

Regionale Gesundheitsnetzwerke in Deutschland: Charakteristik und Finanzierung am Beispiel regionaler Demenznetzwerke

Regional Health Care Networks in Germany: Characteristics and Financing Illustrated with Dementia Care Networks



Autoren

Bernhard Michalowsky¹, Adel Afi¹, Bernhard Holle^{2, 3}, Jochen René Thyrian⁴, Wolfgang Hoffmann^{1, 5}

Institute

- 1 AG Translationale Versorgungsforschung, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE), Standort Rostock/Greifswald, Greifswald, Germany
- 2 AG Versorgungsstrukturen, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Witten, Witten, Germany
- 3 Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, Witten, Germany
- 4 Interventional Health Care Research, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Greifswald, Germany
- 5 Institut für Community Medicine, Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald, Germany

Schlüsselwörter

Alzheimer, Demenz, Netzwerk, Finanzierung

Key words

alzheimer's disease, dementia, care network, sustainability, financing

online publiziert 2022

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-1901-8403

ISSN 0941-3790

2022. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Dr. Bernhard Michalowsky

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen,
AG Translationale Versorgungsforschung,
Ellernholzstraße 1–2
17489 Greifswald
Germany
bernhard.michalowsky@dzne.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Darstellung der Charakteristik, Finanzierungsstrukturen und Herausforderungen regionaler Demenznetzwerke sowie der Nutzung der regionalen finanziellen Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI.

Methodik Die Analyse basierte auf Daten von 120 Demenznetzwerken, welche Angaben zur Netzwerkcharakteristik (Verteilung, Gründungsjahr, Ziele, Organisations-, Personal- und Finanzierungsstruktur), den Herausforderungen sowie der Nutzung der regionalen Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI machten. Unterschiede in der Organisations-, Personal- und Finanzierungsstruktur in Abhängigkeit von der Netzwerkcharakteristik wurden unter der Nutzung von t-Tests und ANOVA analysiert. Die Nutzung der regionalen Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI wurde deskriptiv dargestellt und vor dem Hintergrund der geplanten Novellierung für 2022 diskutiert.

Ergebnisse Der Großteil der Netzwerke etablierte sich zwischen 2011 und 2015, verfolgte Aufklärungs- und Versorgungsziele und vernetzte im Mittel 28 Akteure. Medizinisch-assoziierte und länger bestehende Netzwerke sowie Netzwerke mit einer Rechtsform, verfügten über eine signifikant höhere Anzahl an Netzwerkpartnern und aktiv in die Netzwerkarbeit eingebundenen Personen sowie Finanzierungsquellen. Die Vernetzung der Akteure und die Finanzierung wurden als größte Herausforderungen gesehen. Die regionale Netzwerkförderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI war vielen Netzwerken (50%) noch unbekannt. 28% hatten sich bewusst gegen eine Förderung ausgesprochen. Lediglich jedes zehnte Netzwerk erhielt Fördergelder über den § 45c Abs. 9 SGB XI.

Schlussfolgerung Regionale Demenznetzwerke sind strukturell sehr heterogen aufgestellt. Die Langlebigkeit, eine medizinische Orientierung sowie eine bindende Rechtsform können die Anzahl vernetzter Partner sowie Finanzierungsquellen signifikant beeinflussen und sollten daher berücksichtigt werden. Bislang konnte nur ein Netzwerk je Landkreis die maximale Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 (20.000€) erhalten, was die Nutzbarkeit dieser Förderung, limitiert. Die gesetzliche Novellierung vergrößert nun die Anzahl an zu fördernden Netzwerken sowie die Förderhöhe. Es bleibt abzuwarten, in wie weit diese Anpassungen die Nutzung der regionalen Netzwerkförderung beeinflusst.

ABSTRACT

Objectives To describe the characteristics, financing structures and challenges of regional dementia care networks and the use of regional financial network support according to § 45c para. 9 SGB XI.

Methods The analysis was based on data from 120 dementia networks that provided information on the network characteristics (location, year of foundation, goals, organizational, personnel and financing structure), the challenges and the use of regional network funding according to § 45c Para. 9 SGB XI. Differences in the organizational, personnel and financing structure depending on the network characteristics were analyzed

using t-Tests and ANOVA tests. The use of regional network funding (§ 45c Para. 9) were presented descriptively and discussed against the background of the planned amendment for 2022.

Results The majority of networks were established between 2011 and 2015. Most networks had educational and care goals and, on average, 28 stakeholders. Medically-associated and longer-established networks and networks with a legal form had significantly more network partners, persons actively involved in the work of the network and funding sources. The linking of stakeholders and the funding were seen as the most significant challenges. Every tenth network received regional network funding (§45c para. 9) but 28 % decided not to receive funding. For most networks (50 %), the funding was still unknown.

Conclusion Regional dementia networks are very heterogeneously structured. Certain factors can significantly affect the number of partners and funding sources and should, therefore, be considered. Up to now, only one network per region could receive the maximum amount (€20,000) of funding according to §45c para. 9, which limits the usability of this funding, especially in densely populated regions. The amendment now increases the number of networks to be funded within one region and the funding level. It remains to be seen to what extent this amendment will increase the use of the regional network funding.

Einleitung

Die Alterung der Bevölkerung führt aktuell zu einem Anstieg der altersassoziierten Erkrankungen, vor allem der Demenz [1–3]. In Deutschland leben derzeit 1,7 Millionen Menschen mit Demenz (MmD). Schätzungen zufolge soll sich diese Zahl in den nächsten 30 Jahren nahezu verdoppeln [4], was das Gesundheitssystem vor gesellschaftliche und ökonomische Herausforderungen stellt [5]. MmD sind auf eine sektorenübergreifende, interdisziplinäre, medizinische, psychosoziale und pflegerische Versorgung angewiesen [6]. Das aktuelle Gesundheitssystem in Deutschland kann jedoch aufgrund seiner starken Sektoralisierung diesen komplexen Herausforderungen nicht gerecht werden. Versorgungsabbrüche zwischen den Sektoren nehmen mit Zunahme der Komplexität der Versorgung zu und führen dazu, dass MmD eine Vielzahl ungedeckter Versorgungsbedarfe aufweisen [7–9].

Eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen einer Vielzahl von Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Unterstützungssystems ist eine der Lösungsmöglichkeiten, um den bestehenden Herausforderungen gerecht zu werden [10, 11]. In den vergangenen Jahren hat sich daher eine Vielzahl lokaler Demenznetzwerke etabliert, mit dem Ziel Reibungsverluste und Konkurrenzsituationen in der Versorgung und Unterstützung von MmD zu reduzieren [12]. Studien konnten bereits aufzeigen, dass vernetzte Strukturen durch patienten-zentrierte, evidenz-basierte und leitliniengerechte Behandlungspfade die Effizienz und Effektivität in der Versorgung steigern können [13–15].

Für regionale Demenznetzwerke gibt es jedoch keine etablierten Standards hinsichtlich der Zielstellung, Organisation und Zusammenstellung der Akteure. Dasselbe gilt für die Finanzierung, was zu erheblicher Heterogenität in der Netzwerkausgestaltung führt [16]. Auf der Landes- oder Bundesebene wurde bereits eine Vielzahl innovativer Gesundheitsnetzwerke im Rahmen der Lokalen Allianzen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Leuchtturmprojekten des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert. Einige Initiativen bestanden jedoch nicht mehr nach initialer Förderung. Eine erste Studie zeigte auf, dass lediglich zwei Drittel (63 %) der Netzwerke sich selbst als finanziell nachhaltig einschätzten [17].

Zur Unterstützung der Netzwerkarbeit wurde im Jahre 2017 mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz die Möglichkeit der finanziellen Unterstützung von Gesundheitsnetzwerken eingeführt (§45c Abs. 9). Ziel war es, die Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu verbessern. Hierzu sollte die strukturierte Zusammenarbeit von Akteuren gefördert werden. Zu diesem Zweck wurden Mittel des „Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen“ (Ausgleichsfonds) mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2022 wurde die regionale Netzwerkförderung des §45c Abs. 9 SGB XI im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) ausgeweitet. Eine detaillierte Darstellung der gesetzlichen regionalen Netzwerkförderung ist in ► Tab. 1 dargestellt.

Eine bundesweite detaillierte Beschreibung der Charakteristika und Finanzierung der Netzwerke sowie der aktuell, trotz gegebe-

► **Tab. 1** Initiale und novellierte Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI.

	Initiale Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI	Novellierte Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI
Jahr der Einführung	2017	2022
Eingeführt über folgendes Gesetz	Drittes Pflegestärkungsgesetz	Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG)
Ziel der Förderung	Förderung der strukturierten Zusammenarbeit von freiwillig vernetzten Akteuren, die an der Versorgung Pflegebedürftiger und deren Angehörigen beteiligt sind, mit dem Ziel die Versorgung und Unterstützung dieser zu verbessern.	
Fördermittelgeber	Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds mit 10 Millionen Euro je Kalenderjahr. Pflegekassen können sich einzeln oder gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den netzwerkbedingten Kosten beteiligen.	
Maximale Fördersumme	20,000 € je Landkreis/ kreisfreier Stadt	25,000€ je Landkreis/ Kreisfreier Stadt
Förderbedingung	Maximale Anzahl an Fördermittelempfänger ist unbegrenzt. Werden mehrere Netzwerke im Kreis gefördert, muss die maximale Fördersumme jedoch aufgeteilt werden.	Maximale Anzahl Fördermittelempfänger ist unbegrenzt. Je Kreis/kreisfreier Stadt können zwei regionale Netzwerke, ab 500,000 Einwohnern bis zu vier regionale Netzwerke die maximale Fördersumme erhalten. Werden mehr Netzwerke im Kreis gefördert, muss die maximale Fördersumme aufgeteilt werden.

ner Unterstützungs möglichkeiten, bestehenden Herausforderungen sowie die Inanspruchnahme der regionalen Netzwerkförderung nach §45c Abs.9, liegt nicht vor. Ziel dieser Analyse war es daher, diese Wissenslücke zu schließen.

Methoden

Studiendesign

Die vorliegende Arbeit schließt an die vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Programmes „Zukunftswerkstatt Demenz“ geförderte (II A 5–2512 FSB 031) multizentrische und interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D) an [16, 18–23]. Ziel der DemNet-D Studie war es, die Determinanten erfolgreicher Demenznetzwerke zu bestimmen. Die Forschungsergebnisse wurden in ein Online-Informationsportal (www.demenznetzwerke.de) überführt. Anfang 2018 wurden n = 482 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ geförderten Organisationen per E-Mail angeschrieben. Sie wurden gebeten, sich auf dem Online-Informationsportal zu registrieren und gleichzeitig Fragen zu ihrem Netzwerk zu beantworten. Die folgende Analyse basiert daher auf Angaben von n = 120 bis April 2018 registrierten regionalen Demenznetzwerken. Alle Netzwerke machten Angaben zum eigenen Netzwerk.

Datenerhebung und Analyse

Bei der Registrierung wurden die Demenznetzwerke aufgefordert, Angaben zur Netzwerkcharakteristik sowie der Organisation und Finanzierung des Netzwerkes zu tätigen. Hinsichtlich der Charakteristik wurden folgende Daten erhoben: Region (Stadt vs. Land), Gründungsjahr, Zielstellung (Aufklärungs-, Versorgungs-, Verbund-, oder ideelle Ziele), aktueller Etablierungsstand (in Planung, im Aufbau, etabliert) sowie die Netzwerkklassifikation (medizinisch- vs. nicht-medizinisch-orientiert). Medizinisch klassifizierte Netzwerke waren hierbei Netzwerke, die entweder von einer medizinisch oder pflegerischen Einrichtung geführt wurden oder me-

dizinisch-pflegerische Versorgungsziele mit der Netzwerkarbeit verfolgten. Erfragte organisatorische Parameter der Netzwerke waren die Rechtsform, die Anzahl und Art der vernetzten Akteure sowie die Anzahl der aktiv an der Netzwerkarbeit beteiligten Personen. Zur Netzwerkfinanzierung wurden Angaben über die Art und die Anzahl der Finanzierungsquellen sowie die Nutzung der Förderung nach § 45c Abs. 9 des Sozialgesetzbuches (SGB) XI dokumentiert. Abschließend konnten die registrierten Netzwerke freitextliche Angaben über bestehende Herausforderungen angeben, welche anschließend inhaltlich gruppiert wurden.

Die Ziele, Organisations- und Finanzierungsstrukturen, die grundsätzlichen Herausforderung regionaler Demenznetzwerke sowie die Nutzung der regionalen Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 SGB XI wurden unter der Nutzung deskriptiver Statistik dargestellt. Zur Identifikation von förderlichen Rahmenbedingungen wurde die Langlebigkeit der Netzwerke (Jahr der Etablierung), die Region (Stadt vs. Land), der Grad an medizinischer Orientierung (medizinisch vs. eher-nicht-medizinisch), die Rechtsform (feste Rechtsform vs. keine Rechtsform) und die Verfügbarkeit von hauptamtlichem Personal (Hauptamt vs. kein Hauptamt) als mögliche Einflussfaktoren den Zielgrößen i) Anzahl der aktiv an der Netzwerkarbeit beteiligten Personen, ii) Anzahl der Akteure sowie iii) Anzahl der genutzten Finanzierungsquellen gegenüber gestellt. Unterschiede in den Gruppen wurden unter der Nutzung von Teststatistik (t-Test, ANOVA) analysiert.

Ergebnisse

Netzwerkcharakteristik

Die in die Analyse einbezogenen 120 regionalen Demenznetzwerke verteilen sich über ganz Deutschland (siehe Anhang 1) und wurden zwischen 1997 und 2019 (Median: 2012) gegründet. Der Großteil der Netzwerke war bereits zur Zeit der Netzwerkregistrierung etabliert (82 %) und verfolgte vorrangig Aufklärungs- (94 %) und Versorgungsziele (73 %). Etwas mehr als die Hälfte der Gesundheitsnetzwerke wirkten in ländlichen Regionen (51 %) und waren medizinisch ausgelegt (51 %).

► **Tab. 2** Charakteristik sowie Organisations- und Finanzierungsstruktur regionaler Demenznetzwerke (n=120)

Verortung des Netzwerkes	
Stadt	49,2%
Land	50,8%
Etablierungsstatus	
In Planung	1,7%
Im Aufbau	16,5%
Etabliert	81,7%
Gründung (Jahr)	
Mittelwert (SD)	2012 ($\pm 4,2$)
Spanne (von – bis)	1997–2019
Vor 2005	8,5%
2006–2010	17,0%
2011–2015	57,5%
2016–2019	17,0%
Netzwerkziele	
Aufklärungsziele	94,2%
Versorgungsziele	72,5%
Verbundziele	48,3%
Ideelle Ziele	36,6%
Netzwerkklassifikation	
Nicht-Medizinisch	48,3%
Medizinisch ¹	50,8%
Medizinisch und nicht-medizinisch	>1%
Personalstruktur	
Ausschließlich ehrenamtlich	18,3%
Ausschließlich hauptamtlich	38,3%
Ehren- und hauptamtlich	43,3%
Rechtsform	
Ohne	70,0%
Eingetragener Verein	26,6%
GmbH	3,3%
Vernetzte Partner (Anzahl)	
Mittelwert (SD)	28,0 ($\pm 27,0$)
Spanne (von – bis)	0–200
0–5	7,1%
6–10	16,9%
11–20	28,6%
21–50	35,7%
>50	11,6%
Aktiv in die Netzwerkarbeit involvierte Personen (Anzahl)	
Mittelwert (SD)	28,0 ($\pm 39,8$)
Spanne (von – bis)	1–250
<10	32,6%
11–20	28,6%
>20	38,8%
Anzahl der Finanzierungsquellen	
Mittelwert (SD)	1,9 ($\pm 1,3$)
Spanne (von – bis)	0–6

► **Tab. 2** Fortsetzung.

Finanzierungsmix in %	
Ohne Finanzierung	12,4%
1 Finanzierungsquelle	33,6%
2 Finanzierungsquellen	26,5%
3 Finanzierungsquellen	15,0%
4 Finanzierungsquellen	8,0%
5 Finanzierungsquellen	3,5%
6 Finanzierungsquellen	<1%
Finanzierungszusammensetzung in %	
Öffentliche Fördergelder ²	52,2%
Kommune/ Stadt	38,9%
Spenden	33,6%
Selbsterwirtschaftete Einnahmen	27,4%
Mitgliedsbeiträge	23,0%
Träger/ Unternehmen	11,5%
Nutzung der regionalen Netzwerkfinanzierung (§45c Abs. 9 SGB XI)	
Nein, nicht bekannt	50,4%
Nein, bewusst dagegen entschieden	28,2%
Ja, Bewilligung steht aber noch aus	11,1%
Ja	10,3%

¹ Netzwerke, die entweder von einer medizinisch oder pflegerischen Einrichtung geführt wurden oder medizinisch-pflegerische Versorgungsziele mit der Netzwerkarbeit verfolgten.

² temporär zur Verfügung gestellte Fördergelder von Bund und Ländern oder sonstigen Mittelgebern

Organisationsstruktur

18 % der Netzwerke verfügten ausschließlich über ehrenamtliches Personal, 38 % über hauptamtliches und 43 % über eine Kombination aus haupt- und ehrenamtlichen Personal. 70 % der Netzwerke besaßen keine Rechtsform, jedes Vierte war ein eingetragener Verein. Im Mittel beteiligten sich 28 Akteure, Institutionen bzw. Organisationen an der Netzwerkarbeit. Zu den Netzwerkpartnern gehörten am häufigsten die Stadt (68 %), Pflegedienste (59 %), Wohlfahrtsverbände (58 %), Haus- oder Fachärzte (47 %) und Krankenhäuser (34 %). Die Netzwerkcharakteristik und die Organisationsstrukturen sowie die partnerschaftliche Zusammenstellung der Netzwerke ist in ► **Tab. 2** bzw. ► **Abb. 1** dargestellt.

Finanzierung und Nutzung der regionalen Netzwerkförderung

Die meisten Netzwerke verfügten über öffentliche Fördergelder (52 %), Gelder oder Leistungen der Kommune (39 %) und Spenden (34 %). Die regionale Netzwerkfinanzierung über den §45c Abs. 9 SGB XI nutzten 10 % der Demenznetzwerke. Bei 2 % war die Beantragung erfolglos. Bei weiteren 11 % stand eine Bewilligung noch aus. Die Hälfte der Netzwerke (50 %) kannte die Förderung nicht. 28 % der Netzwerke hatten sich bewusst gegen eine Finanzierung nach §45 c Abs. 9 entschieden. Die Finanzierungsstruktur ist in der ► **Tab. 2** dargestellt.

Förderliche Faktoren

Medizinisch-assoziierte Netzwerke verfügten über signifikant mehr Netzwerkpartner und Netzwerke mit bindender Rechtsform konnten auf signifikant mehr aktiv im Netzwerk arbeitende Personen sowie Finanzierungsquellen zurückgreifen. Länger etablierte Netzwerke verfügten ebenfalls über signifikant mehr Finanzierungsquellen (Siehe ▶ **Tab. 3**).

Herausforderungen

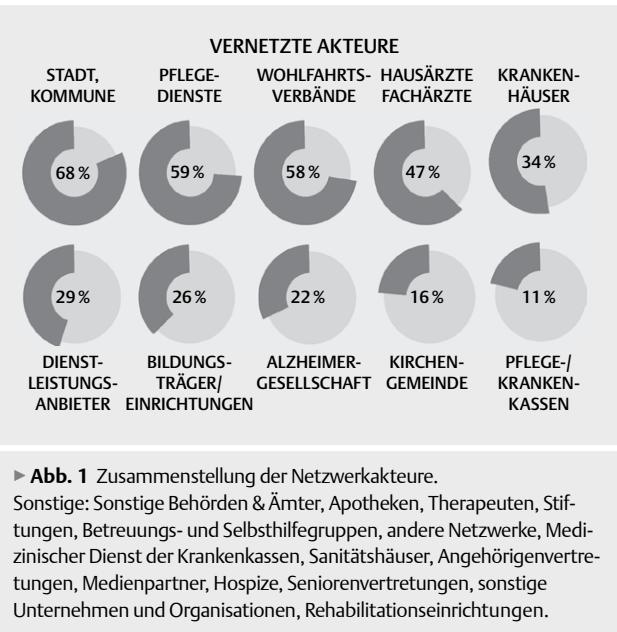
Die am häufigsten genannten Herausforderungen waren die Vernetzung selbst (51 %), die Netzwerkfinanzierung (41 %) und die

Nachhaltigkeit des Netzwerkes (35 %). Alle genannten Herausforderungen sind in der ▶ **Abb. 2** aufgezeigt.

Diskussion

Die registrierten Netzwerke verteilten sich über ganz Deutschland, wobei sich lediglich ein geringer Anteil von Netzwerken in den neuen Bundesländern etablierte. In den meisten Fällen waren die Netzwerke bereits seit mehreren Jahren etabliert. Der Großteil der Netze verfügte über hauptamtliches Personal, hatte jedoch keine Rechtsform. Neben der Kommune als häufigster Netzwerkpartner, hatte die Akteure überwiegend einen medizinischen oder pflegerischen Hintergrund. Die größten Herausforderungen sahen die Netzwerke in der Vernetzung selbst sowie in der Netzwerkfinanzierung. Mehr als jedes vierte Netzwerk hatte sich jedoch bewusst gegen die regionale Netzwerkförderung nach §45c Abs. 9 entschieden. Lediglich jedes zehnte Netzwerk erhielt zum Zeitpunkt der Befragung eine finanzielle Unterstützung über die regionale Netzwerkförderung. Als förderliche Faktoren für eine höhere Anzahl an Netzwerkmitgliedern sowie Finanzierungsquellen gelten die medizinische Orientierung, ein längeres Bestehen des Netzwerkes sowie eine bindende Rechtsform.

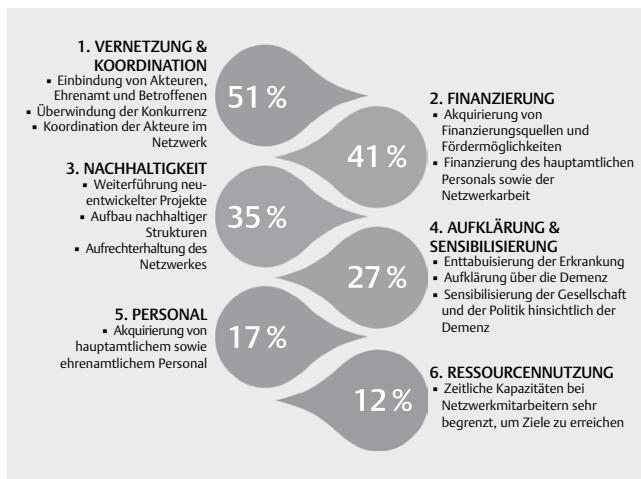
Aufgrund des hohen Anteils an Netzwerken mit Versorgungs- und Aufklärungszielen sowie der medizinisch-pflegerische Orientierung, ist die hohe Anzahl an Netzwerkpartnern nachvollziehbar. Netzwerke mit diesen Zielstellungen verfügten in den meisten Fällen über strukturierte Behandlungspfade, welche Ärzte, Pflegefachkräfte oder Sozialarbeiter sowie viele ehrenamtliche Mitarbeiter für die Koordination der Versorgung zusammen bringen [24]. Eine feste Bindung dieser Akteure über eine Mitgliedschaft in einem eingetragenen Verein, fördert zudem die aktive Teilnahme an Netzwerkaktivitäten. Die grundsätzliche Ausgestaltung der Netzwerke nehmen erheblichen Einfluss auf die Netzwerkgröße bzw. Finanzie-



▶ **Tab. 3** Unterschiede in den Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke (n= 120) in Abhängigkeit von strukturellen und organisationalen Parametern

	Anzahl gebundener Partner		Anzahl aktiv beteiligter Personen		Anzahl Finanzierungsquellen	
	Mittelwert (SD)	p-Wert	Mittelwert (SD)	p-Wert	Mittelwert (SD)	p-Wert
Region¹						
Stadt	24,5 (17,1)	0,121	25,0 (26,1)	0,489	1,8 (1,3)	0,602
Land	32,4 (33,9)		30,6 (49,9)		1,9 (1,4)	
Klassifikation¹						
Nicht-Medizinisch	21,6 (16,4)	0,010	30,4 (51,9)	0,538	1,8 (1,4)	0,507
Medizinisch	34,7 (32,7)		25,4 (23,8)		2,0 (1,3)	
Gründungsjahr²						
Vor 2005	66,3 (61,7)	0,747	32,0 (20,1)	0,153	3,3 (1,6)	0,021
2006–2010	30,0 (26,6)		31,8 (34,8)		2,2 (1,2)	
2011–2015	29,9 (26,6)		33,8 (50,4)		1,7 (1,3)	
2016–2019	19,5 (16,2)		14,7 (9,3)		1,5 (1,1)	
Rechtsform¹						
Keine	26,8 (19,8)	0,924	22,6 (32,9)	0,033	1,5 (1,0)	0,001
Verein GmbH	27,2 (25,6)		41,6 (51,8)		2,7 (1,4)	
Hauptamtliches Personal¹						
Ja	29,3 (28,4)	0,549	27,8 (35,7)	0,908	1,9 (1,4)	0,826
Nein	25,1 (18,8)		28,7 (53,4)		1,9 (1,3)	

¹ Unterschiede ermittelt unter der Nutzung von t-Tests; ² Unterschiede ermittelt unter der Nutzung von ANOVA.



► Abb. 2 Herausforderungen regionaler Demenznetzwerke.

Sonstige: zu starre Gesetze, fehlende Transparenz, Flexibilität und aufwändige Regelungen bei Förderungen, fehlende Inanspruchnahme der geschaffenen Angebote/ Erreichen der Betroffenen, Ländliche Region, Öffentlichkeitsarbeit, Menschen mit Demenz und Migrationshintergrund.

rungsstruktur. Ein langfristiges Bestehen kann zudem die Sichtbarkeit, Präsenz und Bekanntheit des Netzwerkes in der Region erhöhen. Diese Faktoren könnten sich daher protektiv auf den Wirkungsgrad des Netzwerkes auswirken und dazu beitragen, dass dieses über deutlich mehr Netzwerkpartner und Finanzierungsquellen verfügt.

Bei der Finanzierung zeigte sich, dass Mitgliedsbeiträge sehr häufiger genutzt wurden. Viele Netzwerkakteure nutzen die Leistungen des Netzwerkes für ihre eigene Arbeit, weshalb die Akteure eher bereit sind, sich über Mitgliedsbeiträge an der Finanzierung zu beteiligen. Diese Konzepte bieten oftmals einen Grundstock zur Finanzierung von hauptamtlichem Personal und einer Geschäftsstelle, als erste Anlaufstelle des Netzwerkes. Das hauptamtliche Personal ist dabei von besonderer Bedeutung, um die vernetzten Akteure des Netzwerkes zu koordinieren und innovative Angebote zu offerieren sowie weitere finanzielle Mittel zu akquirieren. Studien konnten aufzeigen, dass die Nachhaltigkeit der Netzwerke von der Verfügbarkeit von hauptamtlichem Personal abhängt [17]. Weitere Analysen sind jedoch notwendig, um zu untersuchen, inwiefern sich unterschiedliche Personalstrukturen auf den Erfolg der Gesundheitsnetzwerke auswirken.

Um eine Verstetigung der Netzwerkarbeit gewährleisten zu können, wäre es hilfreich auf stetige Finanzierungsquellen zurückgreifen zu können. Eine Möglichkeit stellt die regionale Netzwerkförderung (§45c Abs. 9 SGB XI) dar. Diese Analyse zeigt jedoch, dass die eingeführte Finanzierungsmöglichkeit für Gesundheitsnetzwerke zum Befragungszeitpunkt nicht zum angestrebten Erfolg geführt hat. Mehr als die Hälfte der Netzwerke, denen diese Finanzierungsoption bekannt war, haben sich explizit gegen diese Finanzierung entschieden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die jährliche Förderung von 20,000€ pro Netzwerk immer wieder erneut mit erheblichem Aufwand beantragt werden muss. Zudem ist die Finanzierung an den jeweiligen Kreis gebunden. Nur ein Netzwerk pro Kreis könnte auf die volle Höhe der Finanzierung zurück-

greifen. Beantragen mehrere Gesundheitsnetzwerke diese Förderung, reduziert sich die Finanzierungsumme, was das Verhältnis zwischen aufwendigem Beantragungsprozess und Fördersumme negativ beeinflusst.

Eine bessere Nutzung der, für Gesundheitsnetzwerke vorgesehenen, Gelder wäre demnach durch eine Anpassung der an die Finanzierung geknüpften Bedingungen möglich. Hierfür hat der Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) diese Fördermöglichkeit ausgebaut. Ab 2022 können je Kreis oder kreisfreier Stadt zwei regionale Gesundheitsnetzwerke gefördert werden und bei Kreisen oder kreisfreien Städten mit einer Einwohnerzahl von mehr als 500,000 Einwohnern sogar bis zu vier. Der maximale Förderbetrag pro Netzwerk wurde zudem auf 25,000 Euro pro Kalenderjahr erhöht. Diese Maßnahmen erhöhen den Anreiz für eine Beantragung, vor allem für Netzwerke in dichtbesiedelten Gebieten.

Die Novellierung der regionalen Netzwerkförderung stellt daher eine deutliche Verbesserung dar, was zu einem Anstieg der Inanspruchnahme der Fördermittel führen könnte. Dies könnte vor allem die Etablierung von Netzwerken in den neuen Bundesländern fördern, welche in dieser Analyse unterrepräsentiert waren. Problematisch bleibt jedoch der administrative Aufwand bei der Beantragung der Fördergelder, die, im Falle einer Förderung, nur für ein Kalenderjahr ausgezahlt werden können. Da ein Großteil der Netzwerkarbeit vor allem auf ehrenamtlichem Engagement basiert, stellt der jährliche Beantragungsprozess eine erhebliche Herausforderung dar. Unsere Ergebnisse zeigten zudem, dass die Finanzierungsoption oftmals nicht bekannt war. Hierbei muss angemerkt werden, dass die Befragung ein Jahr nach der Einführung der regionalen Netzwerkförderung durchgeführt wurde (2018). Es ist daher abzusehen, dass die Bekanntheit der Finanzierungsmöglichkeit aktuell weit höher ist als in dieser Analyse dargestellt. Es ist jedoch von fundamentaler Bedeutung, die Gesundheitsnetzwerke sowie die Landkreise über die Finanzierungsmöglichkeit aufzuklären, sodass sich neue Netzwerke etablieren bzw. verstetigen können. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die Novellierung der regionalen Netzwerkförderung in den nächsten Jahren zu einer höheren Inanspruchnahme der Finanzierungsoption für Netzwerke führen wird.

Limitationen

Diese Analyse basierte auf einer selektierten, kleinen Stichprobe von lediglich n = 120 regionalen Demenznetzwerken, welche vom BMFSFJ angeschrieben (n = 482 insgesamt angeschrieben, 25 % Rücklaufquote) und zur Beantwortung des Fragebogens aufgefordert wurden. Trotz regional guter Verteilung, sind die Ergebnisse nicht generalisierbar für alle regionalen Gesundheitsnetzwerke in Deutschland. Hierfür wären weitere Analysen notwendig.

Einhaltung ethischer Richtlinien: Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Prince M et al. World Alzheimer Report 2014-Dementia and Risk Reduction, an analysis of protective and modifiable risk factors. 2014 London: Alzheimer's Disease International (ADI);
- [2] Prince M et al. *The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis*. Alzheimers Dement 2013; 9: p. 63–75
- [3] Gauthier SR.-N , P, Morais JA, Webster C. World Alzheimer's Report 2021 – Journey through the diagnosis of dementia 2021
- [4] Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. 2022. 7.
- [5] Michalowsky B, Kaczynski A, Hoffmann W. *The economic and social burden of dementia diseases in Germany-A meta-analysis*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2019
- [6] Thyrian J et al. *Demenzerkrankungen – Wirksame Konzepte gesucht [Dementia – effective concepts needed]*. Deutsches Ärzteblatt 2011; 108: p. 1954–1956
- [7] Black BS et al. *Unmet needs of community-residing persons with dementia and their informal caregivers: findings from the maximizing independence at home study*. J Am Geriatr Soc 2013; 61: p. 2087–2095
- [8] Eichler T et al. *Unmet Needs of Community-Dwelling Primary Care Patients with Dementia in Germany: Prevalence and Correlates*. J Alzheimers Dis 2016; 51: p. 847–55
- [9] Johnston D et al. *Identification of community-residing individuals with dementia and their unmet needs for care*. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26: p. 292–298
- [10] Mühlbacher A, Nübling M, Niebling W. *Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Gesundheitsversorgung*. Organisationsberatung, Supervision, Coaching 2002; 9: p. 119–136
- [11] Windeler A. Kooperation und Konkurrenz in Netzwerken. Theoretische Überlegungen zur Analyse des Strukturwandels der Arbeitsorganisation, in Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt, C. Schilcher, M. Will-Zocholl, and M. Ziegler, Editors. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden: 2012: p. 23–50
- [12] Braun GE. Innovative Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen, G. Heßbrügge, Editor. Deutscher Ärzte-Verlag; 2009: p. 8–14
- [13] Varkey P, Horne A, Bennet KE. *Innovation in health care: a primer*. Am J Med Qual 2008; 23: p. 382–8
- [14] Ilinca S et al. *All You need to know about innovation in healthcare: The best 10 reads*. International Journal of Healthcare Management 2012; 5: p. 193–202
- [15] Kohler L et al. *Does an interdisciplinary network improve dementia care? Results from the IDemUck-study*. Curr Alzheimer Res 2014; 11: p. 538–48
- [16] Schäfer-Walkmann S, Traub F, Peitz A. Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland – Ergebnisse der DemNet-D-Studie, in Evolution durch Vernetzung: Beiträge zur interdisziplinären Versorgungsforschung, S. Schäfer-Walkmann and F. Traub, Editors. 2017: Springer Fachmedien Wiesbaden;Wiesbaden: p. 47–58
- [17] Michalowsky B et al. *Financing Regional Dementia Networks in Germany: Determinants of Sustainable Healthcare Networks*. Gesundheitswesen 2017; 79: p. 1031–1035
- [18] Wolf-Ostermann K et al. *Users of regional dementia care networks in Germany: First results of the evaluation study DemNet-D*. Z Gerontol Geriatr 2017; 50: p. 21–27
- [19] Laporte Uribe F et al. *Care Arrangements in Dementia Care Networks: Findings From the DemNet-D Study Baseline and 1-Year Follow-Up*. J Aging Health 2018; 30: p. 882–903
- [20] Thyrian JR et al. *How Does Utilization of Health Care Services Change in People with Dementia Served by Dementia Care Networks? Results of the Longitudinal, Observational DemNet-D-Study*. J Alzheimers Dis 2018; 66: p. 1609–1617
- [21] Wubbeler M et al. *How do people with dementia utilise primary care physicians and specialists within dementia networks? Results of the Dementia Networks in Germany (DemNet-D) study*. Health Soc Care Community 2017; 25: p. 285–294
- [22] Graske J et al. *[Regional Dementia Care Networks in Germany--results from the DemNet-D-Study regarding the quality of life of their users]*. Pflege 2016; 29: p. 93–101
- [23] Laporte Uribe F et al. *Caregiver burden assessed in dementia care networks in Germany: findings from the DemNet-D study baseline*. Aging Ment Health 2017; 21: p. 926–937
- [24] Jäger C. MEDIS – Ärztenetz Medizinischer Versorgung Südbrandenburg – 11 Jahre vernetzte Versorgung einer strukturschwachen Region, in Management von Gesundheitsregionen III: Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung, M.A. Pfannstiel, A. Focke, and H. Mehlich, Editors. 2017: Springer Fachmedien Wiesbaden;Wiesbaden: p. 75–83