

iso-Report Nr. 4

Berichte aus Forschung und Praxis

Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz

**Studie im Auftrag der Landeszentrale
für Gesundheitsförderung
in Rheinland-Pfalz e.V.**

Lukas Nock

Dr. Sabine Kirchen-Peters

unter Mitarbeit von Max Ischebeck

Reihe: *iso*-Report. Berichte aus Forschung und Praxis

Nr. 4, September 2016

ISSN 2199-5834

Das Projekt wurde gefördert durch das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) im Rahmen der Demenzstrategie Rheinland-Pfalz.

Impressum

Herausgeber:

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*) e.V.

Trillerweg 68

66117 Saarbrücken

Vereinsregister

Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. ist im Vereinsregister des Amtsgerichts Saarbrücken unter der Registernummer 17 VR 3017 als gemeinnütziger Verein eingetragen.

Vorsitzender des Vereins ist Prof. Dr. Daniel Bieber

Vertreter

Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. wird gesetzlich vertreten durch den Geschäftsführer Prof. Dr. Daniel Bieber

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE138118160

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
1. Einleitung.....	7
2. Methodische Umsetzung/ empirisches Programm.....	8
3. Literaturübersicht	9
4. Zentrale Ergebnisse.....	12
<i>4.1 Allgemeine Angaben.....</i>	<i>13</i>
<i>4.2 Netzwerkkoordination.....</i>	<i>14</i>
<i>4.3 Ressourcenausstattung</i>	<i>16</i>
<i>4.4 Zielsystem der Netzwerke.....</i>	<i>18</i>
<i>4.5 Zusammensetzung der Netzwerke</i>	<i>20</i>
<i>4.6 Netzwerksteuerung</i>	<i>25</i>
<i>4.7 Netzwerkinteraktion.....</i>	<i>29</i>
<i>4.8 Funktionalität und Nachhaltigkeit.....</i>	<i>30</i>
<i>4.9 Darstellung statistischer Zusammenhänge</i>	<i>31</i>
5. Zusammenfassung und Resümee	36
6. Literatur	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektübersicht	10
Tabelle 2: Einzugsgebiet	13
Tabelle 3: Gründungsjahr	13
Tabelle 4: Initiatoren der Netzwerke	14
Tabelle 5: Rechtsform	14
Tabelle 6: Ansiedelung der Netzwerkkoordination.....	15
Tabelle 7: Beruflicher Hintergrund Netzwerkkoordination	15
Tabelle 8: Aufgaben Netzwerkkoordination	15
Tabelle 9: Jahresbudget der Netzwerke.....	16
Tabelle 10: Quellen der finanziellen Ausstattung	16
Tabelle 11: Quellen der materiellen Ausstattung	17
Tabelle 12: Beurteilung der Ressourcenausstattung	17
Tabelle 13: Ziele der Netzwerke	18
Tabelle 14: Zielsystem	19
Tabelle 15: Netzwerkgröße (Übersicht)	20
Tabelle 16: Netzwerkgröße („harter Kern“)	20
Tabelle 17: Netzwerkgröße („erweitertes Umfeld“)	20
Tabelle 18: Zusammensetzung („harter Kern“).....	20
Tabelle 19: Zusammensetzung („erweitertes Umfeld“)	22
Tabelle 20: Erfolgreiche Kooperationsanfragen	23
Tabelle 21: Akteurslandschaft.....	24
Tabelle 22: Netzwerktreffen (Häufigkeit, Dauer).....	25
Tabelle 23: Netzwerktreffen (Veranstaltungsmodus).....	25
Tabelle 24: Kooperationsvereinbarung und Leitbild	25
Tabelle 25: Thematische Ausrichtung der Unterarbeitsgruppen.....	26
Tabelle 26: Netzwerksteuerung	26
Tabelle 27: Interaktion	28
Tabelle 28: Zielerfolge	29
Tabelle 29: Funktionalität und Nachhaltigkeit	30
Tabelle 30: Skalenübersicht	31
Tabelle 31: Korrelationen Ausstattung*Zielerfolge	31
Tabelle 32: Korrelationen Zielsystem*Zielerfolge.....	31
Tabelle 33: Korrelationen Akteurslandschaft*Zielerfolge	32
Tabelle 34: Korrelationen Steuerung*Zielerfolge	32
Tabelle 35: Korrelationen Interaktion*Zielerfolge.....	33
Tabelle 36: Korrelationen Funktionalität und Nachhaltigkeit*Zielerfolge.....	33
Tabelle 37: Korrelationen Steuerung*Skalen.....	33
Tabelle 38: Erfolgsmerkmale aus Sicht der Netzwerkkoordination	34
Tabelle 39: Hindernisse bei der Netzwerkarbeit.....	35
Tabelle 40: Unterstützungswünsche (allgemein).....	36
Tabelle 41: Unterstützungswünsche (LZG).....	36

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen eines Netzwerks (GIZ 2013)	9
---	---

1. Einleitung

Das Thema Demenz rückt zunehmend in den Blickpunkt der allgemeinen Öffentlichkeit, weil immer mehr Menschen direkt bzw. indirekt von der Krankheit betroffen sind. Der Auf- und Ausbau von unterstützenden Angeboten für diese Menschen steht – nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung – als wichtiges Handlungserfordernis auf der politischen Agenda. Auch wenn in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen wurden, eine adäquate Hilfestruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu entwickeln, bestehen immer noch Probleme, für die bislang keine passenden Lösungswege gefunden werden konnten. Wie das *iso*-Institut im Rahmen einer Expertise zur Erstellung einer Nationalen Demenzstrategie ermittelte, gibt es vor allem auf der Ebene von Kooperation und Koordination noch erhebliche Handlungserfordernisse. So arbeiten z.B. Krankenhäuser in aller Regel nicht ausreichend mit den regionalen Pflegestützpunkten zusammen. Eine besondere Herausforderung besteht – so ein Fazit der Analyse – in der Frage, wer die Kranken durch die jeweiligen Systeme führt und wer letztlich die Fallsteuerung und -verantwortung übernimmt. Da die Krankheit Demenz sich weder an System-, noch an Berufsgrenzen hält, werden Konzepte für die berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit, z.B. zwischen ambulanten Diensten und Hausarztpraxen, notwendig (Kirchen-Peters/Hielscher 2012).

Insbesondere in der Demenzversorgung müssen moderne Lösungsansätze nicht nur an einzelnen Versorgungssegmenten ansetzen, sondern vor allem auch die Vernetzung der verschiedenen Instanzen im Blick haben. Denn Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen Segmenten, Professionen und Kostenträgern behindern die Umsetzung patientenorientierter Konzepte und erzeugen so unnötigen Leidensdruck bei den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Darüber hinaus verursachen sie immense Kosten, wenn z.B. durch mangelnde Vernetzung häusliche Pflegearrangements frühzeitig scheitern oder es zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen kommt (Döhner 2002).

Vor dem Hintergrund abnehmender Ressourcen auf der einen Seite und der zeitaufwändigen Betreuung von Menschen mit Demenz auf der anderen Seite rückt vor allem eine Optimierung der Vernetzung informeller sowie professioneller Hilfen in den Fokus. Durch eine kreative Verknüpfung solcher Hilfen und durch eine Förderung der Zusammenarbeit zwischen Fachkräften, Angehörigen und Laien werden erhebliche Innovationsimpulse gesetzt (Kistler et al. 2008). Dabei zeigt sich, dass professionelles Unterstützungsmanagement das Engagement von Helfenden nicht aushöhlt, sondern im Gegenteil oftmals die Voraussetzungen für eine Wiederbelebung familiärer Kräfte und für die Organisation nachbar- und bürgerschaftlicher Hilfen schafft. Allerdings kann die Kompatibilität der spezifischen Qualitäten informeller und formeller Hilfesysteme nur das Ergebnis eines fortwährenden kommunikativen Prozesses sein. Dies gilt auch für die quartiersbezogene Kooperation und Koordination mit anderen Einrichtungen und Diensten. Sie sind eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg dieser Angebote (Geiger/Zörkler 2010).

Das Land Rheinland-Pfalz hat auf diese Herausforderungen reagiert und die Bildung von bislang rund 40 regionalen Demenznetzwerken unterstützt, die die Vernetzung von Hilfeangeboten für Menschen mit Demenz vorantreiben sollen. Die Netzwerke sind zentrale Anlaufstellen für alle, die sich über Demenz informieren und sich an der Netzwerkarbeit beteiligen möchten. Zudem organisieren die Netzwerke in Kooperation mit ihren Verbundpartnern Veranstaltungen zur Aufklärung der Bevölkerung oder zum Wissensaufbau bei professionell Tätigen und setzen Handreichungen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen um.

Dabei ist zu beobachten, dass die Arbeitsweise der rheinland-pfälzischen Demenznetzwerke in Abhängigkeit von der Entstehungsgeschichte, den Initiierenden und den am Netzwerk beteiligten Personen und Institutionen stark variiert. Insgesamt lassen sich folgende Zielebenen ausmachen, die in den Netzwerken in unterschiedlicher Intensität verfolgt werden:

- Eine breite Information der Bevölkerung durch themen- und/oder kulturorientierte Veranstaltungen,

- Schulungen für Laien und für Profis,
- das Erkennen von Versorgungslücken und der Abbau von bislang noch wenig entwickelten Versorgungsbausteinen in Kooperation mit Netzwerkpartnern sowie
- die Verzahnung und Vernetzung von Angeboten, Einrichtungen und Trägerstrukturen.

Vor dem Hintergrund der Unterschiedlichkeit der Netzwerkarbeit stellte sich zum Zeitpunkt der Projektvergabe die Frage, wie und auf welcher wissenschaftlich begründeten Basis die Arbeit der Netzwerke trotz der Unterschiedlichkeit verglichen und beschrieben werden könnte. So war es das übergeordnete Ziel der Studie, einen differenzierten Überblick über die große Vielfalt und die unterschiedlichen Umsetzungsvarianten der Netzwerkarbeit in Rheinland-Pfalz zu ermöglichen und damit die Fülle an Informationen zu ordnen. Darauf aufbauend sollten Entwicklungspotentiale für die strategische Förderung von Demenznetzwerken sowie Handlungsempfehlungen für die Netzwerkkoordinierenden und für die Auftraggeberinnen und Auftraggeber herausgearbeitet werden. Zur inhaltlichen Fundierung und zur Förderung der Akzeptanz des Vorhabens wurde Wert darauf gelegt, das Projekt in enger Rückkopplung und Beteiligung der Demenznetzwerke durchzuführen (vgl. Kapitel 2).

2. Methodische Umsetzung/ empirisches Programm

Im Zentrum des empirischen Programms stand die Schaffung einer soliden Datengrundlage zur Beschreibung der Situation der Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz. Im Januar 2015 wurde ein Auftaktworkshop mit den Auftraggeberinnen und Auftraggebern durchgeführt, auf welchem dem *iso*-Institut wichtige Informationen über die Erfahrungen der Verantwortlichen mit den regionalen Demenznetzwerken übermittelt wurden. Zudem wurden die Ziele der Studie wie folgt konkretisiert:

- Vergleichbarkeit der Netzwerkarbeit herstellen (Ordnen),

- Datengrundlage für die strategische Weiterentwicklung liefern,
- netzwerkübergreifende Diskussion fundieren,
- förderliche und hemmende Faktoren für die Netzwerkarbeit herausarbeiten und
- Empfehlungen zur alltäglichen Erleichterung der Netzwerkarbeit und zur Unterstützung der Koordinatoren formulieren.

Die Datengrundlage sollte über eine quantitative Befragung der Netzwerkkoordinierenden geschaffen werden, die durch zwei vorangeschaltete Arbeitsschritte fundiert wurde:

a. Literaturanalyse

In einem ersten Schritt wurde zwischen Dezember 2014 und Februar 2015 eine Sichtung und Auswertung der aktuellen, themenverwandten Forschungsliteratur vorgenommen. Aus den Ergebnissen wurden vor allem Anregungen zum Erhebungskonzept sowie zur Befragungssystematik aufgenommen und verarbeitet (vgl. Kapitel 3).

b. Auftaktveranstaltung mit Verantwortlichen der Netzwerke

In diese Veranstaltung im Juni 2015 waren ausgewählte Verantwortliche aus den rheinland-pfälzischen Demenznetzwerken fachlich und inhaltlich mit eingebunden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des *iso*-Instituts stellten die geplanten Fragedimensionen vor und diskutierten auf dieser Grundlage mit den Koordinierenden die Vollständigkeit und Korrektheit der geplanten Vorgehensweise. Hierbei wurden zum einen weitere inhaltliche Details in den Fragebogen aufgenommen, zum anderen der Befragungszugang und -zeitraum konsentiert. Durch die partizipatorische Vorgehensweise konnte schließlich eine Fragebogenversion entwickelt werden, die auf einem konsensfähigen Verständnis von Netzwerkarbeit und Vernetzungserfolgen beruhte.

Die standardisierte Befragung der regionalen Demenznetzwerke fand zwischen Juni und September 2015 statt. Im Modus einer Online-Befragung durchgeführt, wurden angelehnt an einer Vorlage der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) Daten zu den folgenden Themenbereichen erhoben: Allgemeine Angaben zu den De-

menznetzwerken, Netzwerkkoordination, Ressourcenausstattung der Netzwerke, Zielsystem, Zusammensetzung bzw. Landschaft der Hauptakteure der Netzwerke, Netzwerksteuerung und -interaktion sowie Funktionalität und Nachhaltigkeit der Netzwerke.



Abbildung 1: Dimensionen eines Netzwerks (GIZ 2013)

Die Datenanalyse erfolgte computergestützt entlang gängiger Verfahren der deskriptiven und induktiven Statistik. Die zentralen Ergebnisse der Befragung sind im Kapitel 4 aufgeführt.

Im November 2015 fand ein zweiter Reflexionsworkshop statt, in dem die Ergebnisse der schriftlichen Befragung vorgestellt und in einem erweiterten Expertenkreis von Koordinatoren sowie mit Vertretenden des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) diskutiert wurden. Die Diskussion lieferte wertvolle Anregungen zur Interpretation der Ergebnisse, die in die Darstellung eingeflossen sind.

3. Literaturübersicht

Seit etwa 10 Jahren werden in der Bundesrepublik immer häufiger Netzwerke zur regionalen Versorgung von Menschen mit Demenz gebildet. Um die Effizienz und die Qualität der Netzwerke sicherzustellen, werden diese vielerorts auch wissenschaftlich beraten und evaluiert. Solche Analysen können sowohl schon während des Aufbaus, als auch bei bereits bestehenden Netzwerken durchgeführt werden. Bevor die Situation der Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz diskutiert wird, soll hier zunächst ein Überblick über die wichtigsten Ergebnisse dieser Forschungsvorhaben vermittelt werden. Ziel der Literaturübersicht ist es, zentrale Handlungserfordernisse zu verdeutlichen und ausgehend von bereits vorhandenen Forschungsergebnissen Anregungen für die Gestaltung der Netzwerkarbeit zu geben. Deshalb sind nicht alle methodischen Konzepte und Argumentationsstränge der verschiedenen Studien präzise und im Einzelnen vorgestellt. Statt auf einzelne Untersuchungen einzugehen, werden die wichtigsten Aussagen zusammengefasst und übergreifend dargestellt. Damit konkrete und schnell umzusetzende Handlungsorientierungen für Netzwerkakteure bereitgestellt werden können, sind im Anschluss außerdem fördernde Faktoren für die Netzwerkarbeit genannt, die im Zuge verschiedener Analysen herausgearbeitet wurden.

Übersicht zu den einbezogenen Projekten

Ein Kriterium für die Berücksichtigung der Forschungsprojekte war einmal deren Größe. Weit angelegte Vorhaben sind aufgrund ihrer Forschungstiefe hier eher in den Literaturüberblick mitaufgenommen. Des Weiteren wurden vornehmlich solche Projekte betrachtet, die mit sozialwissenschaftlich fundierten Methoden gearbeitet und ihre Ergebnisse in einem Bericht veröffentlicht haben. Berücksichtigt wurden außerdem ausschließlich in Deutschland durchgeführte Studien, die zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbar und vor maximal fünf Jahren abgeschlossen waren.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ eine Reihe von Untersuchungen zur Pflege, Versor-

gung, Betreuung und Beratung im Bereich der Demenz. Die Zukunftswerkstatt schloss an das 2010 abgeschlossene, ebenfalls vom BMG ins Leben gerufene „Leuchtturmprojekt Demenz“ an. Insgesamt wurden für den Literaturüberblick acht BMG-Projekte ausgewählt (siehe Tabelle 1). Doch auch von Universitäten oder regionalen und staatlich unabhängigen Institutionen wurden Untersuchungen zu Demenznetzwerken durchgeführt, von denen drei hier mit aufgearbeitet sind.

In zwei der ausgewählten Projekte lag der Schwerpunkt auf qualitativen Methoden, während drei der

Studien sich auf standardisierte Erhebungsverfahren stützten. In fünf Studien wurden die methodischen Ansätze kombiniert, um ein möglichst umfassendes Bild über die Netzwerkarbeit zu erlangen. Ausschließlich die Projekte des Demenznetzwerks Nürnberg und der Arbeitsgruppe Netzwerk- und Quartiersarbeit aus Nordrhein-Westfalen wurden als nicht strikt wissenschaftlich durchgeführte Vorhaben mit in die Literaturlaufbereitung aufgenommen, weil sie ausführliche, aus der praktischen Arbeit abgeleitete Handlungsrichtlinien veröffentlicht haben.

Tabelle 1: Projektübersicht

Projekttitlel	Auftraggeber	Laufzeit	Methode*
EVIDENT	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QL/QN
IDOB	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QL/QN
IDemUck	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QN
UEDN	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QL/QN
ULTDEM	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QN
ANeD	BMG (Leuchtturmprojekt Demenz)	2008-2010	QN
DemNet-D	BMG (Zukunftswerkstatt Demenz)	2012-2015	QL
Weiterentwicklung des DN Kreis Minden-Lübbecke	BMG (Zukunftswerkstatt Demenz)	2012-2015	QL/QN
Demenznetzwerk Nürnberg	BStMASFI	2007-2010	GO
Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung von regionalen Demenznetzwerken	MGEPA NRW	2011-2012	GO
Caritas Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr	Caritas Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr	2012-2014	QL

*QL= qualitativ/QN=quantitativ/ GO=gestaltungsorientiert

Ergebnisse aus der Literaturübersicht

Bei der Gegenüberstellung der verschiedenen Studien ist eine ausgeprägte Heterogenität der untersuchten Netzwerke zu erkennen. Bundesweit unterscheiden sich die Netzwerke stark in ihrer Struktur. Das betrifft einmal ihre Größe. Während einige Netze nur über wenige Mitwirkende verfügen, wird die Arbeit anderenorts von großen Gruppen und vielen aktiven Mitgliedern durchgeführt (Ehlers et al. 2011). Unabhängig von ihrer Größe setzen sich die verschiedenen Netzwerke, was die beruflichen Kompetenzen und Tätigkeitsfelder der Teilnehmenden betrifft, wiederum sehr unterschiedlich zusammen. Auch sind die Mitglieder lokal unterschiedlich weit gestreut. Netzwerke aus stark besiedelten Gebieten, in denen sich alle Beteiligte auf relativ engem Raum befinden, stehen ländlichen, weit verzweigten Organisationen gegenüber (Hülsmeier et al. 2013). Außerdem unterscheidet sich die Ressourcenlage der Netzwerke stark voneinander: Während manche über Gelder verfügen, mit denen eigene Personalstellen finanziert werden, sind andere ausschließlich auf ehrenamtlichen Einsatz und ggf. auf ihre Mitgliedsbeiträge angewiesen. Auch ist die äußere Ausrichtung der verschiedenen Netzwerke nicht identisch. Die Zielsetzungen der Arbeit können sich, wie weiter unten ausgeführt, stark voneinander unterscheiden (Arbeitsgruppe Netzwerk- und Quartiersarbeit 2012).

Verschiedene Studien arbeiten heraus, dass die strukturellen Bedingungen starken Einfluss auf die Netzwerkarbeit haben. So ist es beispielsweise für Netzwerke aus ländlichen Gebieten aufgrund längerer Wegzeiten schwieriger, alle Mitglieder zu häufigen Treffen zu versammeln (ebd.). Wenn ausreichend Zeitressourcen für die Arbeit zur Verfügung stehen und administrative Aufgaben durch angestellte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen oder Koordinierende durchgeführt werden können, lässt sich die Netzwerkarbeit insgesamt stärker formalisieren (Ehlers et al. 2011). Die Bedingungen und Chancen zur Schaffung stark differenzierter Arbeitsprozesse sind also keinesfalls in allen Netzwerken gleich.

Der Erfolg der Einflussnahme auf die Demenzversorgung ist außerdem oftmals stark von der Art der Zusammensetzung des jeweiligen Netzwerks abhän-

gig. So kann der Zugang zu manchen Institutionen oder zu gewissen Teilen der Bevölkerung nur gelingen, wenn Angehörige bestimmter Berufsgruppen aktiv an der Netzwerkarbeit beteiligt sind (Ehlers et al. 2011). Beispielsweise fällt es Netzwerken, in denen Akteure aus dem pflegerischen Sektor unterrepräsentiert sind, erfahrungsgemäß schwer, zusätzliche pflegerische Hilfen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufzubauen. Ein anderes Beispiel betrifft die Aufklärung und die Öffentlichkeitsarbeit. Aufgrund der Verfügbarkeit zahlreicher zentraler Kontaktpunkte sind diese in einem urbanen Umfeld deutlich leichter umzusetzen als im ländlichen Raum (Hülsmeier et al. 2013).

Viele Untersuchungen bestätigen den hohen Erfolg der vernetzten Demenzversorgung. Krankenhaus- oder Heimeinweisungen bergen starke Risiken für Menschen mit Demenz. Durch den langen Aufenthalt in fremder Umgebung oder aufgrund inadäquater Behandlung verschlechtert sich der körperliche und geistige Zustand der Personen oftmals drastisch. Durch kooperative Versorgung der Akteure, so zeigen die Analysen, reduziert sich die Zahl der stationären Aufenthalte, indem diese durch ambulante Hilfen und Behandlungen ersetzt werden. Durch Aufklärung von Angehörigen und Hausärztinnen und Hausärzten kann auch dafür sensibilisiert werden, welche Gefahren stationäre Aufenthalte für Menschen mit Demenz bergen. Vor allem werden dabei aber auch Informationen vermittelt, die eine bessere Versorgung in der Arztpraxis und der alltäglichen häuslichen Pflege ermöglichen und so Notfälle, die stationäre Behandlung erfordern, gar nicht erst eintreten lassen (von der Ahe 2014).

Mit Hilfe kompetenter und präziser Beratung, idealerweise in Form eines Case Managements, können Angehörige außerdem stark entlastet werden, z.B. durch die Beratung über Hilfeangebote, durch die Unterstützung beim Umgang mit Behörden oder durch die Schulungen zum Krankheitsbild Demenz und zur adäquaten Betreuung und Pflege (Sander 2010). Die Entlastung der Angehörigen trägt wiederum dazu bei, die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz zu stabilisieren (von der Ahe 2014).

Auch Angestellte aus dem medizinischen Sektor und aus der Pflege profitieren von der Arbeit der Netzwerke. Ohne das Netzwerk wird die Infrastruktur der Versorgung, die diese bei ihrer täglichen Arbeit im Blick haben müssen, schnell zu komplex und unübersichtlich. Außerdem kann die Zusammenarbeit dabei helfen, schwer ansprechbare Themen aus dem Pflegealltag zu enttabuisieren. Durch Ermöglichung von offenen Aussprachen geben die Demenznetzwerke wichtige Impulse zur positiven Gestaltung des Arbeitsalltags von Pflegekräften (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

In einigen Studien wurden zudem Bedingungen herausgearbeitet, unter denen Netzwerkarbeit besonders gewinnbringend, nachhaltig und erfolgreich gelingen kann:

Eine Bedingung für den Erfolg der Netzwerke ist die Verfügbarkeit von ausreichenden zeitlichen und finanziellen **Ressourcen** (Brandenburg 2015). In welcher Höhe Zeit und Geld für die Netzwerkarbeit bereit stehen muss, geht aus der Literatur nicht hervor. Wie oben bereits angedeutet, sind auch **professionelle Akteure aus verschiedenen Bereichen** nötig, um eine effektive Netzwerkarbeit leisten zu können (Tschainer 2012). Die Größe der Netzwerke konnte in den hier rezipierten Studien aber nicht als Erfolgsfaktor nachgewiesen werden.

Um einen effizienten Verlauf der Kooperationsprozesse zu garantieren, ist es wichtig, die **Arbeitsprozesse verbindlich** zu gestalten, gleichzeitig jedoch auch ein gewisses Maß an **Flexibilität** zu erhalten (Arbeitsgruppe Netzwerk- und Quartiersarbeit 2012). Fortschritte und Schwierigkeiten sollten außerdem **regelmäßig von allen Mitgliedern reflektiert** werden. Hilfreich sind dabei **erfahrene oder professionell geschulte Koordinierende**. Hemmenden Druck erzeugen zu hohe, **unrealistische Erwartungen** (ebd.). Der Ausbau der Kooperation sollte deshalb kontinuierlich, dabei aber ohne zu starkes Drängen verlaufen. Bei der konkreten Arbeit mit Betroffenen und Angehörigen ist es wichtig, auf die jeweils **individuelle Bedarfslage** einzugehen, um passgenaue Hilfen anbieten zu können. Dies trifft auf die verschiedenen Beratungs-, Aufklärungs- und Vermitt-

lungsbereiche zu, denen sich Netzwerke zuwenden können (Bundesministerium für Gesundheit 2011).

Entscheidend sind auch Faktoren, die einzelne Mitglieder und deren informellen und persönlichen Austausch betreffen. Als unerlässlich hat sich der Einsatz besonders **engagierter und vom Netz unterstützter Koordinationspersonen** herausgestellt (Sander et al. 2010). Wichtig ist allerdings auch, dass die Arbeit nicht ausschließlich aus intrinsischen Motiven geschieht, sondern den Kooperierenden gewisse **Vorteile** bietet, wie z.B. durch die Knüpfung professionell nutzbarer Kontakte. Für eine effiziente Zusammenarbeit muss auch aktiv ein **Klima** geschaffen werden, das Ausgrenzung von Mitgliedern vermeidet und einen „fairen“ Umgangston voraussetzt (Ehlers et al. 2011).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die vernetzte Demenzversorgung von vielerlei Vorteilen geprägt ist. Die Förderung und Unterstützung von Demenznetzwerken ist deshalb eine besonders wichtige Aufgabe, die aber nur unter gewissen Bedingungen gelingen kann. Entscheidend ist dabei die Einsicht in die starke Diversität und Individualität der Netzwerke. Eine objektive Einschätzung der Leistungen und Problemlagen kann nur unter Berücksichtigung ihrer verschiedenen Arbeitsbedingungen gelingen.

4. Zentrale Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der standardisierten Erhebung vorgestellt. Dabei erfolgt zunächst eine deskriptive Darstellung von allgemeinen Angaben zu den Demenznetzwerken sowie zu den Analysedimensionen Netzwerkkoordination, Ressourcenausstattung der Netzwerke, Zielsystem, Zusammensetzung bzw. Landschaft von Hauptakteuren der Netzwerke, Netzwerksteuerung und -interaktion sowie Funktionalität und Nachhaltigkeit der Netzwerke (vgl. 4.1-4.8). Anschließend werden auf dieser Grundlage die wichtigsten statistischen Zusammenhänge von Netzwerkerfolgen sowie die Ergebnisse der offenen Fragen dargelegt.

Befragt wurden die jeweiligen Netzwerkkoordinierenden. Die Stichprobe setzte sich aus 28 Demenz-

netzwerken zusammen. Von den insgesamt 40 in Rheinland-Pfalz angesiedelten Netzwerken nahmen somit 70 Prozent an der Befragung teil. Auf der Grundlage dieses guten Rücklaufs konnten verlässliche und generalisierbare Aussagen zur Situation der Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz getroffen werden.

4.1 Allgemeine Angaben

Mit Blick auf die jeweiligen regionalen Einzugsgebiete, auf die sich die Demenznetzwerke erstrecken, zeigte die Stichprobe folgende Verteilung: 13 Zusammenschlüsse agierten in einem Landkreis (46,4 %), 6 in einer Verbandsgemeinde (21,4 %), 4 im Gebiet einer kreisfreien Stadt (14,3 %), 3 Demenznetzwerke umfassten mehrere Verbandsgemeinden (10,7 %) und 2 richteten ihren regionalen Handlungsradius sowohl auf einen Landkreis, als auch auf eine kreisfreie Stadt (7,1 %).

Tabelle 2: Einzugsgebiet

	n	%
Landkreis	13	46,4
Verbandsgemeinde	6	21,4
mehrere Verbandsgemeinden	3	10,7
Landkreis u. kreisfreie Stadt	2	7,1
Gesamtsumme	28	100,0

Die in der Stichprobe vertretenen Demenznetzwerke bestanden im Durchschnitt seit 7,5 Jahren. Der älteste Zusammenschluss gründete sich im Jahr 1998 und existierte somit seit knapp 17 Jahren, während sich das jüngste Netzwerk 2015 gebildet hatte. Insgesamt wurden ca. 30 Prozent der Demenznetzwerke innerhalb der letzten 5 Jahre gegründet. Die Mehrzahl der Netzwerke (63 %) ist in den letzten 5 bis 10 Jahren entstanden. Lediglich 2 Netzwerke (7,4 %) waren älter als 10 Jahre.

Tabelle 3: Gründungsjahr

Ältestes Netzwerk	1998
Jüngstes Netzwerk	2015
Durchschnittsalter	7,5 Jahre
Standardabweichung	4,6
Jünger als 5 Jahre	29,6 %
Zwischen 5 und 10 Jahre	63,0 %
Älter als 10 Jahre	7,4 %

Um bestimmen zu können, auf wessen Initiative hin sich die Netzwerke gründeten, wurden die Teilnehmenden zunächst dazu aufgefordert, den Namen der jeweiligen Netzwerkinitiierenden in ein offenes Textfeld einzutragen („Durch wen wurde Ihr Netzwerk initiiert?“). In einer anschließenden Frage („Um welche Art von Einrichtung/Trägerschaft handelt es sich dabei?“) sollten sie die Initiierenden dann einer bestimmten Kategorie zuordnen. Dies hatte zum einen den Zweck, die zu erwartende Heterogenität bei den Antworten zu reduzieren und zugleich das Antwortspektrum auf einer institutionenbezogenen Ebene abzubilden. Zum anderen sollte dadurch verhindert werden, dass bei der Ergebnisdarstellung Rückschlüsse auf einzelne Netzwerke gezogen werden können. Als Antwortmöglichkeiten wurden den Befragten zu diesem Zweck die Kategorien „Ambulanter Pflegedienst“, „Stationäre Altenhilfeeinrichtung“, „Pflegestützpunkt“, „Kommune“, „Selbsthilfvereinigung“ und „Sonstiges“ angeboten, wobei ihnen bei Letzterem zusätzlich ein offenes Textfeld zur Verfügung stand, um die Angaben ggf. weiter zu präzisieren. Darüber hinaus waren diese Kategorien durch Mehrfachnennungen frei kombinierbar, wodurch es den Teilnehmenden ermöglicht werden sollte, auch komplexere Konstellationen im Zusammenhang mit der Entstehung ihrer Netzwerke darzustellen.

Tabelle 4: Initiatoren der Netzwerke

	n	%
Pflegestützpunkt (Beratungs- und Koordinierungsstelle)	11	39,3
Kommune	7	25,0
Pflegestützpunkt + Kommune	3	10,7
Stationäre Altenhilfeeinrichtung	2	7,1
Sonstiges	5	17,9
Gesamt	28	100,0

Unter zusätzlicher Berücksichtigung der sogenannten Beratungs- und Koordinierungsstellen, die ab 2008 zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt wurden¹, ergab sich folgendes Bild: Die Initiative, auf die hin die Demenznetzwerke gegründet wurden, ging bei 11 Netzwerken von Pflegestützpunkten bzw. von Beratungs- und Koordinierungsstellen aus, was einem Anteil von rund 40% entsprach. Auf kommunale Initiative (25,0 %) wird die Gründung von insgesamt 7 Netzwerken von den Befragten zurückgeführt (dabei wurden folgende Angaben gemacht: „Kreisverwaltung“, „Seniorenbüro der Stadt (...)“, „Kommune“, „Verbandsgemeinde (...)“, „Gesundheitsamt“, „regionale Pflegekonferenz“). Zusätzlich wurden 3 Netzwerke von Kommunen und Pflegestützpunkten gemeinschaftlich initiiert. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind mit 2 Nennungen eher selten die Initiierenden von Netzwerken gewesen.

Mit Blick auf die rechtliche Rahmenform, in der die Demenznetzwerke als Gesellschaften am öffentlichen bzw. wirtschaftlichen Leben teilnahmen, gaben 78,6 Prozent der Befragten an, über keine Rechtsform zu verfügen. Eines der Netzwerke war als eingetragener Verein organisiert. In 5 Fällen (17,9 %) wurden Angaben unter „Sonstiges“ gemacht, nach denen es sich bei den entsprechenden Zusammenschlüssen überwiegend um Arbeitsgemeinschaften, -gruppen bzw. -kreise handelt.²

¹ Rheinland-Pfalz hat flächendeckend „ab dem 1. Januar 2009 Pflegestützpunkte auf der Grundlage der bisherigen 135 Beratungs- und Koordinierungsstellen“ eingerichtet (LSJV, 2015).

² Angaben unter „Sonstiges“: „AG der reg. Pflegekonferenzen“; „Arbeitsgruppe des Bündnisses für seelische Gesundheit (...)“; „Arbeitskreis unter Leitung der Kreisverwaltung (...)“; „im Rahmen der kooperierenden Trägerorganisationen“; „Projekt der (...)“.

Diese Angaben ließen sich im Rahmen der Auswertung jedoch keiner bestimmten Rechtsform zuweisen.

Tabelle 5: Rechtsform

	n	%
Keine	22	78,6
Eingetragener Verein	1	3,6
Sonstiges	5	17,9

Die Frage, ob die Netzwerke aktuell eine Änderung ihrer Rechtsform anstrebten, negierten 26 der Befragten (92,9 %). Zwei Netzwerke, die bislang ohne Rechtsform auftraten, wollten dagegen auf eine Veränderung hinwirken.

4.2 Netzwerkkoordination

Innerhalb jedes Demenznetzwerks nahm die Netzwerkkoordination eine Zentralfunktion ein. In Abhängigkeit der jeweiligen Konstellation der Hauptakteure ergaben sich unterschiedliche Organisationsformen dieser Koordinationsstelle. Zur Erfassung der Ansiedelung dieser wurde in ähnlicher Weise verfahren, wie bei der Frage nach den Initiierenden der Demenznetzwerke: Zunächst konnten die Teilnehmenden in einem offenen Textfeld eintragen, bei welcher Einrichtung bzw. welcher Trägerstelle die Koordination angesiedelt war („Wo ist die Netzwerkkoordination angesiedelt?“). Anschließend sollten sie diese Einrichtung dann einer bestimmten Kategorie zuordnen („Um welche Art von Einrichtung/Träger handelt es sich dabei?“). Antwortmöglichkeiten waren hier „Ambulanter Pflegedienst“, „Stationäre Altenhilfeeinrichtung“, „Pflegestützpunkt“, „Kommune“, „Selbsthilfevereinigung“ und „Sonstiges“, wobei bei Letzterem ein offenes Textfeld zur Verfügung stand, um die Angaben ggf. weiter zu präzisieren. Auch hier waren die Kategorien durch Mehrfachnennungen frei kombinierbar, um komplexere Konstellationen im Zusammenhang mit der Ansiedelung der Koordinationsstelle darstellen zu können.

In der vorliegenden Stichprobe waren 11 Koordinationsstellen bei Pflegestützpunkten bzw. bei den ehemaligen Beratungs- und Koordinierungsstellen (vgl. Kapitel 4.1) und 7 bei Kommunen angesiedelt. Die Nennungen aus Kommunen wurden wie folgt

präzisiert: „Psychiatriekoordinationsstelle der Kreisverwaltung“, „Kreisverwaltung“, „Seniorenbüro der Stadt (...)“, „Kommune“, Verbandsgemeindeverwaltung (...) Seniorenbüro“, „Landkreis (...) und Stadt (...)“.

Tabelle 6: Ansiedelung der Netzwerkkoordination

	n	%
Pflegestützpunkt (Beratungs- und Koordinierungsstelle)	11	39,3
Kommune	7	25,0
Pflegestützpunkt + Kommune	2	7,1
Stationäre Altenhilfeeinrichtung	2	7,1
Ambulanter Pflegedienst	1	3,6
Sonstiges	5	17,9
Gesamt	28	100,0

Bei 2 Koordinationsstellen (7,1 %) handelte es sich um eine gemeinschaftliche Ansiedlung von Pflegestützpunkt und Kommune. An ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen waren insgesamt drei Koordinationsstelle angebunden.

Mit Blick auf den formalqualifikatorischen Hintergrund der Netzwerkkordinerenden zeigte die Erhebung eine Dominanz der Sozialen Arbeit. Knapp zwei Drittel der Befragten gaben als beruflichen Hintergrund Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik an (64,3 %). Fünf Koordinierende (17,9 %) hatten einen klassischen Pflegeberuf gelernt oder ein pflegenahes Studium absolviert (u.a. Sozialgerontologie, Pflegepädagogik) und 4 besaßen einen anderen beruflichen Hintergrund (Verwaltungsberufe bzw. verwaltungsnaher Berufe, Soziologie).

Tabelle 7: Beruflicher Hintergrund Netzwerkkoordination

	n	%
Soziale Arbeit	18	64,3
Pflege	5	17,9
Sonstiges	4	14,3
Fehlende Angabe	1	3,6
Gesamt	28	100,0

Das Tätigkeitsspektrum der Koordinationsstellen setzte sich aus unterschiedlichen organisatorischen und inhaltlichen Aufgaben zusammen. Alle bzw. nahezu alle Befragten zählten dabei die Einladung der Netzwerkteilnehmenden (100 %), die inhaltliche Vorbereitung der Netzwerktreffen (96,4 %), die Sitzungsmoderation (96,4 %), die Ergebnissicherung (85,7 %) und die Kontaktpflege (85,7 %) zu ihren Aufgaben.

Tabelle 8: Aufgaben Netzwerkkoordination

	n	%
Einladung der Teilnehmer/innen	28	100,0
Inhaltl. Vorbereitung der Treffen	27	96,4
Moderation der Sitzungen	27	96,4
Ergebnissicherung	24	85,7
Kontaktpflege	24	85,7
Öffentlichkeitsarbeit	20	71,4
Teilnehmerakquise	17	60,7
Fachliche Inputs	17	60,7
Konfliktmanagement	16	57,1
Schaffung von Arbeitsgrundlagen	11	39,4
Sonstige Aufgaben	4	14,3

20 der 28 befragten Koordinierenden rechneten Öffentlichkeitsarbeit, jeweils 17 die Akquise der Teilnehmenden und fachliche Inputs, 16 das Konfliktmanagement und 11 die Schaffung von Arbeitsgrundlagen (bspw. Kooperationsverträge, Leitbild etc.) in ihr Aufgabenspektrum. Als sonstige Aufgaben wurden vereinzelt Anstrengungen zur Weiterentwicklung der Netzwerke wie z.B. die Beschaffung von Finanzmitteln, die Entwicklung von Projektideen oder die Stellung von Förderanträgen genannt.

4.3 Ressourcenausstattung

Die Ressourcenausstattung der Demenznetzwerke wird im Folgenden unter den Aspekten der finanziellen, personellen und materiellen Ausstattung dargestellt. Weitere Ausführungen hierzu finden sich im Abschnitt zur Zusammensetzung und Landschaft der Hauptakteure der Demenznetzwerke (siehe 4.5).

Hinsichtlich der finanziellen Ressourcen gaben 21 der 28 befragten Koordinierenden eine verwertbare Antwort.³ Demnach verfügten die Netzwerke im Durchschnitt über ein Jahresbudget von 1.166,70 €. Dabei gab über die Hälfte der Demenznetzwerke an, dass keinerlei finanzielle Mittel zur Verfügung standen, 4 verfügten jährlich zwischen 200 und 1.000 Euro, 5 zwischen 1.000 und 5.000 Euro und ein Zusammenschluss verfügte über 10.000 Euro im Jahr.

Tabelle 9: Jahresbudget der Netzwerke

	n	%
0 €	11	52,4
200 – 1.000 €	4	19,0
1.000 – 5.000 €	5	23,8
10.000 €	1	4,8
Gesamt	21	100,0

Mit Blick auf die Quellen der Finanzierung wies die Erhebung auf ganz unterschiedliche Modelle hin. Am häufigsten fanden sich eine Mischfinanzierung (41,2 %) aus Trägermitteln⁴, kommunalen und Landesmitteln sowie Geldern aus Spenden und Projektförderung. Jeweils 3 Netzwerke finanzierten sich ausschließlich über Mitgliedsbeiträge bzw. Gelder aus Projektförderungen (17,6 %). Zwei Netzwerke erhielten ihre Finanzierung sowohl aus Spenden, als auch aus Projektfördergeldern und 2 weitere Netzwerke waren vollständig spendenfinanziert (11,8 %).

Tabelle 10: Quellen der finanziellen Ausstattung

	n	%
Mischfinanzierung	7	41,2
Mitgliedsbeiträge	3	17,6
Projektförderung	3	17,6
Spenden	2	11,8
Projektförderung + Spenden	2	11,8
Gesamtsumme	17	100,0

Zur Erfassung der materiellen Ausstattung wurde nach den Möglichkeiten der Demenznetzwerke gefragt, betriebliche Infrastruktur (bspw. PCs, Drucker, Telefone etc.) und Räumlichkeiten *pro bono* nutzen zu dürfen. Alle Befragten gaben an, auf eine kostenlose Raumnutzung zurückgreifen zu können. Nur 2 Netzwerken war es nicht möglich, eine betriebliche Infrastruktur zu nutzen.

Wie bei den finanziellen Mitteln, speiste sich auch die materielle Unterstützung der Netzwerke aus unterschiedlichen Quellen. In den meisten Fällen erfolgte ein Rückgriff auf Räumlichkeiten oder technische Ausstattung von verschiedenen Einrichtungen, die am Netzwerk beteiligt sind. In 4 Fällen brachten ausschließlich die beteiligten Einrichtungen entsprechende betriebliche Infrastruktur mit ein, in 18 weiteren Fällen kam ergänzend materielle Unterstützung durch Kommunen, das Land und/oder Wohlfahrtsverbände hinzu (64,3 %). Drei Netzwerke erhielten ihre materielle Ausstattung ausschließlich von der Kommune (10,7 %), 2 ausschließlich von Wohlfahrtsverbänden (7,1 %) und ein Netzwerk bezog Räume bzw. Infrastruktur von einem Wohlfahrtsverband und der Kommune (3,6 %).

³ In 3 Fällen wurde das Antwortfeld freigelassen, in 4 Fällen wurden folgende kurze Textkommentare eingetragen: „nach Antrag“, „schwankend“ und zweimal „kein fester Betrag“.

⁴ Gemeint sind Mittel von Netzwerkmitgliedern aus der Freien Wohlfahrtspflege.

Tabelle 11: Quellen der materiellen Ausstattung

	n	%
Beteiligte Einrichtungen	4	14,3
Beteiligte Einrichtungen + Wohlfahrtsverband	8	28,6
Beteiligte Einrichtungen + Kommune	4	14,3
Beteiligte Einrichtungen + Wohlfahrtsverband + Kommune	3	10,7
Beteiligte Einrichtungen + Wohlfahrtsverband + Land	3	10,7
Kommune	3	10,7
Wohlfahrtsverband	2	7,1
Wohlfahrtsverband + Kommune	1	3,6
Gesamt	28	100,0

Tabelle 12: Beurteilung der Ressourcenausstattung

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Personelle Ausstattung	3,6	17,9	14,3	21,4	32,1	10,7	3,9	1,4
Finanzielle Ausstattung	22,2	25,9	18,5	7,4	22,2	3,7	2,9	1,6
Materielle Ausstattung	3,7	7,4	14,8	25,9	37,0	11,1	4,2	1,3
Ausstattung (Skala)	-	-	-	-	-	-	3,7	1,2

Betrachtet man die Mittelwerte, so wurde die finanzielle Ausstattung mit 2,9 von maximal 6 Punkten insgesamt am negativsten bewertet – fast die Hälfte aller Bewertungen lagen hier im Bereich von „schlecht“ und „sehr schlecht“ und lediglich ein Viertel der Einschätzungen fielen „gut“ oder „sehr gut“ aus.

Die personelle Ausstattung erzielte einen Wert von 3,9, die materielle Ausstattung einen Wert von 4,2. Fasst man die 3 Einschätzungsvariablen zu einer Skala zusammen⁵, so erreichte diese im Durchschnitt eine 3,7. Zwischen den Polen „sehr schlecht“ und „sehr gut“ lag dieser Wert insgesamt zwischen „ausreichend“ und „befriedigend“. Besonders mit Blick auf ressourcenintensive Arbeitsziele (wie bspw. die Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Demenz) war die personelle, finanzielle und materielle Ausstattung als erfolgskritisch einzuschätzen (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.9.1).

Für solche Netzwerke, die bislang ohne ausreichende personelle und finanzielle Unterstützung auskommen mussten, sollten daher Strategien entwickelt werden, wie entsprechende Ressourcen akquiriert werden könnten.

Gemessen am jeweiligen Bedarf der Netzwerke sollten die befragten Koordinierenden überdies die Qualität der personellen, finanziellen und materiellen Ausstattung entlang einer Skala von 1 (=sehr schlecht) bis 6 (=sehr gut) bewerten. Dabei gibt die Standardabweichung (in der Tabelle als „±“ gekennzeichnet) an, wie weit die Angaben um den Mittelwert (Ø) streuen. Bereich der Demenz) war die personelle, finanzielle und materielle Ausstattung als erfolgskritisch einzuschätzen (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.9.1). Für solche Netzwerke, die bislang ohne ausreichende personelle und finanzielle Unterstützung auskommen mussten, sollten daher Strategien entwickelt werden, wie entsprechende Ressourcen akquiriert werden könnten.

⁵ Die Reliabilitätsanalyse der Ausstattungsskala ergab insgesamt eine gute bis sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,78$).

4.4 Zielsystem der Netzwerke

Zur Erfassung der Zielstellungen der Demenznetzwerke wurden den befragten Koordinierenden 8 unterschiedliche Einzelziele vorgelegt, die sie in Hinblick auf die Bedeutung für ihre Netzwerke auf einer Skala von 1 (=unwichtig) bis 6 (=sehr wichtig) bewerten sollten. Bezogen auf die Mittelwerte

erreichten dabei die Ziele „Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit“ (MW=5,8) und „Kooperation und Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn“ (MW=5,6) die höchsten Werte. Lediglich 3 Netzwerke maßen diesen Zielen keine hohe oder sehr hohe Bedeutung bei.

Tabelle 13: Ziele der Netzwerke

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit	-	-	-	3,7	14,8	81,5	5,8	0,5
Kooperation und Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn	-	3,6	-	3,6	17,9	75,0	5,6	0,9
Vorschläge und Angebote zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln (...)	-	3,6	10,7	21,4	17,9	46,4	4,9	1,2
Kooperation und Vernetzung zur Schließung von Versorgungslücken in Einzelfällen	3,6	10,7	10,7	7,1	21,4	46,4	4,7	1,6
Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion	-	3,6	10,7	35,7	17,9	32,1	4,6	1,2
Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem/bürgerschaftlichem Engagement	7,4	7,4	7,4	22,2	18,5	37,0	4,5	1,6
Direkte Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz	3,6	17,9	14,3	3,6	17,9	42,9	4,4	1,7
Direkte Unterstützung von pflegenden Angehörigen	3,7	3,7	33,3	7,4	14,8	37,0	4,4	1,5

Die übrigen Ziele erreichten durchschnittliche Werte zwischen 4,4 und 4,9. Absteigend sortiert ergab sich für die Netzwerkziele folgende Rangfolge: „Vorschläge und Angebote zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln und an die Kommunalpolitik herantragen“ (MW=4,9), „Kooperation und Vernetzung zur Schließung von Versorgungslücken in Einzelfällen“ (MW=4,7), „Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion“ (MW=4,6), „Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem bzw. bürgerschaftlichem Engagement“ (MW=4,5), „Direkte Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz“ bzw. „von pflegenden Angehörigen“ (MW jeweils 4,4).

Bei der Beurteilung dieser Durchschnittswerte war zu berücksichtigen, dass die Einzelbewertungen hier zum Teil stark variierten. So mochten einzelne, Ziele zwar als „wichtig“ erscheinen, für einige Netzwerke aber gar keine oder eine Ziele im Durchschnitt zwar als „wichtig“ erscheinen eher untergeordnete Rolle spielen.

Ein Indikator hierfür war die Standardabweichung (in der Tabelle als „±“ angegeben), die bei den vorliegenden Items zwischen 0,5 und 1,7 lag. Je größer dieser Wert ausfiel, desto weiter streuten die Antworten um den Mittelwert. So wurde etwa das Ziel „Kooperation und Vernetzung zur Schließung von Versorgungslücken in Einzelfällen“ im Durchschnitt zwar als „wichtig“ beurteilt (MW=4,7), jedoch sprachen ihm 7 von 28 Netzwerken (also ein Viertel) eine eher geringe Relevanz zu. Ähnlich verhielt es sich beim Ziel „Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem bzw. bürgerschaftlichem Engagement“ (MW=4,5), dem in 6 von 28 Netzwerken nur eine untergeordnete Rolle zukam.

Unabhängig der von Einzelfall zu Einzelfall variierenden und jeweils unterschiedlich relevanten Zielstellungen wurden die Koordinierenden in einem weiteren Fragenblock dazu aufgefordert, die Qualität des Zielsystems ihres Demenznetzwerkes zu bewerten. Darunter fielen Aspekte wie die Klarheit und Ver-

ständigkeit der strategischen Ziele innerhalb des Verbundes, die Ziel- und Wirkungsorientierung, die Komplementarität zwischen Partialinteressen einzelner Netzwerkakteure mit dem Gesamtzweck des

Zusammenschlusses. Hierzu wurden den Befragten 5 Items zur Bewertung auf einer Skala von 1 (=unzutreffend) bis 6 (=zutreffend) angeboten.

Tabelle 14: Zielsystem

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Die Ziele des Netzwerkes sind klar formuliert	-	3,6	7,1	10,7	28,6	50,0	5,1	1,1
Die Ziele sind mit allen Netzwerkpartnern einvernehmlich abgestimmt	3,6	-	14,3	10,7	21,4	50,0	5,0	1,3
Es existiert eine für Außenstehende einsehbare Darstellung des Netzwerkes und seiner Ziele	3,6	3,6	10,7	3,6	32,1	46,4	5,0	1,4
Die Ziele werden von allen Netzwerkpartnern mitgetragen	-	-	29,6	14,8	22,2	33,3	4,6	1,2
Die Interessen (...) der einzelnen Netzwerkpartner stimmen mit den Zielen des Netzwerkes überein	-	3,6	25,0	25,0	28,6	17,9	4,3	1,2
Zielsystem (Skala)	-	-	-	-	-	-	4,8	1,0

Mit einem Mittelwert von 5,1 nahm die Aussage „Die Ziele des Netzwerkes sind klar formuliert“ den höchsten Wert an, gefolgt von „Die Ziele sind mit allen Netzwerkpartnern einvernehmlich abgestimmt“ und „Es existiert eine für Außenstehende einsehbare Darstellung des Netzwerkes und seiner Ziele“ (MW jeweils 5,0). „Die Ziele werden von allen Netzwerkpartnern mitgetragen“ erzielte einen Wert von 4,6, „Die Interessen (...) der einzelnen Netzwerkpartner stimmen mit den Zielen des Netzwerkes überein“ einen Wert von 4,3.

Wurden die 5 Items zu einer Skala zusammengefasst⁶, so erreichte diese im Durchschnitt einen Wert von 4,8. Zwischen den Polen „unzutreffend“ (=1) und „zutreffend“ (=6) liegt dieser Wert 1,2 Punkte unterhalb der Maximalausprägung.

Die Qualität des Zielsystems scheint vor allem für die Erfolge der Netzwerke bei der „Politikbeeinflussung“ ausschlaggebend zu sein (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.9.1). Trotz der insgesamt recht positiven Einschätzungen deutete sich in der Befragung bei immerhin knapp einem Drittel der Netzwerke ein Handlungsbedarf an, der offenbar mit der Vereinbarkeit von Partial- und Gesamtinteressen zu tun hatte. So hielten es jeweils fast 30 Prozent der Befragten in ihrem Verbund für eher nicht zutreffend, dass die Gesamtziele von allen Netzwerkpartnern mitgetragen wurden und dass die Interessen der Mitwirkenden übereinstimmen. An dieser Stelle wäre es hilfreich zu überprüfen, welche Hintergründe von Konkurrenzen und Konfliktlinien sich in den Netzwerken abbilden und welche Unterstützungsangebote geleistet werden könnten.

⁶ Die Reliabilitätsanalyse der Zielsystem-Skala ergab insgesamt eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,89$).

4.5 Zusammensetzung der Netzwerke

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Netzwerke wurde zwischen einem „harten Kern“ an Netzwerkmitgliedern und einem „erweiterten Umfeld“ unterschieden. Unter dem harten Kern sollten nur feste Mitglieder, die sich regelmäßig in das Netzwerk einbringen und kontinuierlich mitarbeiten, erfasst werden. Zum erweiterten Umfeld zählten hingegen auch solche Akteure, die sich eher punktuell (z.B. themen- oder projektbezogen) am Netzwerk beteiligen. Die Gesamtnetzwerkgröße stellte die Summe beider Akteursklassen dar.

Tabelle 15: Netzwerkgröße (Übersicht)

	Ø	±	MIN	MAX
„Harter Kern“	17,3	12,3	3	58
„Erweitertes Umfeld“	25,5	30,3	0	107
Gesamtgröße	41,6	38,4	7	151

Die Auswertung ergab, dass der harte Kern der Netzwerke im Durchschnitt bei 17, das erweiterte Umfeld bei 26 Mitgliedern lag. Im Durchschnitt umfassten die Netzwerke 42 Mitglieder. Ein Blick auf die Maximalwerte ließ erkennen, dass die unterschiedlichen Zusammenschlüsse zum Teil erhebliche Größendifferenzen aufwiesen. So bestand das kleinste Netzwerk aus insgesamt 7, das größte aus 151 Mitgliedern.

Betrachtet man ausschließlich den harten Kern und unterteilt ihn in Größenklassen, dann ergibt sich folgendes Bild: 11 Netzwerke, also knapp ein Drittel, wiesen zwischen 3 und 10 kontinuierliche Mitglieder auf (32,2 %), 13 Netzwerke – also ungefähr die Hälfte – zwischen 11 und 20 (46,5 %) und 6 Netzwerke bestanden aus 25 bis 58 festen Akteuren (21,6 %).

Tabelle 16: Netzwerkgröße („harter Kern“)

	%
bis 10 Mitglieder	32,2
11 bis 20 Mitglieder	46,5
25 bis 58 Mitglieder	21,6

Ähnliche Größenklassen ließen sich auch für das „erweiterte Umfeld“ bilden, wobei sich die Extremwerte hier weiter ausdifferenzierten: So gaben jeweils 12 Prozent der Befragten an, entweder über gar kein, oder aber über ein sehr großes erweitertes Umfeld zu verfügen (zwischen 90 und 107 Mitglieder). Die Größenklasse zwischen 4 und 10 Mitglieder trafen für 36 Prozent, die zwischen 14 und 23 bzw. 29 bis 45 Mitglieder auf jeweils 20 Prozent der Netzwerke zu.

Tabelle 17: Netzwerkgröße („erweitertes Umfeld“)

	%
0 Mitglieder	12,0
4 bis 10 Mitglieder	36,0
14 bis 23 Mitglieder	20,0
29 bis 45 Mitglieder	20,0
90 bis 107 Mitglieder	12,0

Neben der reinen Größe der Demenznetzwerke wurde auch deren konkrete Zusammensetzung, sowohl für den harten Kern, als auch für das erweiterte Umfeld erfasst.

Tabelle 18: Zusammensetzung („harter Kern“)

		Ø	±	MIN	MAX	Σ
1	Stationäre Pflegeeinrichtungen	3,9	12,3	3	58	484
2	Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen	2,9	3,5	0	15	108
3	Ambulante Pflegedienste	2,1	2,0	0	8	82
4	Kommunale Akteure (z.B. Seniorenbeirat, Amt für Seniorenarbeit)	1,5	2,0	0	8	58
5	Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen	1,3	1,6	0	7	41
6	Sozial- und Wohlfahrtsverbände	0,7	1,7	0	6	36
7	Einrichtungen der Tagespflege	0,6	1,1	0	5	20
8	Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft	0,5	1,0	0	4	18
9	Öffentliche und gemeinnützige Gesundheitsdienste (...)	0,4	0,7	0	2	13
10	Kirchengemeinden/religiöse Gemeinschaften	0,4	0,7	0	3	12
11	Sonstiges	0,4	0,7	0	2	12
12	Bürgerliche Initiativen, Ehrenamt	0,3	0,8	0	3	10
13	Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	0,2	0,6	0	2	9
14	Pflegeschulen	0,1	0,6	0	3	6
15	Angehörige von Menschen mit Demenz	0,1	0,4	0	1	4
16	Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften	0,1	0,6	0	3	3
17	Firmen, Unternehmen aus der Privatwirtschaft	0,1	0,4	0	2	2
18	Andere (...) ohne direkten Versorgungsauftrag (...)	0,1	0,3	0	1	2
19	Menschen mit Demenz	<0,1	0,2	1	1	1
20	Kulturelle Einrichtungen/Vertreter (...)	-	-	-	-	0
21	Apotheken	-	-	-	-	0
22	Forschungseinrichtungen	-	-	-	-	0

Die Auswertung deutete mit Blick auf die akteursbezogene Zusammensetzung des harten Kerns zwar auf ein äußerst breites Spektrum bei den einzelnen Netzwerken hin. Nichtsdestotrotz erlaubte die Gesamtbetrachtung Aussagen über einige mehr oder weniger verallgemeinerbare Trends. So bildeten stationäre Pflegeeinrichtungen das einzige Element, das alle Netzwerke miteinander verband: In jedem Zusammenschluss fanden sich mindestens 3 Mitglieder aus dem stationären Altenpflegebereich wieder (MIN=3; MW=3,9). In der Summe aller Verbände fanden sich insgesamt 484 Mitglieder aus diesem Bereich wieder. Stationäre Pflegeeinrichtungen können daher als eine zentrale Säule der Netzwerkarbeit betrachtet werden. Wenngleich nicht jedes Netzwerk über Mitglieder aus den folgenden Bereichen verfügte, bildeten weitere wichtige Partner vor allem Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen (MW=2,9; Σ =108), ambulante Pflegedienste (MW=2,1; Σ =82), Kommunen (z.B. Seniorenbeirat,

Amt für Seniorenarbeit etc.; MW=1,5; Σ =58) sowie Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen (MW=1,3; Σ =41). Immer wieder spielten als Bestandteil des harten Kerns aber auch Mitglieder aus Sozial- und Wohlfahrtsverbänden (MW=0,7; Σ =36), Einrichtungen der Tagespflege (MW=0,6; Σ =20), Selbsthilfegruppen wie z.B. der Alzheimer Gesellschaft (MW=0,5; Σ =18), öffentlichen und gemeinnützigen Gesundheitsdiensten wie z.B. dem sozialpsychiatrischen Dienst (MW=0,4; Σ =13), Kirchengemeinden bzw. religiösen Gemeinschaften (MW=0,4; Σ =12), sonstigen Einrichtungen (MW=0,4; Σ =12) sowie aus bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Initiativen (MW=0,3; Σ =10) eine Rolle. Nur in Ausnahmefällen traten dagegen niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (MW=0,2; Σ =9), Pflegeschulen (MW=0,1; Σ =6), Angehörige von Menschen mit Demenz (MW=0,1; Σ =4),

Wohnungsbaugesellschaften/ -genossenschaften (MW=0,1; $\Sigma=3$), Firmen/Unternehmen aus der Privatwirtschaft (MW=0,1; $\Sigma=2$), andere Institutionen ohne direkten Versorgungsauftrag (bspw. Polizei, Banken, Friseurinnen und Friseure; MW=0,1; $\Sigma=2$)

sowie kulturelle Einrichtungen/Vertretende (z.B. Museen, Theater, Kunstschaffende etc.; MW=0,04; $\Sigma=1$) als kontinuierliche Mitglieder in Erscheinung. Menschen mit Demenz, Apotheken und Forschungseinrichtungen kamen auf gar keine Nennungen.

Tabelle 19: Zusammensetzung („erweitertes Umfeld“)

	Δ		\emptyset	\pm	MIN	MAX	Σ
1	0	Stationäre Pflegeeinrichtungen	3,6	5,8	0	20	97
2	1	Ambulante Pflegedienste	2,4	5,2	0	20	64
3	-1	Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen	2,0	2,6	0	10	54
4	0	Kommunale Akteure (z.B. Seniorenbeirat, Amt für Seniorenarbeit)	1,9	3,1	0	11	52
5	1	Sozial- und Wohlfahrtsverbände	1,9	3,9	0	20	50
6	6	Bürgerschaftliche Initiativen, Ehrenamt	1,7	3,6	0	15	47
7	-2	Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen	1,7	3,0	0	11	46
8	-1	Einrichtungen der Tagespflege	1,0	1,7	0	6	28
9	2	Sonstiges	1,0	2,2	0	10	27
10	-1	Öffentliche und gemeinnützige Gesundheitsdienste (...)	0,9	1,5	0	5	25
11	-1	Kirchengemeinden/religiöse Gemeinschaften	0,8	1,8	0	8	22
12	-4	Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft	0,7	1,2	0	5	18
13	5	Andere (...) ohne direkten Versorgungsauftrag (...)	0,4	0,8	0	3	12
14	-1	Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	0,4	0,9	0	4	11
15	0	Angehörige von Menschen mit Demenz	0,4	1,8	0	9	11
16	-2	Pflegesschulen	0,3	0,5	0	2	7
17	3	Menschen mit Demenz	0,2	1,2	0	6	6
18	-1	Firmen, Unternehmen aus der Privatwirtschaft	0,2	0,8	0	4	6
19	3	Forschungseinrichtungen	0,2	0,7	0	3	6
20	-1	Kulturelle Einrichtungen/Vertreter (...)	0,1	0,3	0	1	3
21	0	Apotheker	<0,1	0,2	0	1	1
22	-6	Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften	-	-	-	-	0

Die Zusammensetzung des erweiterten Umfelds gestaltet sich in der Gesamtschau recht ähnlich wie beim harten Kern, weswegen lediglich einige Besonderheiten angesprochen werden sollen. In einer zusätzlichen Tabellenspalte (Δ) lassen sich jeweils die Differenzen bei den Rangplätzen im Vergleich der beiden Akteursklassen ablesen.

Wie bereits beim harten Kern waren auch im erweiterten Umfeld der Netzwerke die pflegenahen Institutionen am häufigsten vertreten: Assoziierte Mitglieder rekrutierten sich vor allem aus dem Feld stationärer (MW=3,6; $\Sigma=97$) und ambulanter Pflegeeinrichtungen (MW=2,4; $\Sigma=64$) sowie aus Pflegestützpunkten (MW=2,0; $\Sigma=54$).

Ein auffälliger Unterschied bestand in der wesentlich stärkeren Repräsentanz von bürgerschaftlichen bzw. ehrenamtlichen Initiativen ($\Delta=6$; MW=1,7; $\Sigma=47$) im erweiterten Umfeld.

Möglicherweise eignen sich bürgerschaftliche Initiativen weniger für die kontinuierliche Arbeit im harten Kern eines Demenznetzwerks, weil moderne Formen von Ehrenamt immer häufiger projektförmig organisiert sind, das Engagement der Freiwilligen zunehmend episodisch und entlang enggefaster Themen verläuft (Hielscher & Nock 2014).

Ebenfalls häufiger vertreten als im harten Kern waren andere Institutionen/Personen ohne direkten Ver-

sorgungsauftrag (bspw. Polizei, Banken, Friseure und Friseurinnen; $\Delta=5$). Diese tauchten, wenn auch nicht regelmäßig, so doch zumindest vereinzelt im erweiterten Umfeld der Zusammenschlüsse auf (MW=0,7; $\Sigma=12$). Zu erwähnen bleibt außerdem die Unterrepräsentanz von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen (MW=0,4; $\Sigma=11$), die auch in der Funktion als sporadische Mitglieder eher eine Randerscheinung in den Demenznetzwerken bildeten, obwohl ihnen im Versorgungskontext eine herausragende Rolle zuzu-

sprechen war (Kirchen-Peters 2015). Dieser Aspekt spiegelte sich in der Auswertung der weiteren Daten zur Zusammensetzung der Netzwerke wider.

So wurden die Befragten zusätzlich darum gebeten anzugeben, bei welchen Akteuren Kooperationsanfragen erfolglos verlaufen sind.

Tabelle 20: Erfolgreiche Kooperationsanfragen

		\emptyset	\pm	MIN	MAX	Σ
1	Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen	0,7	0,5	0	1	19
2	Apotheker	0,3	0,4	0	1	7
3	Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften	0,3	0,4	0	1	7
4	Firmen, Unternehmen aus der Privatwirtschaft	0,2	0,4	0	1	6
5	Andere (...) ohne direkten Versorgungsauftrag (...)	0,2	0,4	0	1	5
6	Menschen mit Demenz	0,2	0,4	0	1	5
7	Forschungseinrichtungen	0,2	0,4	0	1	5
8	Pflegesschulen	0,2	0,4	0	1	5
9	Angehörige von Menschen mit Demenz	0,1	0,4	0	1	4
10	Kirchengemeinden/religiöse Gemeinschaften	0,1	0,4	0	1	4
11	Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen	0,1	0,3	0	1	3
12	Kulturelle Vereinigungen/Vertreter (...)	<0,1	0,3	0	1	2
13	Öffentliche und gemeinnützige Gesundheitsdienste (...)	<0,1	0,3	0	1	2
14	Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft	<0,1	0,3	0	1	2
15	Ambulante Pflegedienste	<0,1	0,3	0	1	2
16	Bürgerschaftliche Initiativen, Ehrenamt	<0,1	0,2	0	1	1
17	Einrichtungen der Tagespflege	<0,1	0,2	0	1	1
18	Sozial- und Wohlfahrtsverbände	<0,1	0,2	0	1	1

Wie die Tabelle verdeutlicht, wurden niedergelassene Ärzte und Ärztinnen mit Abstand am häufigsten genannt, wenn es um erfolglose Kooperationsanfragen ging: 19 Netzwerke hatten in der Vergangenheit vergeblich versucht, Ärzte und Ärztinnen für eine Mitarbeit zu gewinnen. Dies spricht für die Relevanz, die die Demenznetzwerke dieser Gruppe zuschrieben. Mit Blick auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen wurden im Zuge des ersten Expertenworkshops vor allem zeitliche Rest-

riktionen aufseiten von Hausärzten und Hausärztinnen diskutiert, die eine aktive Mitwirkung am Netzwerk behinderten.

Tabelle 21: Akteurslandschaft

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Zwischen einzelnen Netzwerkakteuren kommt es immer wieder zu konkurrenzbedingten Konflikten [invertiert!]	-	-	14,3	7,1	39,3	39,3	5,0	1,0
Die einzelnen Netzwerkakteure sind mit dem für den Kooperationszweck relevanten Umfeld gut vernetzt	-	3,6	10,7	21,4	42,9	21,4	4,7	1,1
Alle fachlichen Kompetenzen, die der Kooperationszweck erfordert, sind durch die (...) Netzwerkakteure vertreten	3,6	3,6	25,0	14,3	35,7	17,9	4,3	1,3
Die Anzahl der beteiligten Akteure ist für die Netzwerkarbeit ausreichend	7,1	14,3	10,7	21,4	25,0	21,4	4,1	1,6
Die [Akteure] verfügen über ausreichend zeitl. Ressourcen, um ihre Aufgaben (...) wahrnehmen zu können	3,6	25,0	46,4	10,7	14,3	-	3,1	1,1
Akteurslandschaft (Skala)	-	-	-	-	-	-	4,0	0,9

Andere Akteure waren ähnlich selten in den Zusammenschlüssen vertreten wie niedergelassene Ärzte und Ärztinnen (z.B. Angehörige von Menschen mit Demenz, Pflegeschulen etc.). Diese wurden jedoch von den Netzwerken teilweise nicht ausdrücklich um eine Mitarbeit nachgefragt. Die gängigen Vorgehensweisen der Netzwerke zur Gewinnung neuer Mitglieder – in erster Linie nannten die Befragten in diesem Zusammenhang verschiedene Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und die persönliche Ansprache von potenziellen Kooperationspartnern – scheinen diese Barrieren nicht hinreichend zu überbrücken. Darüber hinaus hatte etwa jedes dritte Netzwerk bereits erfolglos versucht, mit Apotheken oder Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften und jedes fünfte mit Firmen bzw. Unternehmen aus der Privatwirtschaft, anderen Institutionen ohne direkten Versorgungsauftrag, Menschen mit Demenz, Forschungseinrichtungen oder Pflegeschulen in Kooperation zu treten.

Neben der rein quantitativen Beschreibung der Zusammensetzung und einer möglichst differenzierten Darstellung ihrer Struktur sollten die befragten Koordinierenden außerdem die Qualität der Akteurslandschaft ihres Demenznetzwerkes bewerten. Dazu wurde ein Fragenblock vorgelegt, der unterschiedliche Aspekte der Zusammensetzung (u.a. Komplementarität, Kompetenzen, Ressourcen und Vernetzung der Hauptakteure) auf einer Skala von 1 (=unzutreffend) bis 6 (=zutreffend) zu Bewertung vorgab. Die höchste Bewertung erreichte das Item „Zwischen einzelnen Netzwerkakteuren kommt es

immer wieder zu konkurrenzbedingten Konflikten“ (MW=5,0). Da dieses Item invertiert ausgewertet wurde, deutet der hohe Wert darauf hin, dass es in den Netzwerken überwiegend zu gelingen scheint, Konkurrenz unter den Akteuren zu neutralisieren und diese unter einem gemeinsamen Ziel zu versammeln. Die Aussage „Die einzelnen Netzwerkakteure sind mit dem für den Kooperationszweck relevanten Umfeld gut vernetzt“ nahm einen Wert von 4,7 ein.

Etwas weniger Zustimmung erhielten die Items „Alle fachlichen Kompetenzen, die der Kooperationszweck erfordert, sind durch die beteiligten Netzwerkakteure vertreten“ (MW=4,3) und „Die Anzahl der beteiligten Akteure ist für die Netzwerkarbeit ausreichend“ (MW=4,1). Der niedrigste Wert fiel auf die Aussage „Die Netzwerkakteure verfügen über ausreichend zeitliche Ressourcen, um ihre Aufgaben im Netzwerk zufriedenstellend wahrnehmen zu können“ (MW=3,1). Die Zusammenfassung der Items zu einer Gesamtskala „Akteurslandschaft“ erreicht einen Durchschnittswert von 4,0. Zwischen den Polen „unzutreffend“ (=1) und „zutreffend“ (=6) liegt dieser Wert 2,0 Punkte unterhalb der Maximalausprägung und entspricht damit einer mittleren Zustimmung. Besonders auffällig ist, dass 75 Prozent der in der Stichprobe vertretenen Netzwerke dazu tendierten, die zeitlichen Ressourcen ihrer Hauptakteure als nicht ausreichend einzuschätzen, um ihre Aufgaben im Netzwerk zufriedenstellend wahrnehmen zu können.

4.6 Netzwerksteuerung

Zur Erfassung der Steuerung der Demenznetzwerke wurden zunächst unterschiedliche Variablen zur Häufigkeit, Dauer sowie zum Ort der Netzwerktreffen, zu Zielvereinbarungen und Leitbildern, zu Unterarbeitsgruppen sowie zur Einschätzung verschiedener Steuerungsformen abgefragt.

Tabelle 22: Netzwerktreffen (Häufigkeit, Dauer)

	Ø	±	MIN	MAX
Netzwerktreffen in 2015	2,0	1,2	0	6
Netzwerktreffen pro Jahr	4,0	2,0	2	11
Netzwerktreffen Dauer (h)	2,0	0,6	1,5	3,0

Zum Zeitpunkt der Befragung fanden im Jahr 2015 durchschnittlich 2 Treffen pro Netzwerk statt, wobei sich 2 Zusammenschlüsse in 2015 bislang noch nicht getroffen hatten, 1 Netzwerk hatte dagegen bereits 6 Treffen veranstaltet. Nach einem Jahresdurchschnitt befragt, gaben die Koordinierenden im Schnitt 4 Treffen an. Der geringste Wert lag bei 2, der höchste bei 11 Treffen pro Jahr. Durchschnittlich dauerte ein solches Treffen 2 Stunden, das kürzeste dauerte 1,5, das längste 3 Stunden.

Tabelle 23: Netzwerktreffen (Veranstaltungsmodus)

	n	%
Reihum in den beteiligten Einrichtungen	16	57,1
Einrichtung der Netzwerkkoordination	5	17,9
Kommunale Räumlichkeiten	5	17,9
Sonstiges	2	7,1
Gesamt	28	100,0

In den meisten Netzwerken fanden die Treffen in einem rotierenden Veranstaltungsmodus statt, so dass der Veranstaltungsort reihum von einer beteiligten Einrichtung zur nächsten wanderte (57,1 %). An einem festen Ort trafen sich insgesamt 10 der untersuchten Zusammenschlüsse: In jeweils 5 Fällen waren dies Räumlichkeiten der Einrichtung, bei der die Netzwerkkoordination, bzw. der Kommune angesie-

delt waren. Zwei Netzwerke trafen sich an sonstigen Orten.⁷

Tabelle 24: Kooperationsvereinbarung und Leitbild

	n	%
Kooperationsvereinbarung vorhanden	10	35,7
Kooperationsvereinbarung nicht vorhanden	17	60,7
Leitbild vorhanden	11	39,3
Leitbild nicht vorhanden	17	60,7

Die Frage, ob in den Netzwerken als Grundlage der Zusammenarbeit schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Netzwerkakteuren geschlossen wurden, bejahten 10 Koordinierende (35,7 %). In 17 Fällen lag keine solche Vereinbarung vor (60,7 %), in einem Fall wurde hierzu keine Antwort gegeben. Eine ähnliche Verteilung ergab sich für das Vorhandensein eines Leitbildes. Hier waren es 11 Netzwerke, die über ein Leitbild verfügten (39,3 %), während 17 Netzwerke bislang ohne Leitbild agierten (60,7 %). Die Koordinierenden wurden überdies aufgefordert, eine Einschätzung darüber abzugeben, wie hilfreich der Prozess der Leitbilderstellung aus ihrer Sicht bei der Erreichung der Netzwerkziele war. Auf einer Skala von 1 (=gar nicht hilfreich) bis 6 (=absolut hilfreich) erreichten die 11 Befragten im Durchschnitt den Wert 4,0 (MIN=1; MAX=6). Damit wurden Leitbilder offenbar eher als nützlich für die Zielerreichung eingeschätzt. Des Weiteren wurde danach gefragt, inwieweit die Demenznetzwerke zur effizienten Erledigung bestimmter Aufgaben Unterarbeitsgruppen bildeten. Auf diese Form der Arbeitsteilung griffen insgesamt 21 Netzwerke zurück (75 %). Dabei ging es insbesondere um folgende Themen:

⁷ Angaben unter „Sonstiges“: „an verschiedenen möglichst neutralen Orten“; „bei 1 Mitglied“.

Tabelle 25: Thematische Ausrichtung der Unterarbeitsgruppen

	n	%
Veranstaltungsorganisation	17	81,0
Öffentlichkeitsarbeit	15	71,4
Erstellung von Materialien	13	61,9
Projektentwicklung	12	57,1
Sonstige Tätigkeitsbereiche	5	23,8
Formulierung politischer Forderungen	3	14,3

Die Organisation von Veranstaltungen war die häufigste Aufgabe, die von Unterarbeitsgruppen wahrgenommen wurde (81,0%), gefolgt von der Öffentlichkeitsarbeit (71,4%), der Erstellung von Materialien (61,9%) und der Projektentwicklung (57,1%). Nur 3 Netzwerke nannten die Formulierung politischer Forderungen (14,3%), 5 Netzwerke sonstige Tätigkeitsbereiche wie die Leitbilderstellung, Schu-

lungen und die Akquisition von Fördermitteln als Tätigkeitsschwerpunkt von Arbeitsgruppen (23,8%). Um eine differenzierte Einschätzung der Steuerungspraxis in den Netzwerken zu erhalten, wurden den Koordinierenden 7 Items vorgelegt, die unterschiedliche Aspekte der Netzwerksteuerung umfassten (u.a. Zielsteuerung, strategisches und operatives Management, Dokumentation, Legimitation bzw. Akzeptanz der Netzwerkkoordination etc.), die auf einer Skala von 1 (=unzutreffend) bis 6 (=zutreffend) bewertet werden sollten. Nahezu vollständige Zustimmung fanden die Aussagen „Netzwerktreffen werden grundsätzlich protokolliert“ (MW=5,9) sowie „Alle Netzwerkaktivitäten werden schriftlich dokumentiert“ (MW=5,4).

Tabelle 26: Netzwerksteuerung

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Netzwerktreffen werden grundsätzlich protokolliert	-	-	3,6	-	3,6	92,9	5,9	0,6
Die Netzwerkkoordination wird von den übrigen Netzwerkakteuren anerkannt und respektiert	-	-	3,6	7,1	17,9	71,4	5,6	0,8
Alle Netzwerkaktivitäten werden schriftlich dokumentiert	-	-	7,1	14,3	14,3	64,3	5,4	1,0
Zur Entscheidungsfindung kommen stets geregelte Verfahren zum Einsatz (z.B. Mitgliederabstimmung)	7,7	-	7,7	3,8	23,1	57,7	5,1	1,5
Arbeitsergebnisse werden regelmäßig überprüft	-	7,4	11,1	22,2	22,2	35,7	4,7	1,3
Das Netzwerk verfügt über eine klare Arbeitsplanung mit Teilzielen (Meilensteinen)	3,7	7,4	14,8	22,2	29,6	22,2	4,3	1,4
Den einzelnen Akteuren lassen sich Aufgabenprofile und Verantwortlichkeitsbereiche zuordnen	-	7,4	25,9	22,2	18,5	25,9	4,3	1,3
Steuerung (Skala)	-	-	-	-	-	-	5,0	0,8

Schriftliche Ergebnis- und Prozesssteuerung schienen in den untersuchten Zusammenschlüssel offensichtlich eine etablierte Praxis zu sein. Ein Wert von 5,6 ließ zudem auf eine sehr hohe Akzeptanz der Netzwerkkoordination in den Verbänden schließen. Geregelte Verfahren zur Entscheidungsfindung kamen in den meisten Netzwerken ebenso zum Einsatz (MW=5,1), wie die regelmäßige Überprüfung von

Arbeitsergebnissen (MW=4,7).

Die Items „Das Netzwerk verfügt über eine klare Arbeitsplanung mit Teilzielen (Meilensteinen)“ und „Den einzelnen Akteuren lassen sich Aufgabenprofile und Verantwortlichkeitsbereiche zuordnen“ fielen hingegen in der Gesamtbetrachtung mit jeweils 4,3 von den übrigen Werten ab. In mehr als einem Viertel der untersuchten Netzwerke schrieben die Koor-

dinierenden ihrem Verbund keine klare Arbeitsplanung zu und in einem Drittel der Fälle ließen sich den einzelnen Akteuren keine Aufgabenprofile und Verantwortlichkeiten zuordnen.

Zieht man die 7 Items zu einer Gesamtskala⁸ „Steuerung“ zusammen, so erreichte diese einen Mittelwert von 5,0. Zwischen den Polen „unzutreffend“ (=1) und „zutreffend“ (=6) lag dieser Wert nur einen Punkt unterhalb der Maximalausprägung. Nichtsdestotrotz wichen die Bewertungen einzelner Verbünde deutlich vom hohen Durchschnitt ab. Insbesondere mit Blick auf die zentrale Funktion, die der Steuerung im Netzwerkgeschehen zugesprochen werden kann (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.9.2), sollten etwaige Defizite in diesem Bereich reflektiert werden. Entscheidend für die Frage, wie viel Steuerung ein Netzwerk benötigt, um zielorientiert und effizient arbeiten zu können, und wann ein Netzwerk ggf. „übersteuert“ ist, es dadurch kreative Spielräume und Innovationskraft einbüßt, lässt sich an dieser Stelle nicht abschließend beantworten. Im Licht der statistischen Analyse zeigten sich zumindest deutliche Hinweise darauf (vgl. hierzu auch Abschnitt 4.9.1), dass sich zu wenig Steuerung negativ auf den Netzwerkerfolg auswirken kann – so auf die direkte Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz und von pflegenden Angehörigen bzw. die Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem/bürgerschaftlichem Engagement – während sich zu viel Steuerung wiederum negativ auf die politischen Ziele der Netzwerke niederschlagen kann. Das richtige Maß an Steuerung ist daher grundsätzlich im Zusammenhang mit den im Einzelfall verfolgten Netzwerkzielen zu betrachten.

4.7 *Netzwerkinteraktion*

Als ein weiteres Strukturmerkmal zur Beschreibung von Demenznetzwerken wurde die Interaktion innerhalb der einzelnen Verbünde erhoben. Dies geschah entlang von 7 Items, die u.a. den Umgang der einzelnen Netzwerkakteure untereinander, die Reziprozität ihrer Nutzenerwartungen, die Informationszugänglichkeit, die informelle Beziehungsgestaltung etc. erfassten. Zur Bewertung der Interaktion wurden auch diese Fragen mit einer Skala von 1 (=unzutreffend) bis 6 (=zutreffend) ausgegeben.

Mit durchschnittlich 5,7 bzw. 5,4 erreichten die Items „Alle Akteure werden aktiv über wichtige Ereignisse innerhalb des Netzwerks informiert“ und „Die Akteure haben ausreichenden Zugang zu allen relevanten Informationen“ die höchsten Mittelwerte im Fragenblock zur Netzwerkinteraktion. Der Zugang zu und die Weitergabe relevanter Informationen scheinen in allen untersuchten Zusammenschlüssen weitgehend gesichert gewesen zu sein. Nur in Ausnahmefällen gab es in diesem Bereich Abweichungen.

⁸ Die Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala „Steuerung“ ergab insgesamt eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,821$).

Tabelle 27: Interaktion

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Alle Akteure werden aktiv über wichtige Ereignisse innerhalb des Netzwerks informiert	-	3,8	-	-	19,2	76,9	5,7	0,8
Die Akteure haben ausreichenden Zugang zu allen relevanten Informationen	-	3,7	-	11,1	22,2	63,0	5,4	1,0
Es herrscht ein offener und vertrauensvoller Umgang unter den Akteuren	-	3,7	-	11,1	37,0	48,1	5,3	0,9
Durch das Netzwerk werden auch informelle Treffen und Beziehungen gefördert	-	-	7,4	11,1	37,0	44,4	5,2	0,9
Absprachen werden von allen Akteuren verbindlich eingehalten	-	3,7	7,4	22,2	33,3	33,3	4,9	1,1
Alle Akteure profitieren in gleichem Umfang von der Netzwerkarbeit	-	11,1	7,4	25,9	22,2	33,3	4,6	1,3
Manche Partner beteiligen sich nicht aktiv am Netzwerkgeschehen [invertiert!]	37,0	25,9	11,1	18,5	3,7	3,7	2,4	1,4
Interaktion (Skala)	-	-	-	-	-	-	5,2	0,8

Ebenfalls hohe Werte fielen in absteigender Reihenfolge auf die Items „Es herrscht ein offener und vertrauensvoller Umgang unter den Akteuren“ (MW=5,3), „Durch das Netzwerk werden auch informelle Treffen und Beziehungen gefördert“ (MW=5,2), „Absprachen werden von allen Akteuren verbindlich eingehalten“ (MW=4,9) und „Alle Akteure profitieren in gleichem Umfang von der Netzwerkarbeit“ (MW=4,6).

Eine deutliche Differenz vom ansonsten hohen Niveau der Interaktion verzeichnete dagegen das invertiert wiedergegebene⁹ Item „Manche Partner beteiligen sich nicht aktiv am Netzwerkgeschehen“ (MW=2,4). Der niedrige Mittelwert sprach dafür, dass es in den meisten Netzwerken einzelne Akteure gab, die sich nicht in die Interaktion eingebracht haben. Bereits im Vorfeld der Erhebung wurde dieses Phänomen in einem Workshop mit einigen Netzwerkkoordinierenden diskutiert. Dies führte u.a. zu der Entscheidung, die im Abschnitt zur Netzwerkzusammensetzung und Akteurskonstellation vorgenommene Unterscheidung zwischen einem „harten Kern“ an

⁹ Invertierung bedeutet eine diametrale Umcodierung der Antworten, so dass die Werte 1 in 6, 2 in 5, 3 in 4, 4 in 3, 5 in 2 und 6 in 1 umgewandelt werden. Die Invertierung wurde zum Zweck der Reliabilitätsanalyse bzw. der Skalenbildung vorgenommen.

Mitgliedern und einem „erweiterten Umfeld“ vorzunehmen. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die hohe Zustimmung bei der Frage nach „nicht aktiven“ Netzwerkpartnern von den teilweise sehr großen Mitgliederzahlen herrührte, die dem „erweiterten Umfeld“ zuzurechnen sind.¹⁰ Angesichts der ansonsten positiven Bewertungen, die bei den anderen Fragen vorgenommen wurden, schien die Inaktivität einiger Akteure der Interaktion innerhalb des Verbundes offenbar keinen Abbruch zu tun.

Auch im vorliegenden Fall wurde aus den Einzelitems eine Skala gebildet¹¹, um einen Gesamtüberblick über die Einschätzungen zur Interaktion zu bekommen. Die Interaktion-Skala erreicht dabei einen hohen Mittelwert von 5,2. Zwischen den Polen „unzutreffend“ (=1) und „zutreffend“ (=6) rangiert dieser Wert 0,8 Punkte unterhalb der Maximalausprägung.

¹⁰ Diese Überlegung wird außerdem durch die Reliabilitätsanalyse der Items zur Interaktion gestützt, die eine Eliminierung der Frage zu den „inaktiven“ Netzwerkpartnern nahelegt.

¹¹ Die Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala „Interaktion“ ergab – nach Eliminierung des Items „Manche Partner beteiligen sich nicht aktiv am Netzwerkgeschehen“ – insgesamt eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,86$).

4.8 Funktionalität und Nachhaltigkeit

Für die Erhebung der Funktionalität und Nachhaltigkeit der Demenznetzwerke wurden die Koordinierenden zunächst um eine Einschätzung bzgl. der Zielerreichung ihrer Zusammenschlüsse gebeten. Zu diesem Zweck kamen dieselben Zielkategorien zum Einsatz, die bereits im Kapitel zum Zielsystem (s. 4.4)

aufgeführt wurden, wobei es diesmal um eine Erfolgsbewertung durch die Befragten auf den jeweiligen Zielebenen ging. Zur Erfolgsbewertung wurde eine Skala von 1 (= gar kein Erfolg) bis 6 (=sehr großer Erfolg) vorgelegt.

„Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit“ ist das Ziel, bei welchem die Befragten ihren Netzwerken im Durchschnitt die größten Erfolge attestierten (MW=5,1).

Tabelle 28: Zielerfolge

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit	-	-	3,6	21,4	32,1	42,9	5,1	0,9
Kooperation und Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn	3,6	-	7,1	39,3	32,1	17,9	4,5	1,1
Direkte Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz	-	28,6	17,9	21,4	25,0	7,1	3,6	1,3
Direkte Unterstützung von pflegenden Angehörigen	-	21,4	25,0	25,0	25,0	3,6	3,6	1,2
Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem/bürgerschaftlichem Engagement	14,3	10,7	25,0	25,0	7,1	17,9	3,5	1,6
Kooperation und Vernetzung zur Schließung von Versorgungslücken in Einzelfällen	7,1	25,0	14,3	50,0	-	3,6	3,2	1,2
Vorschläge und Angebote zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln (...)	11,1	11,1	37,0	29,6	11,1	-	3,2	1,1
Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion	3,6	28,6	35,7	17,9	10,7	3,6	3,1	1,2

Das Ziel der „Kooperation und Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn“ kam auf einen Mittelwert von 4,5. Jeweils 3,6 erzielten die direkte Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz bzw. die direkte Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die „Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem/bürgerschaftlichem Engagement“ lag im Schnitt bei 3,5. Mit jeweils 3,2 wurden die Erfolge auf den Zielebenen „Kooperation und Vernetzung zur Schließung von Versorgungslücken in Einzelfällen“ und „Vorschläge und Angebote zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln und an die Kommunalpolitik herantragen“ bewertet.

Die Erfolgsbewertung beim Ziel „Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion“ lag im Durchschnitt bei 3,1. Damit sahen die Befragten bei einigen Zielparame- tern nur mittlere Erfolge.

Abschließend sollten die Befragten analog zur Ausstattung, zum Zielsystem, zur Akteurslandschaft sowie zur Steuerung und Interaktion Einschätzungen zur Funktionalität und Nachhaltigkeit ihrer Netzwerke vornehmen. Hierzu wurde ein Fragenblock von 7 Items vorgelegt, der u.a. auf die Funktionalität der Zusammensetzung, die Effektivität und Effizienz der Zusammenarbeit, die Mitgliederentwicklung sowie die Zielsteuerung abhob.

Tabelle 29: Funktionalität und Nachhaltigkeit

	1 in %	2 in %	3 in %	4 in %	5 in %	6 in %	Ø	±
[Es wurden] Wirkungen erzielt, die nur durch die Arbeit als Netzwerk zu erwarten waren	-	3,6	3,6	14,3	42,9	35,7	5,0	1,0
Das Netzwerk ist seit seiner Gründung gewachsen	7,4	3,7	7,4	14,8	22,2	44,4	4,7	1,6
Die Zusammensetzung des Netzwerks ist zur Erreichung der angestrebten Ziele angemessen	-	3,7	3,7	33,3	44,4	14,8	4,6	0,9
Die Situation von Menschen mit Demenz hat sich durch die Netzwerkarbeit in der Region verbessert	-	3,6	25,0	21,4	28,6	21,4	4,4	1,2
Das Verhältnis von Aufwand und erzielter Wirkung ist angemessen	-	3,6	17,9	35,7	32,1	10,7	4,3	1,0
Das Netzwerk arbeitet auf der Grundlage quantifizierbarer Erfolgskriterien (...)	10,7	10,7	14,3	25,0	28,6	10,7	3,8	1,5
Die Vorschläge des Netzwerks werden von (...) politischen Entscheidungsträgern aufgenommen	-	14,3	32,1	21,4	25,0	7,1	3,8	1,2
Funktionalität und Nachhaltigkeit (Skala)	-	-	-	-	-	-	4,4	0,7

Die Befragten waren überwiegend der Auffassung, dass die Netzwerkarbeit einen exklusiven Mehrwert erzeugt: So erreichte das Item „Die Netzwerkpartner haben in der Kooperation Wirkungen erzielt, die nur durch die Arbeit als Netzwerk zu erwarten waren“ einen hohem Mittelwert von 5,0. Im Hinblick auf das Wachstum der Netzwerke seit ihrer Gründung (4,7) und auf das Item „Die Zusammensetzung des Netzwerks ist zur Erreichung der angestrebten Ziele angemessen“ (4,6) sind ebenfalls mehrheitlich positive Einschätzungen zu verbuchen. Auch die Aussagen „Die Situation von Menschen mit Demenz hat sich durch die Netzwerkarbeit in der Region verbessert“ und „Das Verhältnis von Aufwand und erzielter Wirkung ist angemessen“ erreichen bei Durchschnittswerten von 4,4 bzw. 4,3 eine eher hohe Zustimmung.

Mit jeweils durchschnittlich 3,8 erzielten die Items „Das Netzwerk arbeitet auf der Grundlage quantifizierbarer Erfolgskriterien (z.B. Anzahl durchgeführter Veranstaltungen, Weiterbildungen, erreichter Zielgruppenvertreter etc.)“ und „Die Vorschläge des Netzwerks werden von Meinungsführern und politischen Entscheidungsträgern aufgenommen“ die niedrigsten Werte in dieser Skala. Bei der Zusammenfassung der Items zur Skala „Funktionalität und Nachhaltigkeit“¹² ergab sich dennoch ein eher hoher Mittelwert von 4,4.

¹² Die Reliabilitätsanalyse der Gesamtskala „Funktionalität und Nachhaltigkeit“ ergab insgesamt eine befriedigende interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha=0,70$).

4.9 Darstellung statistischer Zusammenhänge

Im Zentrum der folgenden Ausführungen stand die Fragestellung, inwieweit bestimmte Strukturmerkmale der Demenznetzwerke miteinander in Zusammenhang stehen bzw. welche dieser Strukturmerkmale den Erfolg der Netzwerkarbeit beeinflussen. Zu diesem Zweck wurden verschiedene statistische Analysen durchgeführt. Freilich lassen statistische Zusammenhänge keine eindeutigen Schlüsse über Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen einzelnen Variablen zu. Durch diese konnten jedoch empirisch fundierte Plausibilitätsannahmen aufgestellt werden, die in den nachfolgenden Abschnitten dargestellt und im letzten Kapitel dieses Berichts zusammenfassend diskutiert werden sollen.

Zusammenhänge zwischen Netzwerkeigenschaften und Zielerfolgen

Da zur Analyse immer wieder ein Rückgriff auf die in den vorigen Kapiteln entwickelten Skalen erfolgte („Ausstattung“, „Zielsystem“, „Akteurslandschaft“, „Steuerung“, „Interaktion“ sowie „Funktionalität und Nachhaltigkeit“), werden diese hier noch einmal zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 30: Skalenübersicht

	\bar{x}	\pm
Ausstattung	3,7	1,2
Zielsystem	4,8	1,0
Akteurslandschaft	4,0	0,9
Steuerung	5,0	0,8
Interaktion	5,2	0,8
Funktionalität und Nachhaltigkeit	4,4	0,7

Zunächst wurden die Skalen mit den Items zu den Zielerfolgen korreliert¹³, die bereits an anderer Stelle vorgestellt wurden (s. 4.8), um zu sehen, welche Netzwerkeigenschaften wesentlichen Einfluss auf den Gesamterfolg der Zusammenschlüsse hatten. Zur einfacheren Übersicht werden im Folgenden nur diejenigen Korrelationen aufgeführt, die auch statistisch bedeutsam sind.

Tabelle 31: Korrelationen Ausstattung*Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Ausstattung	Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion	0,452**	0,009
	Information, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit	0,327*	0,048

Mit Blick auf die finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen der Demenznetzwerke zeigte sich, dass diesen vor allem bei den Zielen „Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion“ sowie „Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit“ eine besondere Rolle zuzukommen scheint. Die Ausstattung der Netzwerke korrelierte relativ stark auf einem hochsignifikanten Niveau mit Erfolgen beim Ziel gesellschaftlicher Teilhabe und Inklusion ($r=.452$; $p=.009$) und etwas schwächer mit „Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit“ ($r=.327$; $p=.048$). Reformuliert bedeutet dies: Je besser die Ressourcenausstattung der Netzwerke, desto größer die Erfolge bei diesen Zielen.

¹³ Aufgrund des Ordinalskalenniveaus der Daten und seiner Robustheit gegenüber Ausreißern (v.a. mit Blick auf die relativ geringe Stichprobengröße) wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ermittelt. Die Stärke des ermittelten Zusammenhangs (r) wird im Wertebereich zwischen 1 und -1 angegeben. Je weiter ein Wert von 0 entfernt liegt, desto stärker ist der statistische Zusammenhang. Zusätzlich wurde die statistische Signifikanz der Zusammenhänge bestimmt. Signifikanz bezeichnet den Sachverhalt, dass Unterschiede oder Zusammenhänge zwischen Variablen im Rahmen einer definierten Irrtumswahrscheinlichkeit nicht zufällig zustande gekommen sind (*signifikant $p \leq 0,05$; **hochsignifikant $p \leq 0,01$).

Tabelle 32: Korrelationen Zielsystem*Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Ziel-system	Vorschläge zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln und an die Politik herantragen	0,348*	0,041

Das Zielsystem der Netzwerke wurde weiter oben (s. 4.4) im Zusammenhang mit Fragestellungen erörtert, inwieweit Klarheit und Verständlichkeit bzgl. der strategischen Ziele innerhalb der Zusammenschlüsse herrschten, eine Ausrichtung des Akteurshandelns auf Ziel- und Wirkungsorientierung erfolgte und Komplementarität zwischen Partialinteressen einzelner Netzwerkakteure mit dem Gesamtzweck des Zusammenschlusses bestand. Vor dem Hintergrund der korrelativen Analyse scheint die Qualität des Zielsystems vor allem für eine erfolgreiche „Politikbeeinflussung“ von entscheidender Bedeutung zu sein. Je besser die befragten Koordinierenden ihr Zielsystem einschätzten, desto größere Erfolge attestierten sie ihrer Netzwerkarbeit bei dem Ziel, Vorschläge und Angebote zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen zu entwickeln und an die Kommunalpolitik heranzutragen ($r=.348$; $p=.041$).

Tabelle 33: Korrelationen Akteurslandschaft*Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Akteurs-landschaft	Direkte Unterstützung von Menschen mit Demenz	0,352*	0,033

Mit Blick auf die Akteurslandschaft wurden zunächst mögliche Zusammenhänge zwischen der Netzwerkgröße und den Zielerfolgen getestet. Hierbei ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse – weder für die Gesamtgröße, noch für den harten Kern oder das erweiterte Umfeld eines Demenznetzwerkes. Zumindest in der untersuchten Stichprobe scheint also die Größe eines Netzwerkes für dessen Erfolg keine Rolle zu spielen. Die Akteurslandschaft wurde an anderer Stelle (s. 4.5) jedoch nicht nur in Hinblick auf die Quantität, sondern vor allem vor dem Hintergrund der Güte der Zusammensetzung der jeweiligen Verbände besprochen. Als entscheidend wurde hier vor allem festgehalten, inwieweit ein Netzwerk über

ausreichend Akteure verfügte, um alle für den Kooperationszweck notwendigen Kompetenzen abrufen zu können und inwieweit es gelang, Konkurrenz innerhalb des Zusammenschlusses zu neutralisieren. Im Licht der Datenanalyse zeigte sich, dass die Akteurslandschaft besonders für das Ziel der direkten Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz relevant zu sein scheint. Je besser die Befragten die Akteurslandschaft ihrer Netzwerke beurteilten, desto größer schätzten sie zugleich die Erfolge hinsichtlich der direkten Betroffenenunterstützung ein ($r=.352$; $p=.033$).

Tabelle 34: Korrelationen Steuerung*Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Steue-rung	Direkte Unterstützung von Menschen mit Demenz	0,336*	0,046
	Direkte Unterstützung Angehöriger	0,398*	0,022
	Unterstützung und Gewinnung von Ehrenamtlichen	0,356*	0,037
	Vorschläge zur Verbesserung von Versorgungsstrukturen entwickeln und an die Politik herantragen	-0,562**	0,002

Die Qualität der Steuerung erwies sich bzgl. verschiedener Zielebenen als bedeutsam. Für Erfolge hinsichtlich der direkten Unterstützung sowohl von pflegenden Angehörigen ($r=.398$; $p=.022$), als auch von Menschen mit Demenz selbst ($r=.336$; $p=.046$), spielte die Netzwerksteuerung offenbar eine wichtige Rolle: Die Erfolge waren hier umso größer, je eher die Arbeitsprozesse in den Verbänden einem gezielten Management folgten und dokumentiert wurden, und je mehr Akzeptanz die Moderatorenfunktion der Netzwerkkoordinatoren genoss. Gleiches gilt für die Unterstützung und Gewinnung von Ehrenamtlichen ($r=.356$; $p=.037$). Interessanterweise konnte sich eine starke formale Steuerung aber auch negativ auf Netzwerkerfolge auswirken. Dies zeigte sich ausdrücklich bei den Zielerfolgen zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen von Versorgungsstrukturen und der damit intendierten Beeinflussung der Kommunalpolitik ($r=-.562$; $p=.002$).

Strukturierte Prozessvorgaben und formalisierte Entscheidungswege schienen diesem Ziel eher abträglich zu sein.

Tabelle 35: Korrelationen Interaktion*Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Interaktion	Information, Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit	0,432*	0,014
	Direkte Unterstützung Angehöriger	0,332*	0,049

Die Ebene der Interaktion behandelte u.a. den Umgang der einzelnen Netzwerkakteure untereinander, die Reziprozität ihrer Nutzenerwartungen, die Informationszugänglichkeit sowie die informelle Beziehungsgestaltung innerhalb des Kooperationsgefüges. Bezogen auf die Netzwerkerfolge stand Interaktion vor allem mit den Zielen der Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit ($r=.432$; $p=.014$) sowie der direkten Unterstützung von pflegenden Angehörigen ($r=.332$; $p=.049$) in Zusammenhang. Je besser die befragten Koordinatoren die Interaktion in ihrem Netzwerk bewerteten, desto erfolgreicher beurteilten sie ihre Arbeit in Hinblick auf diese beiden Ziele.

Tabelle 36: Korrelationen Funktionalität und Nachhaltigkeit *Zielerfolge

Skala	Zielerfolge	r	p
Funktionalität und Nachhaltigkeit	Kooperation zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn	0,475**	0,007
	Direkte Unterstützung von Menschen mit Demenz	0,670**	<0,001
	Direkte Unterstützung Angehöriger	0,634**	<0,001
	Unterstützung und Gewinnung von Ehrenamtlichen	0,679**	<0,001

Die Funktionalität der Zusammensetzung, die Effektivität sowie die Interaktion in den Netzwerken auswirkten. und Effizienz der Zusammenarbeit, die Mitglieder- und Denn es erscheint zunächst ebenso plausibel, dass Mitgliederinnenentwicklung und die Zielsteuerung bspw. eine vorteilhafte Akteurslandschaft bzw. wurden an anderer Stelle im Kontext der Funktionalität Netzwerkzusammensetzung oder ein von gutes und Nachhaltigkeit eines Netzwerkes diskutiert (s. 4.8). Arbeitsklima und positive Beziehungen unter den

Hierbei zeigten sich sehr deutliche statistische Zusammenhänge zu Zielerfolgen bei der Kooperation und Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn ($r=.475$; $p=.007$), bei der direkten Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz ($r=.670$; $p<.001$) bzw. pflegenden Angehörigen ($r=.634$; $p<.001$) sowie bei der Unterstützung und Gewinnung von ehrenamtlichem bzw. bürgerschaftlichem Engagement ($r=.679$; $p<.001$).

Zusammenhänge zwischen Steuerung und anderen Netzwerkeigenschaften

Analog zur Vorgehensweise bei der Korrelationsanalyse zu den Netzwerkeigenschaften und den Zielerfolgen wurde untersucht, inwieweit die verschiedenen Wesensmerkmale der Netzwerke miteinander in Verbindung standen. Dabei kristallisierte sich die Netzwerksteuerung als dasjenige Merkmal heraus, welches als einziges mit allen anderen Merkmalen korrelierte und zugleich die stärksten Zusammenhänge aufwies.

Tabelle 37: Korrelationen Steuerung*Skalen

Skala	Skalen	r	p
Steuerung	Ausstattung	0,372*	0,031
	Zielsystem	0,464**	0,010
	Akteurslandschaft	0,331*	0,049
	Interaktion	0,697**	<0,001
	Funktionalität und Nachhaltigkeit	0,598**	0,001

Die Testung ergab – mit Blick auf die Effektstärke in aufsteigender Reihenfolge dargestellt – Korrelationen zwischen der Netzwerksteuerung und der Akteurslandschaft ($r=.331$; $p=.049$), der Ressourcenausstattung ($r=.372$; $p=.031$), dem Zielsystem ($r=.464$; $p=.010$), der Funktionalität und Nachhaltigkeit ($r=.598$; $p=.001$) und der Interaktion ($r=.697$; $p<.001$). Diese Ergebnisse lassen sich allerdings nicht ohne kritische Reflexion dahingehend interpretieren, dass sich eine gute Steuerungspraxis automatisch positiv auf die Akteurslandschaft, die Ausstattung, das Zielsystem, die Funktionalität und Nachhaltigkeit

Partnern (Interaktion) die Steuerbarkeit des Netzwerkgeschehens vereinfachen.

Dessen ungeachtet spricht doch einiges für die Netzwerksteuerung als wichtigen Einflussfaktor, sowohl bzgl. der Zielerfolge (s. 4.9.1), als auch bzgl. anderer Netzwerkeigenschaften. Betrachtet man, wie Steuerung in der Befragung genauer gefasst wurde, so kamen bspw. eine gute finanzielle und materielle Ausgangslage oder eine optimale Akteurszusammensetzung nicht wirklich als Voraussetzungen dafür in Betracht, dass ein Netzwerk einer klaren Arbeitsplanung mit Teilzielen folgte, seine Arbeitsfortschritte dokumentierte, protokollierte und regelmäßig überprüfte und verbindliche Regelungen zur Entscheidungsfindung einhielt. Vielmehr konnte das Gegenteil als wahrscheinlich angenommen werden, etwa wenn die Steuerungspraxis dazu beitrug, durch gezielte Akquise bestimmter Mitglieder die Zusammensetzung der Netzwerke zu optimieren, oder indem sie eine indirekte Selektion solcher Akteure bewirkte, die den Struktur- und Prozessvorgaben im Netzwerkgefüge nicht folgen konnten oder wollten. Auch mit Blick auf die Ausstattung der Netzwerke kann angenommen werden, dass der Umgang mit (zum Teil öffentlichen) Fördermitteln, Spenden usw. ein gewisses Maß an Steuerung voraussetzte.

4.10 Erfolge und Hindernisse

Zu einigen Themen wurde den Befragten zusätzlich die Möglichkeit gegeben, ausführlicher Stellung zu beziehen. So konnten sie mittels offener Textfelder in eigenen Worten beschreiben, worin aus ihrer Sicht der Erfolg ihrer Netzwerke besteht, welche Hindernisse der Netzwerkarbeit im Wege stehen und welche Unterstützungsformen sie sich wünschen würden. Die inhaltsanalytische Auswertung der so entstandenen Textdaten wird im Folgenden dargestellt.

Auf die Frage „Wie definieren Sie selbst den Erfolg Ihres Netzwerks?“ antworteten 27 der befragten 28 Koordinatoren und Koordinatorinnen. Zur Auswertung wurden aus dem empirischen Material Antwortkategorien gebildet, durch die sich die Aussagen strukturieren und vergleichend analysieren ließen.

Tabelle 38: Erfolgsmerkmale aus Sicht der Netzwerkkoordination

	n ¹⁴
Enge Zusammenarbeit / Kooperation / Informationsaustausch / gutes Arbeitsklima	16
Hohe Präsenz des Themas Demenz und des Netzwerks in der Bevölkerung	11
Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Artikel, Publikationen, Veranstaltungen)	9
Projektarbeit / innovative Projekte	5
Erfolgreiche Umsetzung der Zielsetzungen	4
Betreuungsangebot / Aufbau einer Tagesbetreuung	2
Erweiterung des Netzwerks	1
Teilweise kein Erfolg	1

Das am häufigsten wiederkehrende Motiv in den Erfolgsdefinitionen der Befragten bezog sich auf eine besondere Qualität in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Netzwerkpartnern und mit den Akteuren aus dem relevanten Umfeld der Netzwerkarbeit (n=16). Beispielhaft für die Qualität der Kooperation konnten folgende Aussagen angeführt werden: „Enges Zusammengehörigkeitsgefühl“, „vertrauensvolle Zusammenarbeit“, „Transparenz“, „Abbau von Konkurrenzen“, „gute Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen“.

Häufig wurde als Erfolgsmerkmal in den Beschreibungen zudem eine „hohe Präsenz des Themas Demenz in der Gesellschaft“ bzw. eine „positive Resonanz der Bevölkerung über die Netzwerkarbeit“ genannt (n=11), etwa wenn davon berichtet wurde, dass sich „Einstellung und Wissen zu Demenz (...) in der Bevölkerung positiv verändert“ hatten. Damit zusammen hing auch die Bedeutung einer gelungenen Öffentlichkeitsarbeit, die eine relevante Gruppe von Befragten als Erfolgsfaktor definierte (n=9). Andere Antworten bezogen sich eher auf die Initiierung von Weiterentwicklungen im Netzwerk bzw. in der Versorgungsregion, wenn es z.B. um die Durchführung von Projekten (n=5), den Aufbau neuer Betreuungsangebote (N=2) oder um die Erweiterung des Netzwerks (n=1) ging. In einem Netzwerk wurde außerdem das Ausbleiben von Erfolgen thematisiert: „Ziele konnten aufgrund abnehmender Beteiligung im Netzwerk nur teilweise erreicht werden. Es ist ein ‚Neustart‘ geplant.“ Im Rahmen der Workshops

¹⁴ Wegen der kleinen Grundgemeinsamkeiten bei den offenen Fragen wird auf eine Prozentuierung verzichtet.

wurde in diesem Zusammenhang diskutiert, dass Netzwerke unterschiedliche Phasen durchlaufen. Während am Anfang viel Engagement in die Aufbauarbeit fließt, stünden ältere Netzwerke häufiger vor der Herausforderung, neue Themen zu finden, mit denen sie die Mitwirkenden nachhaltig für eine weitere Arbeit im Netzwerk interessieren könnten.

Die Frage „Was behindert Sie bei Ihrer Netzwerkarbeit?“ wurde von insgesamt 25 Befragten beantwortet. Als häufigste Hinderungsgründe wurden dabei fehlende finanzielle und personelle Ressourcen (n=14) und mangelnde Zeitressourcen der Netzwerkpartner (n=8) genannt. Diese Einschätzungen bekräftigten noch einmal die Ergebnisse zur Ressourcenausstattung der Netzwerke (vgl. Abschnitt 4.3) sowie den Eindruck der Befragten, dass die Netzwerkpartner häufig nicht über ausreichende zeitliche Ressourcen verfügten, um ihre Aufgaben wahrnehmen zu können (vgl. Abschnitt 4.5).

Tabelle 39: Hindernisse bei der Netzwerkarbeit

	n
Fehlende finanzielle und personelle Ressourcen	14
Mangelnde Zeitressourcen der Netzwerkpartner	8
Keine Unterstützung von Seiten der (lokalen) Politik	3
Wettbewerbssituation / Konkurrenzdenken	3
Keinen eindeutigen Kooperationsvertrag, keine verbindliche Struktur	3
Schwierige Kooperation zu Hausärzten/Hausärztinnen	2
Schwierige Koordination der Akteure	2
Kleines Spektrum an Netzwerkpartnern	1

Jeweils dreimal wurde seitens der Befragten auf fehlende Unterstützung seitens der Politik („Es ist sehr schwer, eine Unterstützung durch die Politik zu bekommen“), eine Wettbewerbs- / Konkurrenzsituation unter den Akteuren („Trotz aller Zusammenarbeit ist die Wettbewerbssituation deutlich spürbar und sorgte auch in der Vergangenheit für Gesprächsstoff innerhalb der Sitzungen“) sowie einen Mangel an verbindlichen Vereinbarungen bzw. Strukturen in der Kooperation („Die kontinuierliche Netzwerkarbeit/Management ist zu stark an die derzeitige Netzwerkkoordination angekoppelt. Es gibt keine Vertretungsregelung oder Übernahme von kontinuierlichen

Aufgaben“) verwiesen. Zudem wurde, wie bereits ausführlich in Abschnitt 4.5 dargelegt, auf die schwierige Beteiligung von Hausärzten und Hausärztinnen („Sehr schwierig gestaltete es sich, Hausärzte zur Kooperation zu bewegen“) eingegangen und es wurden außerdem allgemeine Probleme bei der Koordination der Netzwerkakteure geschildert („so unterschiedliche Akteure unter einen Hut kriegen“). In einer Einzelnennung wurde ein zu kleines Spektrum an Netzwerkpartnern als Erschwernis bezeichnet.

Zu allgemeinen Unterstützungswünschen äußerten sich 24 der 28 Befragten. Bei der Auswertung ergab sich eine Vielzahl von Einzelnennungen, die teilweise stark einzelfallspezifisch, teilweise aber auch nur als Schlagworte formuliert waren, so dass sie nicht weiter verwertet werden konnten. Nichtsdestotrotz gab es einige wiederkehrende Motive: In Analogie zu den hinderlichen Faktoren bezogen sich die häufigsten Unterstützungswünsche auf finanzielle und materielle Unterstützung (n=13) sowie auf Unterstützung durch die Politik (n=5). Exemplarisch seien hier folgende Aussagen angeführt: „Unterstützung durch politische Gremien, z.B. Sozialausschuss“, „Ein Budget, das unkompliziert abgerufen werden kann - und das ich auch ansammeln kann“, „einen Farbdrucker oder unkompliziertere Kostenübernahme für Druckerzeugnisse, regelmäßige und verlässliche finanzielle Unterstützung“. Aus den Einzelnennungen soll diejenige herausgegriffen werden, die sich auf eine stärkere Verbindlichkeit und Standardisierung der Netzwerkarbeit bezieht. So wünschte sich ein Befragter eine Stellen- und Aufgabenbeschreibung, durch die das Anforderungsprofil für die Koordinatoren transparent und auch für Außenstehende nachvollziehbar werden könnte.

Tabelle 40: Unterstützungswünsche (allgemein)

	n
Finanzielle, materielle Unterstützung	13
Unterstützung durch die Politik, Ansprechpartner auf Kreisebene	5
Feste Institutionen, die sich schwerpunktmäßig dem Thema widmen	1
Stellen und Aufgabenbeschreibung von Seiten des Landes (verbindliche Struktur)	1
Mehr Beteiligung der Akteure	1
Unterstützung bei der Vorbereitung und Nachbereitung	1
Öffentlichkeitsarbeit	1
Zusätzliche Beratungs- und Koordinierungsstelle für Demenz	1
Weiterbildung	1

Auf die Frage „Welche Unterstützung wünschen Sie sich speziell durch das Landes-Netz-Werk Demenz (bzw. durch die LZG-Referenten)?“ antworteten schließlich 24 der befragten 28 Koordinatoren. Am häufigsten thematisierten die Befragten neben der finanziellen und materiellen Unterstützung („finanzielle Unterstützung bei einzelnen Projekten“, „Bereitstellung von Materialien zur Weitergabe im Rahmen von Veranstaltungen“, „ggf. Ausbau der Internet-Plattform, eventuell auch mit einem geschützten Bereich für die Netzwerke“) (n=10), dass sie sich vor allem neue Impulse wünschten (n=7) („Impulsgebung“, „Inputs für die Treffen“, „Inputs bei Neuerungen“, „Vermittlung von Ideen aus anderen Netzwerken, neue Impulse“). In 6 Aussagen wird darauf Bezug genommen, dass die Unterstützung durch die LZG grundsätzlich ausreichend ist und daher keine speziellen Unterstützungswünsche vorliegen, was für eine hohe Zufriedenheit der Koordinatoren mit der Arbeit der LZG spricht.

Tabelle 41: Unterstützungswünsche (LZG)

	n
Finanzielle und materielle Unterstützung	10
Impulse / Vermittlung von Ideen und Informationen	7
Unterstützung ist ausreichend	6
Beratung, Seminare	4
Vermittlung von Referenten/innen	2
Unterstützung bei der Kooperation mit politischen Akteuren	2
Unterstützung bei der Umsetzung von Zielen	1
Öffentlichkeitsarbeit	1
Mehr Anwesenheit, Moderation	1

Weitere Wünsche bezogen sich auf die Intensivierung von Beratung und auf zusätzliche Seminare („Seminare z.B. über Leuchtturmprojekte“, „Beratung und Unterstützung, wie Finanzierung von Projekten erfolgen kann“), auf die Vermittlung von Referenten und Referentinnen durch die LZG für Veranstaltungen (n=2), die Unterstützung bei der Kooperation mit politischen Akteuren (n=2), die Unterstützung bei der Umsetzung von Netzwerkzielen (n=1), die Öffentlichkeitsarbeit (n=1) sowie auf den Wunsch nach generell mehr Anwesenheit und Moderation durch die LZG (n=1).

5. Zusammenfassung und Resümee

Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) hat die vorliegende Studie zur Situation von Demenznetzwerken in Rheinland-Pfalz in Auftrag gegeben, um die Vergleichbarkeit der Netzwerkarbeit herzustellen sowie um eine Datengrundlage für die strategische Weiterentwicklung der Netzwerke zu erhalten. Zudem sollten förderliche und hemmende Faktoren für die Netzwerkarbeit herausgearbeitet werden. Zum Zeitpunkt der im Zentrum des empirischen Programms stehenden Befragung der Koordinierenden gab es 40 Netzwerke, von denen sich 70 Prozent an dem Projekt beteiligten. Auf der Grundlage des soliden Rücklaufs lassen sich vergleichende Aussagen zur Umsetzung und zu den Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit formulieren.

Die Abfrage von Grunddaten verdeutlichte zunächst die große Heterogenität der Netzwerke. Dies betrifft insbesondere die Frage, wer die Initiative zur Netzwerkgründung übernahm, wo das Netzwerk angesiedelt ist und wie lange es schon besteht. Auch die Ressourcenausstattung der Netzwerke differiert stark und speist sich aus sehr unterschiedlichen Quellen und Mischfinanzierungen. Bei einem durchschnittlichen Jahresbudget von rund 1.200 Euro, verfügt die Hälfte der Netzwerke über keine finanziellen Ressourcen. Die zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen werden von den Netzwerken meist als unzureichend bewertet. Dies spiegelt sich auch in den offenen Fragen, bei denen dieser Aspekt am häufigsten als Hindernis der Netzwerkarbeit bezeichnet bzw. als Unterstützungswunsch geäußert wurde. Aus der statistischen Analyse lässt sich zudem ableiten, dass eine angemessene finanzielle Ausstattung der Netzwerke vor allem für die Information der Öffentlichkeit und damit auch für die Sicherung sozialer Teilhabe von Menschen mit Demenz eine wichtige Voraussetzung bildet. Sollen die Netzwerke auch zukünftig in diesem Tätigkeitsfeld Akzente setzen, muss eine gesicherte Gegenfinanzierung dieser Aufgaben gewährleistet werden.

Einheitlichkeit besteht hingegen in der beruflichen Besetzung der Koordinierenden, die weit überwiegend von Sozialarbeitern, Sozialarbeiterinnen und seltener von Pflegekräften übernommen wird und im vierteljährlichen Rhythmus der Treffen, die meist reihum in den beteiligten Einrichtungen stattfinden.

Als Hauptzielsetzungen nennen die Netzwerke die Öffentlichkeitsarbeit, unter der, wie in den Workshops besprochen, eine ganze Reihe von Aktivitäten subsumiert wird, sowie die Vernetzung zur Erhöhung von Transparenz und zum Ressourcengewinn. Je nach Netzwerk werden von den Koordinierenden auch weitere Ziele genannt, die eher in Richtung eines Care Managements ausgerichtet sind, wie z.B. das Schließen von Versorgungslücken oder die Gewinnung von bürgerschaftlichem Engagement. Handlungsbedarfe lassen sich aus der Qualität des Zielsystems ableiten, bei der eine relevante Gruppe von Befragten auf Probleme in der Vereinbarkeit von Partial- und Gesamtinteressen des Netzwerks verwiesen hat. Auch in den offenen Fragen wurde dieser

Aspekt deutlich benannt. So bezeichnete ein Teil der Befragten die Wettbewerbssituation und das Konkurrenzdenken der Mitwirkenden als Hindernis der Netzwerkarbeit und gab an, dass es schwierig sei, die Akteure mit ihren Eigeninteressen zu koordinieren.

Auch die statistische Analyse ermöglicht Aussagen zu diesem Aspekt: Je stärker sich die Netzwerkkoordinatoren in der Qualität ihres Zielsystems einschätzen, etwa in der Frage, ob die Ziele klar und verständlich formuliert und von den Netzwerkpartnern geteilt werden, desto erfolgreicher können sie offenbar Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen entwickeln und an die Kommunalpolitik herantragen. Ob es gelingt, die Mitwirkenden des Netzwerks auf eine gemeinsame Zielrichtung einzuschwören und damit die Bedeutung von Einzelinteressen der Trägere in den Hintergrund zu rücken, scheint demnach für die politische Durchschlagskraft von entscheidender Bedeutung zu sein. An diesem Punkt wäre eine Vertiefung der Hintergründe und Konfliktlinien sinnvoll, um die Netzwerke unterstützen zu können, wie Konkurrenzsituationen wirkungsvoll zu entschärfen und eine gemeinsame Zielfindung zu erleichtern wäre.

Das Interesse an der Netzwerkarbeit ist bei den verschiedenen Gruppen unterschiedlich. Bei großen Abweichungen beteiligen sich durchschnittlich 17 Personen am harten Kern der Netzwerkarbeit, weitere 26 Mitglieder kommen eher sporadisch hinzu. Die Größe des Netzwerks hat nach den Ergebnissen der statistischen Analyse jedoch keine Auswirkungen auf den Netzwerkserfolg. Meistens bilden stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkte sowie Mitarbeitende aus Kommunen und Krankenhäusern die zentrale Säule der Netzwerke. Unabhängig vom Netzwerk gehen aus der Auswertung jedoch erhebliche Probleme hervor, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen für eine Mitarbeit am Netzwerk zu gewinnen, auch wenn die Netzwerke in dieser Richtung erhebliche Anstrengungen unternehmen. Auch Menschen mit Demenz sind selten Hauptakteure in den Demenznetzwerken. In diesem Zusammenhang ist darauf zu verweisen, dass die meisten Netzwerke darunter leiden, dass die professionellen Akteure nicht über ausreichend zeitliche Ressourcen verfügen, um ihre Aufgaben im Netzwerk zufriedenstel-

lend wahrnehmen zu können. Dieser Aspekt wurde auch in den offenen Fragen als Hindernis der Netzwerkarbeit benannt. Auch die statistische Analyse belegt, dass sich die Qualität der Netzwerkzusammensetzung insbesondere in der Frage als bedeutsam erweist, inwieweit durch das Netzwerk die direkte Unterstützung von Menschen mit Demenz verbessert werden kann. An diesem Punkt wäre ein fachlich moderierter Workshop anzuregen, in dem Strategien zur Gewinnung schwieriger Akteursgruppen gemeinsam mit den Netzwerken herausgearbeitet werden.

Von zentraler Relevanz für den Netzwerkerfolg ist die Frage, wie die Netzwerke gesteuert werden. Die statistische Analyse belegt, dass die Netzwerksteuerung dasjenige Merkmal darstellt, welches als einziges mit allen anderen Merkmalen korreliert und zugleich die stärksten Zusammenhänge aufweist. Wie die Koordinatoren ihre Steuerungsaufgaben insgesamt wahrnehmen, ist jedoch durchaus unterschiedlich. Während zwar Einigkeit darin besteht, dass die Organisation der Treffen (Einladung der Teilnehmenden, inhaltliche Vorbereitung, Moderation, Ergebnisicherung) von den Koordinierenden zu übernehmen ist, steht die Weiterentwicklung der Netzwerke, etwa durch die Akquise zusätzlicher Teilnehmer oder durch die Schaffung von Arbeitsgrundlagen nicht immer im Zentrum des Tätigkeitsfeldes. Im Rahmen der Workshops wurde diskutiert, dass die Koordinierenden vor dem Hintergrund ihrer engen zeitlichen Ressourcen durch die Organisationsarbeit rund um die Treffen bereits so belastet seien, dass häufig die Zeit für weiterführende Aufgaben im Sinne eines stärker versorgungsorientierten Care Managements nicht zur Verfügung stehe. Angeregt wurde in diesem Zusammenhang, den Koordinierenden eine Büroassistenz zur Verfügung zu stellen, um zeitliche Freiräume für weitergehende Aufgaben zu schaffen.

Im Hinblick auf die Netzwerksteuerung sind die Erfolge nach den Ergebnissen der statistischen Analyse umso größer, je eher die Arbeitsprozesse in den Verbänden einem gezielten Management folgen und dokumentiert werden und je mehr Akzeptanz die Netzwerkkoordinierenden genießen. Aus diesem Befund kann abgeleitet werden, dass eine gewisse Formalisierung und Standardisierung der Netzwerk-

arbeit offenbar förderlich für den Netzwerkerfolg ist. Mit dieser Anforderung gehen die Netzwerke jedoch unterschiedlich um. Selten verfügen die Netzwerke über eine Rechtsform und die meisten arbeiten ohne schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder Leitbilder. Nicht immer gibt es zudem eine klare Arbeitsplanung und den Netzwerkmitgliedern werden teilweise keine Verantwortlichkeiten oder Aufgaben zugeordnet. In den offenen Fragen wurde vereinzelt der Wunsch nach einer Stellen- und Aufgabenbeschreibung geäußert, durch die das Anforderungsprofil für die Koordinatoren transparent und auch für Außenstehende nachvollziehbar werden könnte. Die Vor- und Nachteile einer stärkeren Standardisierung der Netzwerkarbeit sowie Ideen zu einer möglichen Umsetzung sollten im Rahmen eines moderierten Workshops mit den Koordinierenden diskutiert werden. Ein erster Vorschlag in dieser Richtung wurde bereits im Rahmen des Projekts eingebracht. Hierbei ging es um eine Vereinheitlichung von Befragung der Teilnehmenden bei den von den verschiedenen Netzwerken durchgeführten Veranstaltungen. Zu betonen ist aber auch das Ergebnis, dass es sich kontraproduktiv auswirkt, wenn die Flexibilität in Netzwerken durch ein Übermaß an Regulierung völlig verloren geht.

Insgesamt ist zu betonen, dass es in Rheinland-Pfalz gelungen ist, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Demenznetzwerken aufzubauen, durch deren Arbeit vielfältige Impulse für eine Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen gesetzt werden. Dies betrifft neben der Erhöhung des Informationsniveaus in der Bevölkerung in erster Linie auch eine bessere Kooperation und Verzahnung der Hilfeanbieter. Mit Unterstützung des Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG) wird zudem sichergestellt, dass die Netzwerke in ihrer schwierigen Arbeit fachlich unterstützt werden und sich im Rahmen des Landes-Netz-Werks Demenz austauschen können. Als wichtigste Erfolgsfaktoren der Netzwerkarbeit haben sich in der vorliegenden Studie die finanzielle Ausstattung, die Netzwerkkoordination sowie die Frage herausgestellt, ob die Netzwerke eine richtige Zusammensetzung aus Akteuren mit dem entsprechenden Knowhow und mit zeitli-

chen Ressourcen gewinnen können und inwieweit es gelingt, sich auf gemeinsame Ziele zu verständigen, die die Bedeutung von Partialinteressen in den Hintergrund drängen

Zugleich scheint es von großer Bedeutung zu sein, die Arbeitsprozesse stärker zu planen, aufeinander abzustimmen und effizient zu gestalten. Die genannten Erfolgsfaktoren sollten zukünftig in den Mittelpunkt weiterer Planungen und Anstrengungen gerückt werden, um die Unterstützungsleistungen für die Koordinierenden und die Mitwirkenden in den Netzwerken optimieren zu können.

6. Literatur

Ahe, H. E. von der; Meyer, S. H.; Weidner, F.; Laag, U.; Isfort, M. (2014): Ede. Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung. Minden, Köln.

Brandenburg, H.; Baczkiewicz, C.; Bauer, J.; Zischka, M. (2015): Caritas Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) (2013): Stabsstelle Monitoring und Evaluierung. Netzwerkevaluierung. Ein Leitfaden zur Bewertung von Kooperation in Netzwerken. Eschborn.

Döhner, H. (2002): Care und Case Management für chronisch kranke alte Menschen: das Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung. In: Gesellschaft, Gesundheit, Medizin: 367-383. Frankfurt am Main.

Ehlers, A.; Köhler, K.; Leve, V.; Meschkutat, B.; Zimmer, B.; Goldmann, M.; Reichert, M. (2011): Evident. Vernetzte Demenzversorgung. Empfehlungen für die Praxis. Dortmund.

Geiger, M.; Zörkler, M., unter Mitarbeit von Jutta, K. (2010): Aufbau und Vernetzung von Versorgungsangeboten für Demenzkranke. Eine vergleichende Betrachtung in sechs hessischen Modellregionen. Saarbrücken.

Hielscher, V.; Nock, L. (2014): Perspektiven des Ehrenamtes im Zivil- und Katastrophenschutz. Metaanalyse und Handlungsempfehlungen. *iso-Report* Nr. 3, November 2014. Saarbrücken.

Kirchen-Peters, S.; Hielscher, V. (2015): Gemeinsam für ein demenzfreundliches Saarland. Erster Demenzplan des Saarlandes. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Saarland (Hrsg.). Saarbrücken.

Kistler, E.; Martolock, B.; Reindl, J.; Quioka, M. (2008): Regionale Gesundheits-Netzwerke. Berlin.

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland-Pfalz (LSJV) (2015): Pflegestützpunkte.

Verfügbar unter:

<http://lsjv.rlp.de/soziales/pflegestuetzpunkte/>

(Letzter Zugriff: 11.11.15).

Schirra-Weirich, L. (2011): Demenznetz Aachen, Förderung von Frühdiagnostik und häuslicher Versorgung. Bericht über die HausärztInnen-Befragung. Aachen.

Sander, K.; Ketisch, E.; Rolvering-Dijkstra, M. (2010): Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern – das Leuchtturmprojekt IDOB. Zielsetzung und Zwischenergebnisse. In: Psychiatrische Forschung, Supplement 1: 20-23, 2010. Wasserburg.

Tschainer, S. (2012): Netzwerk Demenz Nürnberg. Abschlussbericht. München.

In der Reihe *iso-Report* erscheinen aktuelle Beiträge aus der am Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft Saarbrücken laufenden Forschung, Evaluation und wissenschaftlichen Begleitung.

Verfügbar unter: www.iso-institut.de