgestaltung im Klaren zu sein. Da der Aufbau und die Implementierung von Netzwerken in vielen Bereichen den allgemeinen

Gegebenheiten einer strukturierten Projektentwicklung entsprechen sollte empfiehlt sich die projektbegleitende Anwendung von Beobachtungs- und Steuerungsinstrumenten, die eine rechtzeitige Wahrnehmung von Fehlentwicklungen und Netzwerkkonflikten sowie eine zeitnahe Korrektur derselben ermöglicht (z.B. Balanced-Score-Card u.a.). Zur Vorbereitung einer Netzwerkgründung könnte z.B. folgendes Instrumentarium unterstützend wirken:

<ul style="list-style-type: none"> • Liste hemmender und fördernder Faktoren (s.o.), die in der Netzwerkplanung berücksichtigt werden kann
<ul style="list-style-type: none"> • Liste möglicher (Teil-) Finanzierungsoptionen angelehnt an sozialgesetzliche sowie länderspezifische und kommunale Finanzierungsmodelle
<ul style="list-style-type: none"> • Moderatorenausbildung für Mitglieder der Netzwerkleitung
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Netzwerkgründung und zum Netzwerkmanagement durch eine einzurichtende Stabsstelle (z.B. im KDA)
<ul style="list-style-type: none"> • Liste bestehender Netzwerke und Projekte mit Übersicht über die Organisationsstruktur und Ansprechpartner in Kompetenzzentren
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung über Vereinsgründung und Öffentlichkeitsarbeit als optionales Angebot

Überlegungen zur Finanzierung von Demenznetzwerken

Die Entwicklungsphase eines Netzwerkes ist in weiten Teilen geprägt durch die unsichere Finanzierungslage und die damit verbundenen Fragen zu Wirksamkeit und Nachhaltigkeit. Selbst engagierte und erfahrene Netzwerkarbeiter verlieren in der Komplexität und Aufwendigkeit wiederkehrender Teilfinanzierungen oftmals die Geduld und das Interesse an der Fortführung des Netzwerkes. Regelmäßig enden erfolgreiche Modellprojekte trotz Wirksamkeitsnachweises nach ein bis drei Modellphasen im Niedergang des Netzwerkes und großer Frustration der Beteiligten.

Es erscheint daher schon im Sinne einer effizienten Ressourcennutzung unumgänglich, erfolgversprechende (Modell-)projekte zu identifizieren, eine solide Finanzierungseinstieg zu ermöglichen und langfristige Finanzierungsstrategien zu erarbeiten.

Basisfinanzierung durch Stiftung (z.B. Wohlfahrtspflege)

Voraussetzung Förderung:

- Feste Organisationsform (Gemeinnütziger Verein oder Netzwerk mit Kooperationsvereinbarung)
- Erfüllung Teilnahme obligater Netzwerkelemente (s.o.)
- Schriftliche Zielvereinbarung aller Netzwerkpartner
- Finanzielle Beteiligung der zuständigen Kommune

Standardisierte Evaluation basisgeförderter Projekte

Erarbeitung einer langfristigen Finanzierungsstrategie

z.B. durch: Spenden (bei e.V.), Kommune, Fördermittel Stiftungen (z.B. ESF, KDA, RBS), Krankenkassen nach § 20 SGB V (Prävention/Selbsthilfe), Pflegekassen nach § 7b SGB XI, Bundesländer und Landesverbände der Pflegekassen nach § 45c SGB XI

Sinnvoll wäre eine gesicherte Basisfinanzierung, die Aufwendungen der hauptamtlichen Netzwerkkoordination, einen grundsätzlichen Organisationsaufwand und eine Anreizfinanzierung für teilnehmende Netzwerkpartner ermöglicht. Diese sollte, nach Erfüllung definierter und prüfbarer Förderkriterien (s.u.) für einen festgelegten Zeitraum (z.B. 6-8 Jahre) abrufbar sein und könnte über eine gemeinnützige Stiftung (z.B. Stiftung Wohlfahrtspflege, ggf in Kooperation mit einer Prüfung durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA) abgewickelt werden. Ebenfalls müsste eine kontinuierliche Projektbegleitung durch eine fachlich und organisatorisch geschulte Stabsstelle (z.B. auch angesiedelt im KDA) gewährleistet sein, um den Projekten die Möglichkeit zur Selbstkorrektur im Aufbauprozess zu geben. Zuletzt könnte über eine solche Stabsstelle auch eine Beratung und Unterstützung zu langfristig tragenden Finanzierungsmodellen erfolgen. Der konkrete Austausch von Projekterfahrungen könnte durch die bereits erwähnte Datenbank bestehender Netzwerke mit Ansprechpartnern vor Ort gewährleistet werden. Der Erfolg einer Implementierung von Versorgungsnetzwerken bleibt letztlich maßgeblich von einer langfristig gesicherten Finanzierung abhängig.

Dr. med. Andreas Theilig
- Chefarzt -
Projektleiter DemenzNetz Aachen