

Koordinierung der ambulanten Versorgung -
Netzwerke und andere Möglichkeiten
Berlin, 21.09.2010

1 Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Diskussion um Koordinierung, Kooperation und Netzwerke ist ein Dauerthema in der gesundheits- und sozialpolitischen Debatte. Das spiegelt sich auch im Themenfeld 4 des Modellprogramms wider: Die elf dort zusammengefassten ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ bilden eine Bandbreite von Aspekten ab, die im Zusammenhang mit vernetzten Versorgungsstrukturen immer wieder zur Sprache kommen:

1. Umsetzung des Grundsatzes ‚ambulant vor stationär‘, einschließlich einer Stärkung des ambulanten Sektors;
2. interprofessionelle Kooperation in der medizinischen Primärversorgung, insbesondere zwischen Hausarzt/Hausärztin und ambulanter Pflege;
3. Schnittstellenprobleme an der Überleitung vom stationären in den ambulanten Sektor;
4. Beratung und Stärkung sozialer Unterstützungsnetzwerke (pflegende Angehörige, Selbsthilfe, freiwillige Helfer/innen);
5. Verbesserung der Beratung und Diagnostik bei Demenz;
6. Kooperation und Zusammenarbeit in interdisziplinären Versorgungsverbänden mit Sozialraumbezug;
7. und nicht zuletzt: Kosteneffekte und Wirtschaftlichkeitserwartungen durch **integrierte Versorgung**.

Nähert man sich dem Thema über eine Klärung zentraler Begriffe wird deutlich, welche Chancen in vernetzten Strukturen liegen, aber auch, welche Hürden es zu überwinden gilt.

Der Begriff ‚**Koordination**‘ steht in den Arbeitswissenschaften für eine Abstimmung verschiedener Aktivitäten, für eine Verbesserung des Zusammenspiels, das Entstehen einer Ordnung.

Koordinierung steht somit am Anfang jeder ‚**Kooperation**‘. Kooperation ist strategisch angelegt und basiert auf Zusammenarbeit und Austausch mit anderen.

Modelle von Kooperation beruhen auf der Grundlage gemeinsamer Interessen mit dem Ziel, für alle Beteiligten nutzenbringend zu sein. Daraus leiten sich Absprachen über Rechte und Pflichten sowie organisationale Strukturen ab.

‚**Netzwerke**‘ wiederum können als organisierte Formen kooperierenden Handelns bezeichnet werden, in denen eigene Zusammenhänge, formelle und informelle Beziehungen und spezifische Kommunikationsprozesse wirken.

2 Koordinierung und Kooperation als Leitthema gesundheitspolitischer Reformbemühungen

Koordinationsanstrengungen und Kooperationsmodelle sind bis heute ein **Leitthema** zahlreicher gesundheitspolitischer Reformbemühungen.

In der Vergangenheit hatten diese jedoch meist kurzfristige Kostendämpfungen im Blick und scheiterten in der Umsetzung letztlich an zwei Punkten:

1. den starren, fragmentierten Versorgungsstrukturen des bundesdeutschen Gesundheitswesens und
2. einer mangelnden Bereitschaft zur organisatorisch-strukturellen Neuausrichtung.

Ein Blick zurück zeigt, dass seit Ende der 1990er Jahre Modellvorhaben gefördert wurden, in denen die notwendigen Rahmenbedingungen für den **Aufbau und die Weiterentwicklung vernetzter (und: integrierter) Versorgungsstrukturen** erprobt wurden.

Zehn Jahre ist es her, dass es im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 für Leistungserbringer und Krankenkassen möglich wurde, **Selektivverträge abzuschließen** und in die sektorenübergreifende „Integrierte Versorgung“ einzusteigen.

Vier Jahre später wurden die **Paragrafen 140 a-d des SGB V in das GKV-Modernisierungsgesetz** festgeschrieben und damit sowohl für indikationsbezogene als auch für populationsgestützte integrierte Versorgungsverträge der Weg bereitet. Bis zum Jahr 2009 förderten Regelungen über eine Anschubfinanzierung diese Formen einer sektoren- und interdisziplinär-fachübergreifenden Zusammenarbeit.

Wie gesagt, Koordinierung und Vernetzung als Dauerthema! Die Forderung nach mehr Abstimmung und verbindlicher Koordination unter den Leistungserbringern zieht sich wie ein roter Faden durch die fachliche und politische Debatte. Und das Thema ist nach wie vor hochaktuell in einem Gesundheitswesen, das sich in einem tiefgreifenden Transformationsprozess befindet.

Spätestens seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 gibt es einen **partiübergreifenden Konsens** zu mehr „Markt“ und weniger „Staat“. Von nun an werden die Patienten und/oder die Angehörigen in ihrer **Konsumentenrolle** angesprochen und als handelnde Akteure ebenso in den Blick genommen wie die Leistungserbringer und die Kostenträger.

Auch die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ greifen das Thema ‚Koordinierung der ambulanten Versorgung‘ auf. Deziidiert gefordert war beispielsweise, vernetzte Versorgungsstrukturen aufzubauen und diese weiter zu entwickeln.

Gesucht wurde demzufolge nach **alternativen Gestaltungsoptionen**, die innerhalb des tradierten gegliederten Systems der Gesundheitsversorgung patientInnenorientierte und effektive Versorgungsabläufe ermöglichen.

Trotz aller Unterschiedlichkeit gab es **drei Gemeinsamkeiten**:

1. Alle Projekte stellen die demenzkranke Patientin bzw. den demenzkranken Patienten und/oder die Angehörigen in den Mittelpunkt.
2. Ausgehend von diesem individuellen Bedarf wurde hinterfragt, wie die Versorgung im Krankheits- und Pflegefall unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen und Rahmenbedingungen wirkungsvoll ausgestaltet werden kann. **Koordinierung, Koordination bzw. Vernetzung** waren das Mittel zum **Zweck**.
3. Alle Projekte hatten impliziten oder expliziten Sozialraumbezug.

3 Ergebnishypothesen

Eine Stärke des Modellprogramms ist sicherlich die **systematische Begleitevaluati-
on**, die gesicherte Erkenntnisse liefert und die der Politik fundierte Entscheidungshilfen für die Weiterentwicklung der Demenzversorgung in Deutschland an die Hand gibt.

Im Folgenden möchte ich **drei Thesen** formulieren, die sich auf die angesprochenen drei Ebenen Individuum – Institution/Verbundsystem – Sozialraum beziehen. Ergänzen werde ich die Analyse mit Originalbelegen aus persönlichen qualitativen Interviews, die wir mit PatientInnen, Angehörigen und Leistungserbringern geführt haben.

Meine erste These betrifft die individuelle Ebene und lautet:

1. Demenzpatienten und ihre Angehörigen brauchen eine enge psycho-soziale Unterstützung und Begleitung!

Für die Patienten und ihre Angehörigen bedeutet die Diagnose Demenz im Krankheitsverlauf einen tiefen Einschnitt und eine Neuordnung des Lebens. Vor allem sichtbar wird dies an den Reaktionen auf die Wahrnehmung von Symptomen und Defiziten in den Bereichen Erinnerung, Kommunikation, Orientierung, Selbständigkeit und Ressourcen. *„Das war ganz furchtbar für mich, weil ich gewusst hab, ich kann mich nicht erinnern“ (P15)*, berichtet eine Patientin. Eine andere stört es massiv, *„dass ich das in meinem Hirn nicht mehr zusammenkriege“ (P21)*.

Die Befragten berichten von Aggressionen oder fehlendem Einfühlungsvermögen und Krankheitswissen der Angehörigen, was bei ihnen selbst problematische, mitunter aggressive Reaktionen auslöst: *„Mit jedem Schmarrn macht er mir die Hölle heiß und macht er mir ein Mords-Geschrei. Er geht mir richtig auf die Nerven“ (P09)*. Andere reagieren mit Traurigkeit oder depressiver Stimmung auf aggressive Bezugspartner. Pflegenden Angehörigen stoßen an ihre Grenzen: *„Alle Stunde hat er mich aufgeweckt. Ich hab kein Tag und kein Nacht; am Tag ist es gegangen. aber nachts! Bis um elf hat er geschlafen, dann ist es losgegangen. Bis vier in der Frühe“ (A18)*.

Erfahrungen wie diese sind zahlreich und belegen, dass im Falle der Diagnose Demenz das Marktmodell mit seiner Vision vom ‚rational handelnden homo oeconomicus‘, vom ‚aufgeklärten Kunden‘ in mehrfacher Hinsicht an seine Grenzen stößt. *„Ich komme einfach nicht mehr zurecht“*, fasst einer unserer Interviewpartner seine Lage zusammen. Und eine andere Patientin ergänzt: *„Ja, man muss es hinneh-*

men. Das ist natürlich deprimierend, beeinträchtigend. Das ganze Leben. Man darf gar nicht daran denken, was da noch alles auf einen zukommen kann“.

Immer noch sind, trotz zahlreicher Informationskampagnen und Aktivitäten, erhebliche Wissensdefizite und große Unsicherheiten in weiten Teilen der Bevölkerung festzustellen, und hindern Scham- oder Angstgefühle die Menschen daran, Hilfe von außen anzunehmen. Eine demenzielle Erkrankung isoliert! Eine Angehörige beschreibt ihre Erfahrungen mit den Reaktionen der anderen sehr anschaulich: *„Und das war mir ausgesprochen peinlich, denn die Leute haben teilweise gesagt: ‚Mei, zu euch kann man ja gar nicht mehr kommen, der redet ja von gar nichts anderem mehr‘“ (A16).* Die Versorgung und Pflege eines demenzkranken Angehörigen ist *„wie ein Job mit 24 Stunden“.*

Demenzielle Erkrankungen bedingen komplexe Hilfebedarfe bei Betroffenen und Angehörigen. Die große Bedeutung von differenzierter Diagnostik zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist ebenso erkennbar wie die Notwendigkeit einer persönlichen Beratung, gekoppelt an ein **aufsuchendes Unterstützungs- und Hilfeangebot**. PatientInnen wie Angehörige haben individuell sehr unterschiedliche Bedürfnisse bezüglich der Versorgung. Entscheidend ist, ich zitiere: *„dass die Hilfe da ist und ein Ansprechpartner vor allen Dingen“ (A07).*

Dabei stellt die Unübersichtlichkeit die größte Hürde dar. Die Betroffenen benötigen einen zuverlässigen „Begleiter“, jemanden, der sich kümmert: *„der ... den Weg auch zeigt: Was muss man tun? Was muss man machen? An wen muss man sich vor allen Dingen wenden?“ (A07)* Bei Angehörigen besteht vor allem der Wunsch, *„[d]ass man das [die Hilfen] gleich anleiern kann und nicht so mühselig von einer Stelle zur anderen stolpert, ja“.*

Demenzpatienten und ihre Angehörigen brauchen eine enge psycho-soziale Unterstützung und Begleitung. Diese Forderung nach einer psycho-sozialen Unterstützung und Begleitung stellt eine wichtige Ergänzung einer guten medizinischen und pflegerischen Versorgung dar. Auf der individuellen Ebene geht es um Alltagsbewältigung in einer schwierigen Lebenssituation, psychosoziale Krisen, komplexe gesundheitliche Problemlagen, soziale Beziehungen und Bezüge, Ressourcenmobilisierung, sozialen Ausgleich, Materialisierung und Steuerung von Leistungen und vieles andere mehr.

Dementsprechend ist das Case Management ein wesentliches Strukturelement vieler Leuchtturmprojekte. Die Ergebnisse zeigen: Information allein reicht nicht aus! Ebenso wenig genügt es, dass Versorgungsprozesse lediglich ‚gemanagt‘ werden. Vielmehr benötigen DemenzpatientInnen und ihre Angehörigen jemanden, der ‚sich um sie sorgt‘. Also jemanden, der nicht nur Versorgung plant, ausgestaltet, steuert und überprüft, sondern der oder die **in professionell gestalteten Beziehungen den Prozess begleitet.**

Das wiederum setzt ein hohes Problembewusstsein, Beratungskompetenz und somit speziell geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter voraus.

Aufsuchendes Case Management muss als elementarer Bestandteil einer regionalen Demenzversorgung in die Regelfinanzierung aufgenommen und flächendeckend ausgebaut werden!

Ich komme zu meiner zweiten These, die die Ebene der Institutionen betrifft:

2. Tragfähige Modelle von Koordination, Kooperation und Vernetzung erfordern zum Teil neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung!

Der Blick zurück auf die Reformen des Gesundheitswesens hat gezeigt, dass Koordination, Kooperation und Vernetzung durchaus als Schlüssel für eine bessere Versorgung gelten. Dennoch tut man sich hierzulande schwer damit: Häufig bleibt es bei Absichtserklärungen und losen, oft flüchtigen und temporär begrenzten Zusammenschlüssen.

In unserem Leuchtturmprojekt IDOB haben die ProjektärztInnen und ProjektmitarbeiterInnen den Begriff „**Demenzunfreundlichkeit des Gesundheitswesens**“ geprägt, der an zahlreichen Stellen spürbar ist: Niedergelassenen ÄrztInnen beispielsweise fehlt die Zeit für Vernetzungsarbeit, Beratungen, zusätzliche bürokratische Abläufe, Termine oder Hausbesuche. Budgets und die Angst vor Regresspflichtigkeit verhindern Folgeverordnungen für rehabilitative Maßnahmen und machen teure PatientInnen zu „unbequemen PatientInnen“.

Zahlreiche Aussagen der Leistungserbringer weisen auf Versorgungslücken, unzureichendes Schnittstellenmanagement, Finanzierungsprobleme und Unübersichtlichkeit im System hin. Die Befragten machen darauf aufmerksam, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im SGB V und SGB XI in der Versorgungsrealität nicht konsequent durchgeführt wird bzw. werden kann. Dabei sind gerade demenziell Erkrankte stark auf aufsuchende Hilfen angewiesen: *„Man muss hingehen zu den Leuten; ... ganz wichtig ist, dass er [also: der Projektmitarbeiter] halt hingegangen ist und die Leute zu Hause besucht hat und sich da hingewetzt hat und mit den Leuten besprochen hat, wie es ihnen geht und was sie brauchen“ (K03)*. Die wenigen Leistungserbringer, die aufsuchend arbeiten, werden regelrecht *„überschwemmt“*, *„so dass wir dem Bedarf gar nicht nachkommen können“ (K13)*.

Finanzierungslücken bei aufsuchenden Hilfen verhindern oftmals die Sicherstellung einer hausärztlichen und/oder sozial-psychiatrischen Versorgung der DemenzpatientInnen. Es gibt viel zu viele bürokratische Hürden und „Stolpersteine“. Besonders kontraproduktiv ist die Minutenabrechnung von Pflegeleistungen. Ein Leistungserbringer macht deutlich: *„Egal welcher Dementer, wenn du es eilig hast, dann blockiert er, der kriegt Angst, der macht dicht. Und dann erreichst du das Gegenteil, der macht gar nichts“ (K20).*

Aufgrund des komplexen Hilfebedarfs sind in die Versorgung demenziell Erkrankter häufig mehrere Versorger eingebunden. Jedoch zeigen die Erfahrungen in der Praxis, dass die Zusammenarbeit außerhalb formalisierter Netzwerke oder integrierter Versorgungsverbände meist nicht funktioniert.

Die disziplinübergreifende Zusammenarbeit im ambulant komplementären Sektor wird von den Leistungserbringern vielerorts als unzureichend beschrieben. Es fehlt an Zeit, verbindliche beziehungsweise konstruktive Kooperationsbeziehungen einzugehen und vorhandenes Konkurrenzdenken aufzuweichen. Die Zusammenarbeit in der Region wird häufig nur mit einigen ausgewählten Partnern als förderlich erlebt, so dass meist „Insellösungen“ entstehen.

Dabei wird Vernetzung von den Leistungserbringern hoch bewertet: *„Das wäre die große Leistung ..., dass man überhaupt den Münchner Osten mal miteinander verknüpft, dass die Anbieter ins Gespräch kommen, dass man sich abspricht, eben wirklich Kooperationen macht“ (K08).*

Doch wie macht man echte Kooperation? Wie entwickeln sich lose Zusammenschlüsse zu regionalen Netzwerkstrukturen, „in denen Menschen in Fürsorge, als Selbstsorgende und als Umsorgte aufeinander bezogen sind“, wie Wendt und Wörle es 2007 so treffend beschrieben haben?

Bei dauerhaft angelegten Verbundprojekten handelt es sich um strukturell gebahnte und gesellschaftlich legitimierte Problemlösungsversuche abgestimmten und koordinierten Handelns verschiedener Akteure über sektorale Grenzen hinweg. Solche Netzwerke oder Verbände sind einem gemeinsamen Leitziel und einer Versorgungsethik verpflichtet.

Der Kollege Kumbruck hat 2001 resümiert: *„Kooperation ist kein Idealzustand, sondern ein Ringen um gemeinsames Handeln, das sich u. a. zwischen den Polen Arbeitsteilung und Kooperation, Konflikt und Kooperation, Konkurrenz und Kooperation, Individuums- und Gruppenorientierung, Koordination und Kooperation sowie Kommunikation und Kooperation bewegt.“*

Das ist schwierig, aber nicht unmöglich. Wenn Kooperation gelingt, entsteht Qualität: *„Die Qualität macht aus, dass es eine Netzstruktur ist, wo mehrere Fachrichtungen, also ... medizinisch, sozialarbeiterisch, pflegerisch zusammenarbeiten, koordiniert sind und speziell halt das Ziel haben, in dieser Problemgruppe aktiv zu sein“ (MK06).*

Ich möchte nochmals meine 2. These in Erinnerung rufen: Tragfähige Modelle von Koordination, Kooperation und Vernetzung erfordern zum Teil neue Organisationsformen und Steuerungsinstrumente in der Gesundheitsversorgung!

Die Leuchtturmprojekte haben deutlich vor Augen geführt: Erfolgreiche Netzwerk- oder Verbundstrukturen brauchen eine verantwortliche Koordinierung (z. B. im Sinne eines Verbundmanagements), die zwei zentrale Funktionen erfüllen muss:

1. die formale Kooperation des Netzwerkes/Verbundes zu gewährleisten und
2. die Vertretung des Netzwerkes/Verbundes nach außen und die Kommunikation nach innen sicherzustellen.

Vertragliche Regelungen beispielsweise binden die unterschiedlichen Kooperationspartner in das Versorgungsnetzwerk ein, schaffen Transparenz und stellen die regionale Versorgung sicher.

Dabei bedarf es in mehrfacher Hinsicht einer Nachbesserung der bestehenden Finanzierungssysteme:

- (1.) Erstens müssen derartige Steuerungs- und Managementleistungen **generell vergütet** werden. Netzwerkaufbau und Netzwerkpflge sind arbeitsintensiv und binden personelle Ressourcen.
- (2.) Zweitens bedarf es **finanzieller Anreize** für die Kooperationspartner, sich an einem solchen Verbund zu beteiligen, ohne an anderer Stelle dafür bestraft zu werden.
- (3.) Drittens steht der postulierte Wettbewerbsgedanke des SGB V einer integrierten Demenzversorgung **oftmals entgegen**, da mit jeder Kranken- und Pflegekasse eigens verhandelt werden muss und sich diese Logik mit der gesicherten flächendeckenden Versorgung aller Versicherten schneidet.

Meine dritte These knüpft unmittelbar an das bisher Gesagte an:

3. Der Aufbau von Netzwerken auf lokaler/regionaler Ebene ist ein essentielles Instrument einer effizienten und wirtschaftlichen Versorgung Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen

Im Falle einer Demenzerkrankung geht es um komplexe und schwierige Problemlagen und deren Bearbeitung in der Lebenswelt der Menschen. Erst durch die Einbindung lokaler Akteure gelingt eine personenzentrierte, kontinuierliche Versorgung.

Neben den professionellen Anbietern medizinischer, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen bedarf es deshalb einer aktiven Einbindung der Bürgerinnen und Bürger auf ganz unterschiedlichen Ebenen.

Im Sinne eines wohlfahrtpluralistischen Arrangements müssen künftig Selbsthilfe, Bürgerschaftliches Engagement und solidarfinanzierte Leistungen zusammengeführt und vor Ort weiterentwickelt werden. Auch hierfür braucht es freie Kapazitäten.

Hier sind insbesondere die Kommunen gefordert, die sich sowohl inhaltlich und personell als auch strukturell und finanziell an dem Aufbau und der Entwicklung regionaler Versorgungsnetzwerke oder -verbünde beteiligen und entsprechende Anreize schaffen müssen.

Perspektivisch liegt in den hier vorgestellten Vernetzungsprojekten die Chance, sich künftig dem anzunähern, was der Begriff „community care“ ausdrückt: „Territorialisierung von Verantwortung“, wie Prof. Klaus Dörner es nennt, die Kultivierung einer „sorgenden Gemeinschaft“ mit vielfältigen Beziehungen zwischen Sorgebedürftigen und potenziell Sorgenden.

4. Leuchttürme oder Luftschlösser - der steinige Weg der Verstetigung

Ich komme zum letzten Teil meines Vortrags und der Frage: *„Was bleibt von zwei Jahren Leuchtturmprojekten Demenz?“ Haben wir Leuchttürme oder Luftschlösser gebaut?*

Vor drei Jahren gab es anlässlich des Weltalzheimertages ein gemeinsames Symposium von BMG und BMBF. Dort wurden auch die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ mit auf den Weg gebracht. In der Einladung stand:

„Demenz ist eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft ... Wir brauchen gezielte Forschung, innovative Arzneimittel, neue Versorgungskonzepte. Wir brauchen gute Beispiele aus der Praxis, engagierte Einrichtungen, die Neues ausprobieren und zeigen, wie es im Alltag wirken kann“.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

sehr geehrte Frau Widmann-Mauz,

Die ‚Leuchtturmprojekte‘ im Themenfeld Koordinierung und Vernetzung sind konkrete Best-practice-Lösungen, die den Praxistest bestanden haben. Sie sind zukunftsweisend für eine der größten gesundheitspolitischen Versorgungsfragen unserer Zeit.

Wobei sich eines ganz deutlich zeigt: Integrierte Demenzversorgung muss sektoren- und säulenübergreifend stattfinden. Dementsprechend müssen (integrierte) Versor-

gungsverträge SGB V- und SGB XI-Leistungen vorsehen und darüber hinaus die kommunale Ebene berücksichtigen (SGB XII).

Eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen würde darüber hinaus bedeuten, komplementäre Leistungen (etwa des Versorgungs- oder Verbundmanagements) wesentlich deutlicher als bisher in die Vergütungsstruktur interdisziplinärer Versorgungsarrangements mit einzubeziehen und damit mehr Planungssicherheit für alle Beteiligten zu schaffen.

Durch die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ hat die Versorgung demenzieller PatientInnen in Deutschland deutlich an Qualität gewonnen. Das Geld war gut angelegt!

Aber: Erfolgreiche Projekte finden Nachahmer! Bei einigen der Projekte war sogar von Anfang an gefordert, eine Übertragbarkeit in den Blick zu nehmen und im Sinne einer Implementierungsstudie förderliche und hemmende Transferparameter herauszuarbeiten.

Die Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern ist hierfür ein Beispiel. Während der Modellphase konnten ca. 250 DemenzpatientInnen in die Erprobung eingeschlossen werden. Die Evaluationsergebnisse belegen positive patientInnenbezogene, strukturelle und Kosteneffekte. Festzuhalten ist, dass die aufsuchenden Hilfen von IDOB nachweislich eine drängende Versorgungslücke sowohl in der städtischen als auch in der ländlichen Modellregion schließen. Ein Antrag zur Weiterfinanzierung nach Ablauf der Modellerprobung als „Integrierte Demenzversorgung“ liegt seit bald einem dreiviertel Jahr bei der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassen zur Entscheidung!

Das heißt: Die größten Hindernisse sind Zeit und Geld!

Ohne Gegenfinanzierung bedeutet das Ende der Modellförderung auch das Aus für einen Großteil der entwickelten Vernetzungsstrukturen. Der Hinweis auf die aktuelle Finanzlage, fehlende Konkretionen seitens der Politik und unklare Zuständigkeiten ersticken sämtliche Verhandlungen bereits im Ansatz. Hier waren die zwei Jahre zu kurz, um zu einem tragfähigen Ergebnis zu kommen.

An diesem Punkt ist die Politik gefragt! Sehr geehrte Frau Widmann-Mauz, die demenzkranken Menschen und ihre Angehörigen brauchen Ihre Fürsprache und Ihren politischen Einfluss, um das Recht der Menschen auf eine Pflege und Versorgung in Würde künftig zu sichern.

Ohne eine entsprechende Unterstützung laufen die ‚Leuchtturmprojekte Demenz‘ ins Leere - und werden zu Luftschlössern! Wir machen die konkrete Erfahrung, dass innovative Projekte allzu häufig zerrieben werden im Konfliktfeld der Partikularinteressen. Auch fehlen echte wettbewerbliche Anreize zur Stärkung des ambulanten Sektors.

Die ‚Leuchtturm-Vernetzungsprojekte‘ schärfen den Blick für die Notwendigkeiten komplexer Versorgungsgestaltung, die im Falle schwieriger Indikationen (wie bei Demenz) mehrere Sektoren überspannt und eine Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung notwendig macht.

Es bietet sich an diesem Punkt die konkrete Gelegenheit, validierte neue Versorgungsansätze zu übertragen und auf regionaler Ebene flächendeckend strukturell zu verankern.

Persönliche Bemerkung

Schließen möchte ich mit einer persönlichen Bemerkung. Im Namen meiner Kolleginnen und Kollegen bedanke ich mich bei Frau Wilhelms und Herrn Rudolph vom zuständigen Fachreferat des BMG. Vielen Dank für Ihre fachlich versierte Begleitung und für das große inhaltliche Interesse an den ‚Leuchtturmprojekten Demenz‘. Es war außerordentlich bereichernd, mit Ihnen die Ergebnisse zu diskutieren und Strategien zur Umsetzung zu überlegen.

Bedanken möchte ich mich auch bei Frau Dr. Gehring und Herrn Dr. Ebert vom Projektträger DLR, die uns während der zweijährigen Projektlaufzeit kompetent begleitet haben, stets ansprechbar waren und in der Begleitung der äußerst verschiedenen und vielfältigen Projekte stets den Überblick behalten haben.