



Evaluation des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“

Abschlussbericht
für den Berichtszeitraum
09/2020 bis 12/2024

iso-Institut
Jana Rößler, Dr. Monika Ludwig

22. August 2025

Im Auftrag vom:



Bundesministerium
für Bildung, Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

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. Volker Hielscher.

Vertreter: Das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. wird gesetzlich vertreten durch den Geschäftsführer Prof. Dr. Volker Hielscher.

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß § 27a Umsatzsteuergesetz: DE138118160

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
1. Einleitung.....	1
2. Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland	4
2.1 Begriffliche Klärungen und Evaluationskonzept	4
2.2 Bestandsaufnahme	7
2.3 Zusammenfassung.....	25
3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland	27
3.1 Methodisches Vorgehen.....	27
3.2 Wirkung des aktuellen Bundesprogramms	29
3.3 Abdeckungsgrad mit Demenznetzwerken.....	31
4. Fallstudien.....	35
4.1 Methodisches Vorgehen.....	35
4.2 Lokale Vernetzung im Vergleich.....	38
4.3 Was bringt Kooperation?	63
4.4 Nutzung von Angeboten durch Menschen mit Demenz und Angehörige	66
5. Online-Befragung	70
5.1 Vorgehen und Methodik.....	70
5.2 Auswertung und Ergebnisse	72
6. Zusammenfassung und Diskussion.....	97
6.1 Ausbau von Unterstützung und Teilhabe	97
6.2 Bilaterale und multilaterale Kooperation	98
6.3 Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit.....	100
7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	102
7.1 Fortführung der Angebote zur Unterstützung und Teilhabe.....	102
7.2 Weiterentwicklung von Vernetzung	104
7.3 Begleitung und Unterstützung durch die Netzwerkstelle.....	107
Literaturverzeichnis	110

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen einer Netzwerkanalyse	5
Abbildung 2: Recherche zur Evaluation von Demenznetzwerken	7
Abbildung 3: Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland	9
Abbildung 4: Vernetzung durch eine Koordinationsstelle (Landkreis Amberg)	13
Abbildung 5: Versorgungspfad zugehende Patientenvermittlung	19
Abbildung 6: Lokale Allianzen und Demenznetzwerke in Deutschland (Stand: 09/2024)	28
Abbildung 7: Förderung von Lokalen Allianzen und Demenznetzwerken	30
Abbildung 8: Abdeckungsgrad der Bundesländer mit Netzwerken	31
Abbildung 9: Abdeckungsgrad der Bundesländer mit Demenznetzwerken	32
Abbildung 10: Ausrichtung der Lokalen Allianzen nach Gebieten	32
Abbildung 11: Durchschnittliche Fläche und Bewohnerzahl pro Landkreis nach Bundesland	33
Abbildung 12: Standorte der Fallstudien nach bevölkerungsstatistischen Merkmalen	35
Abbildung 13: Bevölkerung nach Altersgruppen und Anteil der demenziell erkrankten Personen	36
Abbildung 14: Samples der Fallstudien-Standorte	37
Abbildung 15: Kategorien der Inhaltsanalyse	38
Abbildung 16: Kooperation im Rahmen der Lokalen Allianz	42
Abbildung 17: Netzwerkarbeit in den Lokalen Allianzen	46
Abbildung 18: Neue Angebote und Aktivitäten der Lokalen Allianzen an den Fallstudien-Standorten	51
Abbildung 19: Fortführung der Lokalen Allianz	58
Abbildung 20: In Lokale Allianzen einbezogene kommunale Stellen	60
Abbildung 21: Effekte unterschiedlicher Formen der Kooperation	64
Abbildung 22: Gründungszeitpunkt der Lokalen Allianzen	74
Abbildung 23: Bedeutung der Institutionen für Harten Kern der Lokalen Allianz – Auswertung 1	76
Abbildung 24: Bedeutung der Institutionen für Harten Kern der Lokalen Allianz – Auswertung 2	77
Abbildung 25: Institutionen, die die Koordination übernehmen	79
Abbildung 26: Mittelfristige Ziele nach Rangfolge	80
Abbildung 27: In Förderwelle 3 und 4 umgesetzte Ziele	82
Abbildung 28: In Förderwelle 1 und 2 erreichte und nicht erreichte Ziele	83
Abbildung 29: Art der Personalstelle für Netzwerkkoordination	86
Abbildung 30: Formal vorgesehener Stellenumfang für Netzwerkkoordination	86
Abbildung 31: Arbeitsaufwand der Koordination pro Woche	87
Abbildung 32: Tatsächlicher Arbeitsaufwand in Abhängigkeit vom formalen Stellenumfang	87
Abbildung 33: Ausgaben für Sachmittel pro Jahr	88
Abbildung 34: Herkunft zusätzlicher Finanzmittel	89
Abbildung 35: Über das Bundesprogramm hinausgehende Finanzmittel	89
Abbildung 36: Formen der operativen Zusammenarbeit nach absteigender Häufigkeit	91
Abbildung 37: Formen der operativen Zusammenarbeit nach höchster Gewichtung	91
Abbildung 38: Formen der institutionellen Zusammenarbeit nach absteigender Häufigkeit	92
Abbildung 39: Formen der institutionellen Zusammenarbeit nach höchster Gewichtung	92
Abbildung 40: Operative und institutionelle Zusammenarbeit in Lokalen Allianzen	94
Abbildung 41: Entwicklung der Lokalen Allianz nach Ende der Bundesförderung	95
Abbildung 42: Weiterfinanzierung nach Ende der Bundesförderung	96

1. Einleitung

Wenn ältere Menschen (chronisch und mehrfach-) krank und pflegebedürftig werden, dann stellt es sich oft als eine komplexe Aufgabe dar, ein passendes Versorgungsarrangement zu organisieren, vor allem wenn ein Leben in der Häuslichkeit fortgeführt werden soll und somit Versorgung in einem ambulanten Setting zu organisieren ist. Dann sind an der Versorgung, neben den An- und Zugehörigen, unterschiedliche Institutionen, Organisationen und Professionen beteiligt, mit unterschiedlichem Auftrag, unterschiedlichen Zielen und unterschiedlichen Arbeitsweisen. Um zu einer Versorgung zu kommen, die dem Bedarf gerecht wird, müssen die beteiligten Akteure zusammenwirken. Deshalb werden Kooperationsmodelle schon seit einiger Zeit als „Königsweg“ zur Lösung von Versorgungsproblemen gehandelt (Schäfer-Walkmann et al. 2017: 12). Die verstärkte Etablierung von Netzwerken gehört dazu. Denn Netzwerken wird, neben der Bearbeitung komplexer Vorhaben, auch die Funktion zugeschrieben, notwendige Innovationsimpulse zu geben (Neugebauer/Beywl 2006: 249).

Eine besondere Herausforderung stellt die Tatsache dar, dass die Anzahl der Menschen mit Demenz künftig weiter zunehmen wird und von heute rund 1,8 Millionen auf geschätzt 2,7 Millionen betroffene Personen im Jahr 2050 anwachsen könnte (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2024: 1). Gleichzeitig ist damit zu rechnen, dass die Pflege durch die Angehörigen, die heute zwei Drittel aller Menschen mit demenzieller Erkrankung versorgen, weiter schrumpfen wird. Vor diesem Hintergrund haben sich in den vergangenen Jahren vor allem im ambulanten Bereich alternative Ansätze der Versorgung von Menschen mit Demenz entwickelt (vgl. zu einem Überblick etwa Kirstein et al. 2021). Zugleich sind die Ziele der Versorgung ausgeweitet worden. Es gilt nicht nur eine gute Pflege, sondern auch gute Behandlung und Sorge (Betreuung, Unterstützung, Teilhabe) sicherzustellen (Kricheldorf/Aner 2021). Auch hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Leistungen verschiedener Einrichtungen und Hilfesysteme stärker und besser zu verknüpfen (vgl. Hokema/Sulmann 2009; Bönisch 2017). Bi- und multilaterale Kooperation und Koordination sind erforderlich, um zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu kommen.

Deshalb fördern verschiedene Bundes- und Länderministerien sowie die Pflegekassen schon seit längerer Zeit auch Modellprojekte, die sich den Auf- und Ausbau von Vernetzung in diesem Arbeitsfeld zur Aufgabe gemacht haben. Grundlage vieler Modellprojekte ist seit 2002 § 45c Abs. 1 SGB XI, wonach unter anderem Modellvorhaben gefördert werden sollen, die neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige erproben, darunter auch Vernetzung. Zu den ersten Erprobungen von Vernetzung in diesem Förderkontext gehörten 10 Modellprojekte, die das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern in den Jahren 2004 bis 2007 unterstützt haben (vgl. Tschainer 2007, 2008; Tschainer/Hörmann 2006). Die Förderaktivitäten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit dieser Ausrichtung starteten mit dem „Leuchtturmprojekt Demenz“ (2008 bis 2010). Im Rahmen der Ressortforschung wurden 29 Projekte gefördert, darunter auch einige Projekte zum Aufbau von Demenznetzwerken bzw. zum Aufbau von sektorenübergreifender integrierter Versorgung von Menschen mit Demenz (Bundesministerium für Gesundheit 2011: 69 ff.). Im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ setzte das BMG sein diesbezügliches Engagement fort. Zu den in diesem Kontext geförderten Projekten gehörte auch die in den Jahren 2012 bis 2015 durchgeführte „Multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D)“ (vgl. zusammenfassend Schäfer-Walkmann et al. 2017), in der schwerpunktmäßig die (unterschiedlichen) Steuerungs- und Entwicklungsstrukturen der Demenznetzwerke untersucht wurde.

1. Einleitung

Zeitgleich gab das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2011 eine Expertise in Auftrag, um auf der Basis einer vergleichenden Analyse Nationaler Aktionspläne Demenz einige Handlungsempfehlungen für die Entwicklung einer Nationalen Demenzstrategie in Deutschland zu formulieren (Kirchen-Peters/Hielscher 2012: 4). In der Folgezeit wurde unter Federführung des BMFSFJ und des BMG gemeinsam mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, dem BMBF, den Ländern, den Verbänden der Pflege und des Gesundheitswesens, der Wissenschaft und der Zivilgesellschaft die Nationale Demenzstrategie erarbeitet und 2020 veröffentlicht. Sie möchte die bisherigen Maßnahmen zur Entwicklung einer demenzfreundlichen Gesellschaft zusammenführen und systematisch über vier Handlungsfelder weiterentwickeln (Nationale Demenzstrategie 2020).

Parallel hierzu hat das BMFSFJ mit dem Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz auch eine eigene umfangreiche und zeitlich ausgreifende Förderlinie aufgelegt, die auf die Umsetzung von Vernetzung zielt. In erster Auflage wurde dieses Bundesprogramm in den Jahren 2012 bis 2018 in rund 500 Projekten umgesetzt und evaluiert (vgl. Bartsch et al. 2020; Mäder 2021). Seit 2018 werden die Lokalen Allianzen durch eine vom BMFSFJ geförderte Netzwerkstelle bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO) fachlich begleitet. Die Neuauflage des Programms startete im Jahr 2020 und wird noch bis Ende des Jahres 2026 fortgesetzt. In fünf Wellen haben sich seither rund 120 neue Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz gegründet.

Das Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz ist darauf ausgerichtet, die Lebenssituation und Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Zu diesem Zweck sollen durch Zusammenarbeit von Akteuren aus Pflege, Gesundheits- und Sozialwesen niedrigschwellige Angebote geschaffen oder weiterentwickelt werden, und zwar in mindestens einem der folgenden Schwerpunkte:

- Förderung der Teilhabe von Menschen mit Demenz durch Sport-, Kultur-, Bildungs- und Urlaubsangebote sowie generationenübergreifende und inklusive Angebote wie Cafés oder Mittagstische,
- Unterstützung von Menschen mit Demenz in einem frühen Stadium der Erkrankung, insbesondere durch ehrenamtliche Erstbegleitung,
- Unterstützung im Alltag, zum Beispiel durch Auf- und Ausbau von Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Helferkreise und ehrenamtliche Besuchsdienste in Einrichtungen,
- Unterstützung pflegender Angehöriger durch Präventions- und Entlastungsangebote sowie Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Weitere Programmvorgaben beziehen sich auf die Akteure, die in Lokalen Allianzen einzubeziehen sind: Eine Lokale Allianz muss neben dem Antragsteller weitere vier Partner aufnehmen, darunter einen „kommunalen Akteur“. Einrichtungen der Seniorenarbeit, Pflegestützpunkte oder Pflegeberatungsstellen sowie bereits vorhandene Demenznetzwerke werden als Partner gewünscht. Jede Lokale Allianz wird mit insgesamt 30.000,00 Euro für drei Jahre gefördert. Um passende Angebote zu entwickeln, soll auf die Expertise der örtlichen Pflege- und Altenhilfeplanung zurückgegriffen werden. Auch die Fachstellen und Kompetenzzentren Demenz der Länder können beteiligt werden.

Deutlich stärker als in anderen Programmen werden im Modellprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz vor allem Impulse dafür gesetzt, Inklusion und Teilhabe von Menschen mit Demenz zu stärken

und auszubauen. Das Bundesprogramm unterstützt damit das Handlungsfeld 1 der Nationalen Demenzstrategie, das zum Ziel hat, Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufzubauen. Das Bundesprogramm hat zudem Anreize für eine nachhaltige Etablierung der Demenznetzwerke über den Förderzeitraum hinaus gesetzt, „unter anderem durch Begleitung und Unterstützung durch die Netzwerkstelle der BAGSO und aktive kommunale Beteiligung“, wie es in dem Faktenblatt Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz (Stand: März 2023) heißt.

Das *iso*-Institut wurde mit der Evaluation des aktuellen Bundesprogramms Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz (2020 bis 2026) beauftragt. Ziel dieser Evaluation ist es, das Bundesprogramm zu bewerten und auf dieser Grundlage Handlungsempfehlungen abzuleiten. Dazu wird der Frage nachgegangen, welche Ergebnisse und Erfolge durch Vernetzung erzielt wurden, welche Faktoren diese Erfolge begünstigt oder erschwert haben und inwieweit Menschen mit Demenz und ihren Zu- und Angehörigen die angebotenen Teilhabechancen annehmen und verwirklichen konnten.

Um die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, wurden mehrere Online-Befragungen der Projektkoordinationen und teilweise der Partner durchgeführt, umfangreiche Fallstudien an acht Standorten von Lokalen Allianzen sowie eine umfassende Recherche umgesetzt und auf dieser Grundlage die räumliche Verteilung aktuell tätiger Demenznetzwerke in ganz Deutschland analysiert.

In Kapitel 2 folgt eine Bestandsaufnahme, die Erkenntnisse aus Berichten über die Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland zusammenträgt und systematisiert. Diese Bestandsaufnahme soll bei der Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Evaluation des aktuellen Bundesprogramms Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz (2020 bis 2026) unterstützen. In Kapitel 0 werden die Ergebnisse der Recherche zu Häufigkeit und Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland vorgestellt. In Kapitel 4 wird über Durchführung und Erkenntnisse der Fallstudien berichtet und in Kapitel 5 erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Online-Befragungen. Es folgen Zusammenfassung, Diskussion und Bewertung der Ergebnisse (Kapitel 6). In Kapitel 7 werden daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet.

2. Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland

Um die Arbeit der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz bewerten zu können, ist es auch erforderlich, ihren Beitrag zur Unterstützung von Menschen mit Demenz in das „Feld“ der Demenznetzwerke und vergleichbarer vernetzter Versorgungsstrukturen einzuordnen. In diesem Kapitel wird daher eine Bestandsaufnahme vorgenommen, die auf einer Auswertung zugänglicher Evaluationen von Demenznetzwerken in Deutschland basiert. Nach einer Klärung begrifflicher Grundlagen (Abschnitt 2.1) und der Darstellung der Recherchestrategie werden typische Gestaltungsvarianten von „Vernetzung“ unterschieden und beschrieben (Abschnitt 2.2). Das Kapitel schließt mit einer Zusammenfassung (Abschnitt 2.3).

2.1 Begriffliche Klärungen und Evaluationskonzept

In der Fachliteratur, in den Evaluationsberichten (die in die Bestandsaufnahme einbezogen sind) und auch in den Interviews mit den Akteurinnen und Akteuren der Lokalen Allianzen (siehe dazu Kapitel 4) wird häufig der Begriff „Vernetzung“ verwendet, um ganz allgemein die Zusammenarbeit mit anderen Personen und/oder Organisationen zu bezeichnen, und zwar ganz unabhängig davon, wie diese Zusammenarbeit im Einzelnen ausgestaltet ist. Diesem Sprachgebrauch wird auch im vorliegenden Bericht insofern gefolgt, als der Begriff „Vernetzung“ übergreifend verwendet wird, also dann, wenn diverse oder beliebige Formen der Zusammenarbeit gemeint sind. Im Unterschied dazu wird unter „Netzwerk“ in diesem Bericht eine spezifische Form der institutionellen Zusammenarbeit verstanden und der Begriff „Netzwerk“ nur verwendet, wenn diese spezielle Form der Zusammenarbeit auch vorliegt oder gemeint ist. „Vernetzung“ und „Netzwerk“ bezeichnen in diesem Bericht also verschiedene Sachverhalte.

Mit den Begriffen Kooperation, Koordination und Netzwerk werden in der Literatur unterschiedliche Stufen mehr oder weniger intensiver Zusammenarbeit von Akteuren voneinander abgegrenzt: Bei einer **Kooperation** stimmen mehrere Partner ihre Handlungen (innerhalb eines Vorhabens) aufeinander ab, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Bei einer **Koordination** wird eine Vielzahl unterschiedlicher kooperativer Handlungen (unterschiedlicher Vorhaben) systematisch(er) auf ein Ziel ausgerichtet. Ein **Netzwerk** stellt einen Spezialfall von Kooperation dar, insofern es sich um eine Form der **institutionalisierten Kooperation** handelt (Reis 2020: 66f.), einer Zusammenarbeit zwischen mehreren Organisationen, die auf eine längere Dauer angelegt ist und nach (schriftlich) vereinbarten Regeln abläuft. Die beteiligten Partner bringen jeweils unterschiedliche Fähigkeiten, Motivationen und Ressourcen in das Netzwerk ein. So können Ergebnisse erreicht werden, die nur durch das Zusammenwirken mehrerer Partner möglich sind („Synergieeffekte“, „Emergenzgewinne“).

Zur Beschreibung von Netzwerken können unterschiedliche Typologien genutzt werden. Für die Ergebnisdarstellung in Kapitel 4 ist zunächst die einfache Unterscheidung von direkten und indirekten Netzwerken von Bedeutung, denn die untersuchten Lokalen Allianzen kommen typischerweise in beiden Formen vor. Als „indirekte Netzwerke“ können Anhäufungen von **bilateralen Kooperationen** um einen zentralen Akteur bezeichnet werden. Das bedeutet, dass dieser zentrale Akteur mit jedem Partner eigenständig zusammenarbeitet. In „direkten“ Netzwerken stehen demgegenüber mehrere Partner gleichzeitig in Kontakt miteinander (Reis 2020: 71) und arbeiten wie ein Team zusammen – sie bilden **multilaterale Kooperationen**. Kooperation kann auf **institutioneller und operativer Ebene** stattfinden. Kooperation auf institutioneller Ebene heißt, dass die Beteiligten den Rahmen ihrer Zusammenarbeit aushandeln, also Ziele, Regeln und Strukturen selbst festlegen, reflektieren und forschreiben. Innerhalb dieses (institutionellen)

Rahmens werden konkrete Projekte oder Aktivitäten umgesetzt (operative Ebene), ebenfalls in der Zusammenarbeit von mehreren Partnern.

Für die Beschreibung und Einordnung der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz ist auch die Unterscheidung von „richtungsoffenen“ und „zielgerichteten“ Netzwerken von Bedeutung. Mit Hilfe der folgenden Typologie können Stufen von (unterschiedlich intensiven) Kooperationsbeziehungen bestimmt werden (Reis 2020: 73 f.):

- Bei **Informationsnetzwerken** werden Informationen ausgetauscht, die für alle relevant sind, aber von jedem beteiligten Akteur nach eigenen Kriterien weiterverarbeitet werden.
- Bei **milieubildenden Netzwerken** wird ein gemeinsames (politisches) Thema formuliert, das gemäß geteilten Werten, Handlungskonzepten und Professionsvorstellungen über längere Zeit bzw. dauerhaft bearbeitet wird.
- Bei **Projektnetzwerken** handelt es sich um „temporäre Netzwerke“, die eine übergreifende Aufgabenstellung in einem befristeten Zeitraum bearbeiten.
- **Produktionsnetzwerke** zeichnen sich demgegenüber dadurch aus, „dass autonome Organisationen über einen z. T. längeren Zeitraum hinweg gemeinsam Produkte herstellen und/oder Dienstleistungen erbringen“. Dies erfordert eine intensivere (verbindlichere) Form der Zusammenarbeit.

Die Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz tauschen Informationen aus, erarbeiten sich eine Haltung zum Thema Demenz und entwickeln auf dieser Grundlage Veranstaltungen und Unterstützungsangebote für die Zielgruppen. Insofern können viele Lokale Allianzen als eine Mischung aus milieubildenden Netzwerken und Projektnetzwerken eingeordnet werden. Produktionsnetzwerke finden sich unter den Lokalen Allianzen eher weniger, denn ein längerfristiges Programm mit verlässlichen Angeboten auf die Beine zu stellen, erweist sich unter den in der Regel gegebenen Bedingungen (befristete Förderung, begrenzte Mittel) als herausfordernd und nur unter bestimmten Umständen machbar.

Die Evaluation des aktuellen Bundesprogramms Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz (2020 bis 2026) orientiert sich am „Leitfaden zur Bewertung von Kooperation in Netzwerken“ (Gajo et al. 2013). Dort werden drei Ebenen eines Netzwerks unterschieden: das **Gesamtnetzwerk**, die **Netzwerkknoten** und die **Akteure** des Netzwerks. Aufgaben, Rahmenbedingungen und Leistungen jeder Ebene sollen im Detail analysiert werden (Gajo et al. 2013: 6 ff.). Dafür wird ein „Werkzeug“ vorgeschlagen, welches auf sechs Dimensionen abhebt und dafür erfolgskritische Merkmale definiert (Gajo et al. 2013: 10):

Abbildung 1: Dimensionen einer Netzwerkanalyse

Dimension	Erfolgskritische Merkmale
Zielsystem	Leitbild, Ziele, Profil, Schnittmenge zwischen Interessen
Nachhaltigkeit	Stabilität, Konstanz, Scaling Up, Diffusion
Akteurslandschaft	Komplementarität, Kompetenzen, Ressourcen, Aufgabendefinition, Regelungen zur Konkurrenz
Steuerung	Management, Gestaltungsmacht der Knoten, Moderation, Zielorientierung/Verbindlichkeit, Dokumentation
Interaktion	Umgang/Vertrauen, Transparenz, Verantwortung, Reziprozität, Kooperation im Team
Nutzen	Funktionalität, Effizienz, Effektivität (Zielerreichung), Emergenzgewinn

Zielsystem: Im Leitbild werden Prämissen, Selbstverständnis, gesellschaftliche Vision und der Umgang miteinander umrissen. Strategische Ziele sind klar definiert und werden von allen geteilt. Beteiligte und Außenstehende können das Profil des Netzwerks erkennen und charakterisieren, so dass klar ist, was erwartet werden kann und was nicht. Die Interessen der einzelnen Akteurinnen und Akteure überschneiden sich in einem hinreichenden Ausmaß.

Nachhaltigkeit: Es gibt einen Stamm an Akteurinnen und Akteuren, der sicherstellt, dass stabil gearbeitet werden kann. Das Netzwerk arbeitet über die Förderperiode hinaus kontinuierlich weiter. Es kann dabei wachsen und sich verändern. Die Ergebnisse wirken über das Netzwerk selbst hinaus und erreichen Außenstehende.

Akteurslandschaft: Fähigkeiten und Kompetenzen der beteiligten Akteure ergänzen sich in fachlicher, organisatorischer, politischer und ethischer Hinsicht und fügen sich sinnvoll zu einem Ganzen zusammen. Ressourcen reichen aus, um den tatsächlichen (hohen) Aufwand für Steuerung, Koordination, Treffen, Vor- und Nacharbeit und kontinuierliche Kommunikation abzudecken. Die Aufgaben der einzelnen Partner sind eindeutig definiert und passen zueinander. In den Kooperationsvereinbarungen werden auch Fragen der Konkurrenz geregelt.

Steuerung: Das Management ist gut organisiert und macht das Netzwerk handlungsfähig, ohne es zu beherrschen. Im Alltag können Entscheidungen schnell getroffen werden, führen aber nicht dazu, dass die anderen Akteure keine Verantwortung mehr übernehmen können oder wollen. Es gibt eine anerkannte Moderation, die unabhängig von institutionellen Zwängen agieren kann, den Dialog unter den Beteiligten fördert und die Entscheidungsfindung unterstützt. Es wird dafür gesorgt, dass sich alle Netzwerkpartner an der Bearbeitung der angestrebten Ziele beteiligen. Mittels kontinuierlicher Dokumentation von Entscheidungen und Arbeitsergebnissen wird gegenüber Öffentlichkeit und Auftraggebern Rechenschaft abgelegt.

Interaktion: Die Beteiligten pflegen einen offenen, wertschätzenden Umgang miteinander, der schrittweise zum Aufbau von Vertrauen führt. Informationen werden umfassend nach innen und außen kommuniziert, so dass Ziele, Vorgehen und Stand der Arbeit jederzeit nachvollzogen werden können. Geben und Nehmen im Netzwerk ist ausgeglichen, jeder Akteur trägt zur Kooperation bei und zieht auch einen Nutzen daraus.

Nutzen: Aufbau und Arbeitsprozesse des Netzwerks dienen der Erreichung der Ziele (Funktionalität). Der nötige Aufwand hält sich in vertretbaren Grenzen. Die erreichten Ergebnisse werden differenziert betrachtet und – auch im Verhältnis zum Aufwand – bewertet. Es wird festgestellt, welche Ergebnisse nur durch das Zusammenwirken als Netzwerk zu erreichen waren (Emergenzgewinn).

Sowohl die im nächsten Abschnitt 2.2 vorgestellte Bestandsaufnahme der Evaluationen von Demenznetzwerken als auch die Auswertung der erhobenen Daten (Online-Befragungen, Fallstudien) zur Evaluation des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ orientieren sich an den vorgestellten Dimensionen und ihren erfolgskritischen Merkmalen.

2.2 Bestandsaufnahme

Vernetzung im Bereich Demenz voranzubringen, war vor allem das Ziel verschiedener Förderprogramme des Spitzenverbands der Pflegekassen, des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), so auch das Bundesprogramm zur Förderung von „Localen Allianzen für Menschen mit Demenz“. Diese Projekte wurden evaluiert, daher existieren vor allem Evaluationsberichte über „Vernetzung“. Übersichtsarbeiten über diese evaluierten „Demenznetzwerke“ in Deutschland, über ihre Ausgestaltung, Arbeitsweisen und Ergebnisse existieren bisher jedoch nicht.

Vor diesem Hintergrund ist zunächst eine Bestandsaufnahme zum vorliegenden Wissens- und Erfahrungsstand erforderlich. Dabei geht es in einem ersten Schritt darum, ein heterogenes Forschungsfeld zu strukturieren und zu diesem Zweck relevante Themen und Arbeitsbegriffe herauszuarbeiten. Die zu erstellende Bestandsaufnahme ist insoweit explorativ angelegt und orientiert sich daher beim Vorgehen in etwa an einem Scoping Review. Die Bestandsaufnahme dient wie ein Scoping Review dazu, „Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden, Arbeitsdefinitionen zu erstellen oder die inhaltlichen Grenzen eines Themas abzustecken“, und dazu werden „die Ergebnisse von Forschungsstudien jedweder Methodik als potenzielle Quellen glaubwürdiger Evidenz betrachtet“ (Elm et al. 2019: 2).

2.2.1 Recherche zur Evaluation von Demenznetzwerken

Gegenstand der Recherche waren Demenznetzwerke, speziell Zusammensetzung, Ausgestaltung und Ergebnisse dieser Kooperationen. Dabei wurde nach Demenznetzwerken im engeren Sinn gesucht, Pflege- oder Gesundheitsnetzwerke dagegen wurden bei der Recherche ausgeschlossen. Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise der Evaluation wurden keine Einschränkungen definiert.

Bei der Recherche wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst wurde in einschlägigen, frei zugänglichen Datenbanken mit Hilfe spezifischer Schlagworte nach Evaluationsberichten (bzw. „Endberichten“, „Abschlussberichten“ und „Schlussberichten“) gesucht, die auf folgende Inhalte ausgerichtet waren: Demenz, Demenznetz, Netzwerk, regionales Netzwerk, Vernetzung. Als zielführend erwies sich die Kombination der Schlagworte „Demenz“ und „Netzwerk“ und „Evaluation“. Wenn nötig, wurde der Zeitraum der Erscheinung eingeschränkt. Die Suche beschränkte sich auf verfügbare Volltexte.

Abbildung 2: Recherche zur Evaluation von Demenznetzwerken

Quelle	Suchbegriff	Zeitraum	Treffer	relevante Treffer
SULB	Demenz Netzwerk Evaluation	Nicht limitiert	2	0
DBIS	Demenz Netzwerk	Nicht limitiert	0	0
HTW Saar	Demenznetzwerk Evaluationsbericht	Nicht limitiert	247	2
	Demenznetzwerk Evaluation	Nicht limitiert	7.412	2
	Demenznetz Evaluation	Nicht limitiert	5	2
ZQP Forschungs-datenbank	Demenz AND regionale Netzwerke Evaluation	Ab 2005	17	6
	Demenz AND Netzwerke Evaluation	Ab 2005	12	5
Researchgate	Demenz Netzwerk Evaluation	Nicht limitiert	[10 Seiten]	2
Google Scholar	Demenz Netzwerk Evaluation	Nicht limitiert	8.810	9
	Demenz regionale Kooperation	Nicht limitiert	5.770	0

2. Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland

Quelle	Suchbegriff	Zeitraum	Treffer	relevante Treffer
	Demenz regionales Netzwerk Evaluationsbericht	Nicht limitiert	92	1
	Demenz Hilfsnetzwerk	Nicht limitiert	65	1
	Demenznetz	Nicht limitiert	145	2
	Demenznetzwerk Endbericht	Nicht limitiert	8	3
	Demenznetzwerk Evaluation Bundesländer	Nicht limitiert	21	1
GeroLit	Demenz Netzwerk Evaluation	Nicht limitiert	0	0
	Demenz Vernetzung Evaluation	Nicht limitiert	0	0

Aus der Trefferliste wurden Dokumente ausgeschieden, die sich in allgemeiner Form mit Demenz befassten, auf Gesundheits- oder Pflegenetzwerke beziehen oder als Volltext nicht online verfügbar waren. Zu den relevanten Treffern gehörten vor allem Evaluationsberichte, aber auch einige Publikationen in Fachzeitschriften. Im weiteren Verlauf der Recherche wurde auf den Websites der entsprechenden Ministerien gezielt nach Projekten bzw. Evaluationen gesucht, die im Kontext von Programmen zur Förderung der Weiterentwicklung der (regionalen) Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz angesiedelt waren und daher evaluiert wurden, z. B. die Leuchtturmprojekte Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) oder die Modellprojekte nach § 45c SGB XI in Bayern, die durch das bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege sowie die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern gefördert wurden. Im Zuge dieser Recherche wurden weitere relevante Abschlussberichte gefunden. Schließlich wurden die Literaturlisten aller eingeschlossenen Berichte gesichtet und dabei weitere relevante Titel erfasst. Bei der Bearbeitung der Volltexte zeigte sich bei einigen Arbeiten, dass sie zwar die Begriffe „Vernetzung“ oder „Netzwerk“ im Titel führten, aber die Untersuchung eines (institutionellen) Netzwerks tatsächlich nicht der Schwerpunkt der Berichte war oder kaum Informationen zu den untersuchten Dimensionen in dieser Veröffentlichung enthalten waren. Diese nicht einschlägigen Arbeiten wurden wieder aus der Betrachtung ausgeschieden. Für die Bestandsaufnahme verblieben 23 Projekte. Über Titel, Förderkontext, Region, Zeitraum, Methodik und Gegenstand der einbezogenen Projekte im Einzelnen informiert die folgende Abbildung 3.

Abbildung 3: Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland

Nr.	Projektbezeichnung	Förderkontext	Land	Zeitraum	Methoden	Vernetzungsform
1	Helper-Verbund (München)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2007	Erfahrungsbericht	Netzwerk
2	Senioren zu Hause (Landkreis Straubing-Bogen)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2006	Erfahrungsbericht	(Koordinationsstelle)
3	Zentrale Verbundstelle (Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2006	Erfahrungsbericht	Koordinationsstelle
4	Hilfe vor Ort (München-Haar)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2007	Erfahrungsbericht	Kooperation
5	Die Insel (Landkreis Hof)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2007	Erfahrungsbericht	Netzwerk
6	Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (Landkreis Amberg-Sulzbach)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2007	Erfahrungsbericht	Koordinationsstelle
7	KLAR – Kreative Lösungen im Alter (Landkreis Forchheim)	§ 45c SGB XI	BY	2004-2008	Erfahrungsbericht	Koordinationsstelle
8	Demenzzentrum Lichtblick (Münnerstadt)	§ 45c SGB XI	BY	2006-2007	Erfahrungsbericht	Koordinationsstelle
9	Netzwerk Demenz (Nürnberg)	§ 45c SGB XI	BY	2008-2011	Erfahrungsbericht	Netzwerk
10	Interkulturelles Netz Altenhilfe (Augsburg)	§ 45c SGB XI	BY	2010-2015	Erfahrungsbericht	Koordinationsstelle
11	Demenznetzwerk Kreis Mettmann	Leuchtturm	NW	2008-2010	Methoden: DA, EX, FG, NU, SB Informanten: AK, ANG, EA, PA, PK	Netzwerk
12	Demenznetz StädteRegion Aachen	Leuchtturm § 45c SGB XI Lokale Allianz	NW	2008-2010 2010-2013 2013-2015	Methoden: DA, SB Informanten: ANG	Netzwerk
13	Demenznetz Uckermark	Leuchtturm	BB	(seit 2004) 2008-2010	Methoden: DOK, SKA Informanten: ANG, MmD	Netzwerk
14	Integrierte Versorgung in Oberbayern (IDOB)	Leuchtturm	BY	2008-2010	Methoden: DOK, EX, NU, SB, SKA Informanten: ANG, MmD, PA, PK	Koordinationsstelle
15	Frühzeitige Informationen und Hilfen bei Demenz (FIDEM)	§ 45c SGB XI	NI	2009-2016	Methoden: DA, EX, SB Informanten: HÄ, PA	Netzwerke
16	Netzwerk Aktion Demenz Potsdam-Mittelmark	unbekannt	BB	2012-2013	Methoden: DA, OB Informanten: ANG, EA, PA, PK	Koordinationsstelle

2. Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland

Nr.	Projektbezeichnung	Förderkontext	Land	Zeitraum	Methoden	Vernetzungsform
17	Caritas Fachzentrum Demenz (Landkreise Eifel, Mosel, Ahr)	§ 45c SGB XI	RP	2012-2014	Methoden: EX, WKS Informanten: AK, MA	Koordinationsstelle
18	Landesfachstelle Demenz	§ 45c SGB XI	SL	2012-2015	Methoden: DA, EX, SB, TB, WKS Informanten: PA, PK	Koordinationsstelle
19	DemNet-D-Studie	Zukunftswerkstatt Demenz	BB, B, MV, NW	2012-2015	Methoden: EX, GD, SKA Informanten: ANG, MmD, PA, PK	Netzwerke
20	Projekt „Demenz: Entlassung in die Lücke“ (Stadt und Landkreis Gießen)	Diakonisches Werk Gießen	HE	2012-2016	Methoden: DOK, EX, GK NU, SB, TB Informanten: AK, ANG, MA, PA	Netzwerk
21	Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“	BMFSFJ	alle	2012-2018	Methoden: DA, EX, OB Informanten: KOM, PA, PK	Netzwerke
22	Demenznetzwerk Hamburg-Lohbrügge	§ 45c SGB XI	HH	2013-2016	Methoden: DOK, NU, SB Informanten: ANG, MA, NU, PA	Netzwerk
23	Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz	Landesvereinigung Gesundheitsförderung	RP	2015	Methoden: OB, WKS Informanten: PK	Netzwerke

Erläuterungen:

Bundesland: BW = Baden-Württemberg; BY = Bayern; BE = Berlin; BB = Brandenburg; HB = Bremen; HH = Hamburg; HE = Hessen; MV = Mecklenburg-Vorpommern; NI = Niedersachsen; NW = Nordrhein-Westfalen; RP = Rheinland-Pfalz; SL = Saarland; SN = Sachsen; ST = Sachsen-Anhalt; SH = Schleswig-Holstein; TH = Thüringen.

Methoden: DA = Dokumentenanalyse; DOK = Dokumentation; Erfahrungsbericht = Erfahrungsbericht unter punktueller Nutzung von Befragungen und Interviews (Projektleitung, Partner, Akteure, Angehörige); EX = leitfadengestütztes Experteninterview; FG = Fokusgruppeninterview; GD = Gruppendiskussion; NU = leitfadengestütztes Nutzerinterview; OB = Online-Befragung; SB = standardisierte schriftliche Befragung; SKA = Erhebung mittels standardisierter Skalen; TB = teilnehmende Beobachtung; WKS = Workshop.

Informanten: AK = Akteure (im Umfeld eines Netzwerks angesiedelte Organisationen, die nicht Partner des Netzwerks sind); ANG = Angehörige; EA = Ehrenamtliche; HÄ = Hausärzte; KOM = Kommune; MA = Mitarbeitende einer Organisation; MmD = Menschen mit Demenz; PA = Partner des Netzwerks; PK = Projektkoordination.

Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise und ihrer schriftlichen Darstellung unterscheiden sich die Evaluationsberichte deutlich. Einige Berichte (vor allem über die frühen Projekte in Bayern) enthalten kaum Informationen zur Methodik, in diesen Berichten sind die Ausführungen dazu sehr knapp gehalten. In den meisten Evaluationsvorhaben wurde ein Mix an Methoden eingesetzt. Gleichwohl unterscheidet sich dieser Mix von Projekt zu Projekt, was den Methoden-Mix im Einzelnen und die Anzahl der befragten Akteursgruppen und Akteure angeht.

Die Auswertung der einbezogenen Berichte orientierte sich im Vorgehen an einer Dokumentenanalyse. Dabei wurden die sechs Dimensionen des Evaluationskonzepts (siehe oben Abbildung 1) als Raster zur Auswertung benutzt, das heißt, die Informationen zu Zielen, Nachhaltigkeit, Akteuren, Steuerung, Interaktion und Nutzen wurden betrachtet und zusammengefasst. Nicht in jedem Bericht konnten (viele, differenzierte) Informationen zu jeder Dimension gefunden werden. Das bedeutet, dass die „Landschaft“ der vorliegenden Berichte in methodischer und in inhaltlicher Hinsicht durch eine große Heterogenität gekennzeichnet ist.

Aus der Abbildung 3 zur Dokumentation der einbezogenen Modellprojekte geht weiter hervor, dass in den Vorhaben unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit umgesetzt wurden. Zur Charakterisierung wird auf die oben eingeführten Begrifflichkeiten zurückgegriffen (Vernetzung als Oberbegriff für die Formen Kooperation, Koordination, Netzwerk). In den meisten der in der Abbildung 3 verzeichneten Evaluationsberichte wird ein einzelnes Netzwerk oder Projekt untersucht. Diese Einzelprojekte unterscheiden sich im Gegenstand der Untersuchung: In den frühen Modellprojekten in Bayern wird **Vernetzung** betrachtet, also unterschiedliche, teilweise nebeneinanderstehende Formen der bilateralen und multilateralen Kooperation und Koordination. In einigen Berichten steht die Steuerung von unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit (bilaterale Kooperationen, multilaterale Kooperationen) durch eine **Koordinationsstelle** im Fokus (Abschnitt 2.2.2). Verschiedene Formen der multilateralen Kooperation in **Demenznetzwerken** werden in den Abschnitten 2.2.3 (Einzelnetzwerk) und 2.2.4 (Vergleich von Netzwerken) beschrieben.

2.2.2 Evaluation von Koordinationsstellen

Die ersten Evaluationen von Einzelprojekten zur Vernetzung liegen inzwischen 20 Jahre zurück. Grundlage dieser ersten (und der meisten hier betrachteten evaluierten) Projekte war § 45c SGB XI, wonach u. a. Modellvorhaben gefördert werden sollten, die neue Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige und insbesondere „Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung“ erproben. Solche Modellvorhaben sollten damals längstens fünf Jahre dauern und mussten wissenschaftlich begleitet bzw. ausgewertet werden.¹

In Bayern wurden auf dieser Grundlage schon früh 15 Modellprojekte gefördert, von denen rund zwei Drittel auch mit „Vernetzung“ befasst waren (vgl. die Projekte mit den Nummern 1 bis 10 in Abbildung 3). Alle Projekte wurden durch das Institut aufschwungalt evaluiert.² Zur Evaluation dieser Projekte wurden auch (kleine) standardisierte Befragungen und offene Interviews durchgeführt. Genaue Angaben zum methodischen Vorgehen fehlen allerdings. So scheint ein erheblicher Teil der Informationen zur Bewertung der

¹ Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen wurde § 45c SGB XI mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz zum 1. Januar 2002 eingeführt. Trotz vieler Änderungen und Ergänzungen von § 45c SGB XI ist die Förderung von Modellvorhaben, die Menschen mit Demenz zugutekommen, in seinem Regelungsgehalt bis heute gleich geblieben (vgl. § 45c Abs. 1 und 5 SGB XI).

² Vgl. <https://www.aufschwungalt.de/publikationen/>.

Projekte eher aus der Beratung der Projekte zu stammen und weniger aus systematischen Erhebungen. Gleichwohl lassen sich aus den Berichten erste wichtige Erkenntnisse zur Strukturierung dieses Forschungsfeldes gewinnen.

In allen betrachteten Formen der Vernetzung wurden (und werden) vergleichbare Aufgaben bearbeitet: Die Aktivitäten dieser Modellprojekte zielten (und zielen) darauf, **niedrigschwellige Versorgungs- und Entlastungsangebote** für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufzubauen oder zu erweitern. Dazu zählen vor allem:

- die Einrichtung von (außerhäuslichen) Betreuungsgruppen und der Einsatz von ehrenamtlich Helfenden zur häuslichen Einzelbetreuung im Alltag;
- die Gewinnung, Schulung und Begleitung von ehrenamtlich engagierten Personen,
- der Aufbau von Angehörigengruppen, sowie
- die Schulung von Angehörigen („Pflegekurse“).

Angebote zur Teilhabe an der Gemeinschaft wurden in dieser frühen Phase (der Einrichtung von Modellprojekten nach § 45c SGB XI) nur sehr vereinzelt geschaffen. Begleitet wurde der Aufbau von niedrigschweligen Angeboten fast überall durch eine intensive **Öffentlichkeitsarbeit** zum Thema Demenz und zu den Angeboten vor Ort. Information und Aufklärung sollten zu einer Enttabuisierung dieses Themas in der Öffentlichkeit, zum Abbau von Ängsten und Hemmschwellen sowie zur Förderung von Akzeptanz dienen. Die Beteiligten entwickelten dazu unterschiedliche Formate:

- Demenz-Wegweiser und andere Informationsmaterialien,
- Informationsveranstaltungen, z. B. Demenz-Woche,
- Ausstellungen, Film- und Radiobeiträge, Plakat-Kampagnen, usw.
- Schulung unterschiedlicher Berufsgruppen.

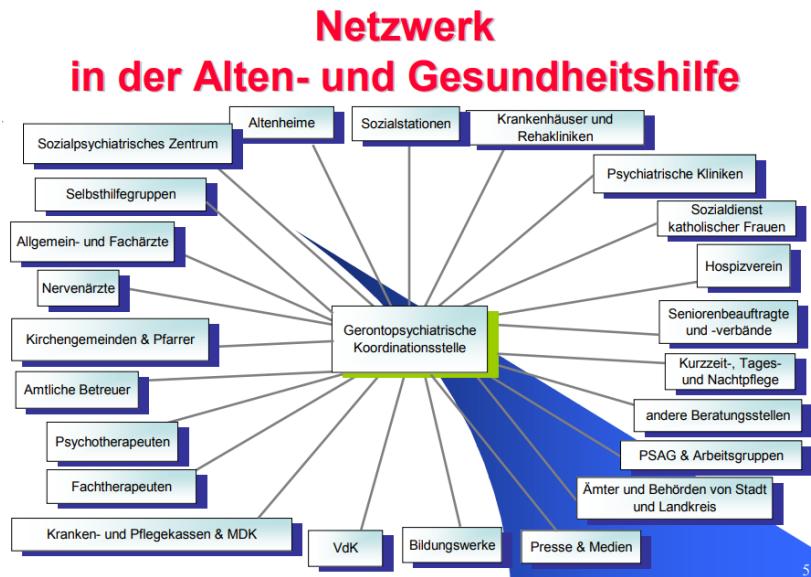
Die Modellprojekte in Bayern haben unterschiedliche Formen der Vernetzung realisiert, nämlich entweder in Form einer **Koordinationsstelle** oder in Form eines **institutionellen Netzwerks** (siehe zu Letzterem Abschnitt 2.2.3).

Koordinationsstellen in Bayern

Die betrachteten Koordinationsstellen können allgemein wie folgt beschrieben werden: Sie unterhalten eine Vielzahl von **bilateralen** Kontakten und Kooperationen zu Personen, Einrichtungen, Gremien oder auch Netzwerken. Das Ziel ist allgemein formuliert: Es geht darum, das Thema Demenz zu „pushen“ und den Aufbau einer Infrastruktur anzustoßen. Dazu werden Kontakte aufgebaut, verstärkt Informationen ausgetauscht, Absprachen zu Fachfragen getroffen und Aktivitäten angestoßen. Es geht nicht um eine vertiefte Zusammenarbeit zur Realisierung konkreter Projekte. Es handelt es sich um eine indirekte Vernetzung, weil alle Verbindungen über die Koordinationsstelle hergestellt werden. Es gibt (zunächst) keine davon unabhängige direkte Verbindung der verschiedenen Akteure untereinander.

In den meisten bayerischen Modellprojekten wurde die beschriebene Vernetzung durch eine Koordinationsstelle verwirklicht. Ein Beispiel dafür ist die „Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle“ im Landkreis Amberg-Sulzbach (siehe oben Abbildung 3, Nummer 6), deren Form der Vernetzung im Evaluationsbericht wie folgt dargestellt wird.

Abbildung 4: Vernetzung durch eine Koordinationsstelle (Landkreis Amberg)



Quelle: Tschainer 2008: 11.

Die Kooperation konzentrierte sich bei der Koordinationsstelle im Landkreis Amberg auf die Pflege von (bilateralen) kollegialen Beziehungen, die Anbahnung neuer persönlicher Kontakte und die (bilaterale) Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Alten- und Gesundheitshilfe in der Region. Im Wesentlichen ging es somit um bilaterale Kooperationen einer Person im Kern des Netzwerks mit vielen anderen Akteuren, die das Ziel hatten, mehr Verbindungen herzustellen und Demenz stärker zu thematisieren. Auch die „Zentrale Verbundstelle“ im Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen (Nummer 3) konzentrierte sich im ersten Jahr darauf, bilaterale Kooperationen anzubauen und in Kooperationsverträgen zu fixieren (Tschainer/Hörmann 2006: 54 f.). Zudem wurde ein Arbeitskreis Gerontopsychiatrie initiiert, also ein dauerhaft arbeitendes Fachgremium zum multilateralen Austausch. Auch das Demenzzentrum Lichtblick in Münnerstadt (Nummer 8) gab immer wieder Anstöße zum Aufbau neuer Kooperationen. Die Durchführung etwa von Zukunftsworkshops förderte Kennenlernen und Informationsaustausch zwischen unterschiedlichen Akteuren in der Region. Dies führte schließlich zur Gründung des Arbeitskreises Demenz, einer interdisziplinären Arbeitsgruppe. Ähnlich arbeitete das Projekt „KLAR – Kreative Lösungen im Alter“ im Landkreis Forchheim (Nummer 7). Hier wurde zwar formal keine Koordinationsstelle geschaffen, aber die Projektleitung agierte wie eine solche, d. h. initiierte eine Vielzahl von Projekten oder die Gründung von Fachgremien (in einzelnen Gemeinden), die das Ziel hatten, die unterschiedlichen Akteure in der Region zusammenzubringen.

Koordinationsstellen, so kann man die Erfahrungen mit Koordinationsstellen in Bayern zusammenfassen, stoßen also vielfältige bilaterale und multilaterale Kooperationen an, begleiten und steuern sie, damit die regionalen Akteure in einem Arbeitsfeld in Kontakt kommen können. Das ist die Voraussetzung dafür, dass konkrete Vorhaben und Projekte verwirklicht werden können. Die Realisierung solcher Projekte selbst scheint jedoch nicht im Fokus von Koordinationsstellen zu stehen, sondern die Aufgabe der Kooperationspartner zu sein.

Die Vernetzung durch eine Koordinationsstelle ist später auch in Modellprojekten realisiert worden, die in anderen Bundesländern und anderen Förderkontexten durchgeführt wurden. Im Folgenden werden vier

Modellprojekte vorgestellt, die Vernetzung durch eine Koordinationsstelle realisiert haben (Nummer 14, 16, 17 und 18 in Abbildung 3).

Koordinationsstellen in anderen Bundesländern

Besonders eindeutig ist diese Funktionsweise beim Caritas-Fachzentrum Demenz (CFD) Eifel-Mosel-Ahr nachzuvollziehen (Nummer 17 in Abbildung 3). Das CFD wurde mit finanzieller Unterstützung durch die Pflegekassen (nach § 45c SGB XI) in den Jahren 2012 bis 2014 aufgebaut, um Versorgungsstrukturen zu verbessern, vor allem Vernetzung der verschiedenen Akteure und „Koordination (Abstimmung, Information, Austausch) und Kooperation (Zusammenarbeit von Personen und Institutionen)“ (Brandenburg et al. 2014: 2). Es wurden auch neue Angebote (u.a. Selbsthilfegruppen, Betreuungsgruppen und Helferkreise) geschaffen (vgl. (Brandenburg et al. 2014: 11 ff.), aber der Schwerpunkt der Arbeit galt der Verbesserung von (Versorgungs-) Strukturen. Aus Sicht der Befragten wurden vielfältige Kooperationen auf den Weg gebracht und Kooperationsstrukturen institutionalisiert. Dazu gehörten verschiedene Arbeitsgruppen und auch die Demenznetzwerke. „Die Gründung bzw. Verfestigung der Demenznetzwerke und ihrer Arbeitsfähigkeit wird in vielen Interviews als ein zentraler Punkt der verbesserten Netzwerkarbeit und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure benannt. Auch das Hervorgehen von AGs zum Thema Demenz wird von allen Beteiligten als positive Entwicklung verstanden, die oft erst durch die Arbeit des CFD möglich wird“ (Brandenburg et al. 2014: 2). Zudem ist es dem Fachzentrum gelungen, gute (bilaterale) Kooperationen mit wichtigen Akteursgruppen aufzubauen, vor allem mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegestützpunkten. Schließlich wurden auch die Kommunen teilweise erreicht und einbezogen (Brandenburg et al. 2014: 29). Dagegen war es nur in Ausnahmefällen möglich, Haus- oder Fachärzte für eine Zusammenarbeit mit dem Fachzentrum oder für die Mitarbeit in Arbeitsgruppen oder den lokalen Demenznetzwerken zu gewinnen (Brandenburg et al. 2014: 21, 29). Ungelöst blieb auch die längerfristige Perspektive des CFD. Ob das Projekt nach Auslaufen der Förderung weitergeführt werden kann, war auch am Ende der Projektlaufzeit noch nicht geklärt. Diese fehlende Perspektive wurde in den Interviews häufig kritisch kommentiert (Brandenburg et al. 2014: 25 f.).

Auch die Landesfachstelle Demenz im Saarland (Nummer 18 in Abbildung 3) hat vor allem Vernetzung durch Koordination umgesetzt. Diese Fachstelle wurde 2012 mit finanzieller Unterstützung durch die Pflegekassen (nach § 45c SGB XI) eingerichtet. Die Fachstelle hat zwar auch selbst Informationsveranstaltungen und Schulungen durchgeführt sowie Informationsmaterialen erstellt. Aber vor allem hat sie die verschiedenen Dienste, Einrichtungen und Träger im Saarland beraten, um sie beim Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten und Angehörigengruppen zu unterstützen. Ein Arbeitsschwerpunkt der Landesfachstelle zielte auf den Ausbau von Vernetzung durch die Einrichtung von Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz im Rahmen des entsprechenden Bundesmodellprogramms. So hat die Landesfachstelle die Antragstellung von sechs Landkreisen und zwei kreisangehörigen Gemeinden initiiert oder unterstützt. Auch die Umsetzung der Lokalen Allianzen wurde durch die fachliche Begleitung seitens der Landesfachstelle unterstützt. In einer Befragung äußerten die acht Lokalen Allianzen eine große Zufriedenheit mit der Arbeit der Landesfachstelle, die auch dazu beigetragen hat, dass die Lokalen Allianzen über die Förderung hinaus aktiv geblieben sind (Kirchen-Peters 2017: 34).

Neben einer Vielzahl von bilateralen Kooperationen, die die Landesfachstelle mit Einrichtungen und Trägern eingegangen ist, hat sie einige Netzwerke (Lokalen Allianzen, Landesnetzwerk) initiiert und begleitet, also die Vernetzung der beteiligten Akteure koordiniert. Koordination zielt wie beim CFD sowohl auf

einzelne Akteure wie auf vernetzte Strukturen (also Arbeitsgruppen, Gremien, Netzwerke), die in Beziehung miteinander gebracht werden.

Das Netzwerk Aktion Demenz Potsdam-Mittelmark (Nummer 16 in Abbildung 3) setzte ebenfalls auf Vernetzung durch Koordination. Das Netzwerk ging aus einem Modellprojekt zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz hervor, das der Landkreis Potsdam-Mittelmark mit dem Evangelischen Diakonissenhaus Berlin-Teltow-Lehnin durchgeführt hatte. Im Rahmen des Netzwerk-Projekts wurde in den vier „Planungsregionen“ des Landkreises jeweils eine Beratungsstelle zur frühzeitigen Information, Beratung und Unterstützung von Menschen mit Demenz geschaffen. Zusätzlich wurde eine „Netzwerkkoordination“ eingerichtet (xit GmbH 2014: 7). Eine Hauptaktivität der Koordination war Öffentlichkeitsarbeit, eine andere offenbar die Gewinnung von potenziellen Partnern (Einrichtungen) für die Beratungseinrichtungen. Dazu wurde eine Liste erstellt, die die Beratungsstellen nutzen konnten, um Nutzerinnen und Nutzer bei entsprechendem Bedarf weiterzuvermitteln. Das Evaluationsteam kam zur Einschätzung, dass eine allgemeine Kooperationsbereitschaft bei den Partnern zwar vorhanden sei, das tatsächliche Ausmaß an Kooperation aber noch deutlich gesteigert werden könne. Eine verbindliche Kooperation auf institutioneller Ebene wurde offensichtlich nicht geschaffen (xit GmbH 2014: 54).

Auch im Fall des Netzwerks Aktion Demenz war ein Schwerpunkt der Arbeit, Kooperationen anzustoßen bzw. zu ermöglichen. Allerdings dienten diese Initiativen nicht dem Ausbau der Infrastruktur wie in den anderen Fallbeispielen, sondern der Erleichterung der fallbezogenen Kooperation der vier neu geschaffenen Beratungsstellen im Landkreis.

2.2.3 Evaluation von (einzelnen) Demenznetzwerken

Bei einem institutionellen Netzwerk geht es um die Umsetzung von **multilateraler Zusammenarbeit**, nicht um die Initiierung und Steuerung von multiplen Kooperationen durch eine Koordinationsstelle. Multilaterale Kooperation heißt dabei, dass mehrere Akteure wie in einem Team zusammenarbeiten, um im Rahmen von Netzwerktreffen oder Arbeitsgruppen verschiedene Vorhaben gemeinsam zu erarbeiten.

Schon in einigen frühen Modellprojekten in Bayern stand die Schaffung eines solchen **institutionellen Netzwerks** im Zentrum der Aktivitäten. Das war etwa beim „Helper-Verbund“ in München (siehe Abbildung 3, Nummer 1) der Fall. Hintergrund war, dass in der Region vermehrt ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zur häuslichen Betreuung eingesetzt wurden und sich in der Vorbereitung und Begleitung der betreffenden Personen unterschiedliche Vorgehensweisen entwickelt hatten. Der Aufbau des Helper-Verbunds diente dazu, ein übergreifendes, regional einheitliches Programm zur Auswahl, Schulung und Begleitung der Helferinnen und Helfer auszuformulieren, das von allen beteiligten Partnern verbindlich umzusetzen war (Tschainer 2007: 7 ff.). Um eine vergleichbare Aufgabe ging es auch beim Demenznetzwerk Nürnberg (siehe Abbildung 3, Nummer 9). Dort organisierte die Projektleitung Workshops für den Erfahrungsaustausch zwischen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern einerseits und Fachkräften andererseits, die in Betreuungs- und Angehörigengruppen tätig waren. Zudem wurde ein „Leitfaden für den Aufbau von Betreuungsgruppen“ entwickelt, um ein definiertes Vorgehen bei allen Beteiligten im Sozialraum sicherzustellen. Das Netzwerk diente wie beim Helper-Verbund dazu, Qualitätsstandards für die Betreuungsarbeit organisationsübergreifend mit den Einrichtungen abzustimmen (Tschainer 2012).

An beiden Standorten, in München und in Nürnberg, wurde jeweils ein komplexes Vorhaben im Verbund realisiert. Das heißt, für eine bestimmte Aufgabe – die Schulung und Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer – wurde ein gemeinsames Programm ausgearbeitet und dazu Verfahrensweisen, Qualitätsstandards und ggf. weitere Regeln des Vorgehens festgeschrieben. Von herausragender Bedeutung war, dass die festgelegten Regeln für alle Partner verbindlich waren. So mussten die Partner dafür sorgen, dass die Vereinbarungen in ihren Herkunftsorganisationen umgesetzt und eingehalten werden. Die verbindliche (multilaterale) Zusammenarbeit mit mehreren Partnern hatte in diesen Fällen somit weitreichende Folgen. Es wurden nicht nur Informationen ausgetauscht, wobei es den Partnern freistand, wie sie diese Informationen verwenden. Vielmehr wurden Regeln gesetzt, die die Autonomie der beteiligten Organisationen berühren, um die **Umsetzung eines definierten Arbeitsablaufs** (Schulung, Begleitung) zu gewährleisten. Dies erforderte eine „tiefe“ Form der Zusammenarbeit, die voraussetzungsvoll war: Ein hohes Maß an Verbindlichkeit musste gewährleistet werden.

Im Folgenden werden weitere Varianten multilateraler Kooperation rekonstruiert. Sie unterscheiden sich von den Demenznetzwerken in München und Nürnberg im Blick auf die erreichten Ergebnisse: Einige der untersuchten Demenznetzwerke bewirken einen allgemeinen **Ausbau der sozialen Infrastruktur** für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, dabei werden vorhandene Angebote geöffnet oder neue Angebote geschaffen. Neue Angebote werden häufig im Netzwerk gemeinsam entwickelt, aber danach nur von einem der Akteure umgesetzt. Daher sind die Anforderungen an die Verbindlichkeit von Kooperation geringer. Dem stehen einige wenige Demenznetzwerke gegenüber, die einen kooperativen, **organisationsübergreifenden Leistungsprozess** organisieren, z. B. in Form eines Versorgungspfads oder eines Case-/Care-Managements. In diesen Fällen ist eine hohe Verbindlichkeit in der multilateralen Zusammenarbeit unabdingbar für eine erfolgreiche Umsetzung der Leistungen. Im Folgenden werden zunächst einige Demenznetzwerke vorgestellt, die auf den allgemeinen Ausbau der Infrastruktur zielten.

Ausbau der sozialen Infrastruktur

Zum Aufbau eines Demenznetzwerks im Kreis Mettmann (Nummer 11 in Abbildung 3) wurden alle kreisangehörigen Städte durch die Kreisverwaltung aufgefordert, vor Ort einen Arbeitskreis zum Thema Demenz einzurichten und sich darüber hinaus an den Städte-Treffen des Kreises zu beteiligen. In sieben (von 10) kreisangehörigen Städten wurden solche trägerübergreifenden „lokalen Arbeitskreise“ installiert, an denen sich jeweils eine unterschiedliche Anzahl an Akteuren beteiligte, vor allem ambulante und statioäre Pflegeeinrichtungen, Seniorenbegegnungsstätten und soziale Dienste. Dabei haben diese Arbeitskreise in den kreisangehörigen Städten zwei Typen von Netzwerken ausgebildet, deren multilaterale Zusammenarbeit unterschiedlich „tief“ ausgestaltet war: **Kommunalnetzwerke** (in drei Kommunen) richteten die Arbeit eher an kommunalpolitischen Zielen aus, weshalb ein allgemeiner Austausch mit Trägern und Diensten im Vordergrund stand, weniger dagegen die Umsetzung konkreter fachlicher Ziele durch Entwicklung neuer Produkte (Bartsch et al. 2020; Köhler et al. 2010: 36; Mäder 2021). Dabei handelte es sich offenbar um Informationsnetzwerke. Die **Projektnetzwerke** (in vier Kommunen) dagegen richteten ihre Arbeit an spezifischen Zielen aus und arbeiteten sektorenübergreifend entlang definierter Qualitätsstandards zusammen. Wie die Netzwerkarbeit im Einzelnen abgelaufen ist, wird aber im Einzelnen nicht berichtet. Vor allem die Projektnetzwerke scheinen, wie aus einer Befragung der Mitarbeitenden verschiedener Einrichtungen hervorgeht, zum Ausbau der Unterstützungsinfrastruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen beigetragen zu haben. Übereinstimmung bestand auch in der Einschätzung, dass die Ausstattung mit finanziellen und personellen Ressourcen ausgebaut werden muss, wenn die Netzwerkarbeit auf Dauer gestellt werden und verlässlich funktionieren soll (Köhler et al. 2010: 87).

Auch das Projektforum Hamburg-Lohbrügge (Nummer 22 in Abbildung 3) zielte, wie das Demenznetzwerk Mettmann, mit seinen Aktivitäten auf eine Verbesserung der Infrastruktur, in diesem Fall im Stadtteil einer Großstadt. Dazu gehörte unter anderem der Aufbau eines Demenznetzwerks, um durch verstärkte „Kommunikation, Kooperation und Koproduktion“ im Quartier insbesondere die Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz zu verbessern. Es handelt sich um eines der wenigen Projekte, die sich speziell auf den Ausbau von Teilhabe konzentrierten. An den (monatlichen) Netzwerktreffen nahmen ungefähr 12 bis 16 Fachkräfte und ehrenamtlich engagierte Personen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (Wohnen, Gesundheit, Pflege, Bildung, Kultur, Migration) teil. Gemeinsam wurde ein Kulturcafé für Menschen mit und ohne Demenz aufgebaut (Busch et al. 2016: 27). Das Café kam gut an, denn, wie eine „partizipative“ Evaluation ergab, die Besucherinnen und Besucher fühlten sich willkommen, bekamen Kontakt zu anderen und konnten neue Erfahrungen machen. Auch Menschen mit Demenz profitierten, wie Angehörige berichteten (Busch et al. 2016: 32 ff.). Andere Initiativen des Netzwerks waren zwar weniger erfolgreich, so eine Plakataktion (Busch et al. 2016: 38) und der Versuch, eine aufsuchende „Nachbarschaftsarbeit“ zu installieren (Busch et al. 2016: 40). Gleichwohl erreichte die „Beziehungsqualität“ unter den Akteuren des Netzwerks einen so hohen Grad der Verbindlichkeit in der Kooperation, dass eine Fortführung des Demenznetzwerks über den Förderzeitraum hinaus sichergestellt werden konnte.

Durch das Modellprojekt „Entlassung in die Lücke“ im Raum Gießen (Nummer 20 in Abbildung 3) wurde ein Demenznetzwerk geschaffen, welches wie das Demenznetzwerk Mettmann darauf ausgerichtet war, die soziale Infrastruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im sozialräumlichen Kontext eines Landkreises zu verbessern. Es wurden vielfältige Unterstützungsangebote geschaffen (Newerla 2018: 3). Dazu gehörten auch Angebote, die in verschiedenen Organisationen gleichermaßen umgesetzt werden sollten (z. B. Demenzpass, siehe unten), weshalb in diesen Fällen eine entsprechende verbindlichere Form der Zusammenarbeit erforderlich war. Der Evaluationsbericht zeigt auf, dass zunächst der Aufbau der institutionellen, multilateralen Zusammenarbeit im Mittelpunkt der Aktivitäten stand. Es kostete viel Zeit, eine funktionierende Zusammenarbeit in einem „Kernteam“ aus rund acht Organisationen aufzubauen, die in unterschiedlichen fachlichen Feldern angesiedelt waren (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Altenhilfe). Diese Zusammenarbeit entwickelte sich vor allem in der Umsetzung von konkreten Vorhaben. Der „Demenzpass Gießen“ wurde geschaffen, eine Art persönlicher „Ausweis“ mit grundlegenden Informationen über eine demenziell erkrankte Person. Auch wenn sich der Pass selbst am Ende nicht als erfolgreich erwies, hat die Arbeit daran die Kooperation untereinander entscheidend vorangebracht (Newerla 2018: 23). Zudem wurde mit einzelnen Partnern verstärkt auf bilateraler Grundlage zusammengearbeitet, um sie dabei zu unterstützen, in ihrer Einrichtung demenzsensible Strukturen aufzubauen oder zu stärken. In einem Krankenhaus z. B. wurden mit Unterstützung des Modellprojekts eine Demenz-Sprechstunde eingerichtet, Beschäftigungskisten für Menschen mit Demenz angeschafft, Rooming-in von Bezugspersonen ermöglicht und Fortbildungen für Mitarbeitende organisiert (Newerla 2018: 25 f.). Auch die Zusammenarbeit mit dem Landkreis wurde verstärkt. Daraus ergab sich die Möglichkeit, im Landkreis eine Arbeitsgruppe Demenz ins Leben zu rufen, an der sich auch ehrenamtlich engagierte Personen beteiligten, darunter auch pflegende Angehörige. In einer weiteren Arbeitsgruppe schlossen sich u.a. die Initiative demenzfreundliche Kommune, die örtliche Alzheimer Gesellschaft und die Aktion Demenz zusammen, um ein Konzept zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit zu entwickeln. Unter dem Motto „Anders blicken“ wurde jeden Monat ein Film zum Thema Demenz gezeigt und mit einem Infostand begleitet. Dieses Angebot fand große Resonanz.

Um eine soziale Infrastruktur für die Zielgruppe zu entwickeln, wurde im Landkreis Gießen ein „offenes“ Demenznetzwerk entwickelt. Dabei wurden unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit lose miteinander verknüpft: einerseits bilaterale und multilaterale Kooperationen, um praktische Vorhaben umzusetzen, andererseits das multilaterale institutionelle „Kooperationstreffen“ im Kern, in dessen Rahmen neben der Konzeptionierung und Umsetzung des Demenzpasses offenbar auch Aufgaben der Koordination wahrgenommen wurden. Vor allem in den Arbeitsgruppen mit praktischen Aufgaben waren unterschiedliche Partner beteiligt, nämlich solche aus einem „inneren“, mehr oder weniger festen Kreis an Partnern und solche Partner, die die Umsetzung einer zeitlich befristeten Aufgabe punktuell unterstützt haben. Im Evaluationsbericht wird sehr anschaulich und differenziert herausgearbeitet, welche Arbeitsprozesse etabliert werden mussten, um die notwendige „tiefe“ Zusammenarbeit zu etablieren. Es war vor allem viel Zeit und Geduld für Aushandlungen erforderlich, weil die beteiligten Akteure aus unterschiedlichen Organisationen, institutionellen Feldern und Professionskulturen stammten und daher unterschiedliche Perspektiven auf Demenz und auf Kooperation hatten. Auch Konkurrenzdenken und die zeitliche Begrenzung des Projekts wurden als Hindernisse erfahren (Newerla 2018: 33 ff.).

Aufbau organisationsübergreifender Leistungsprozesse

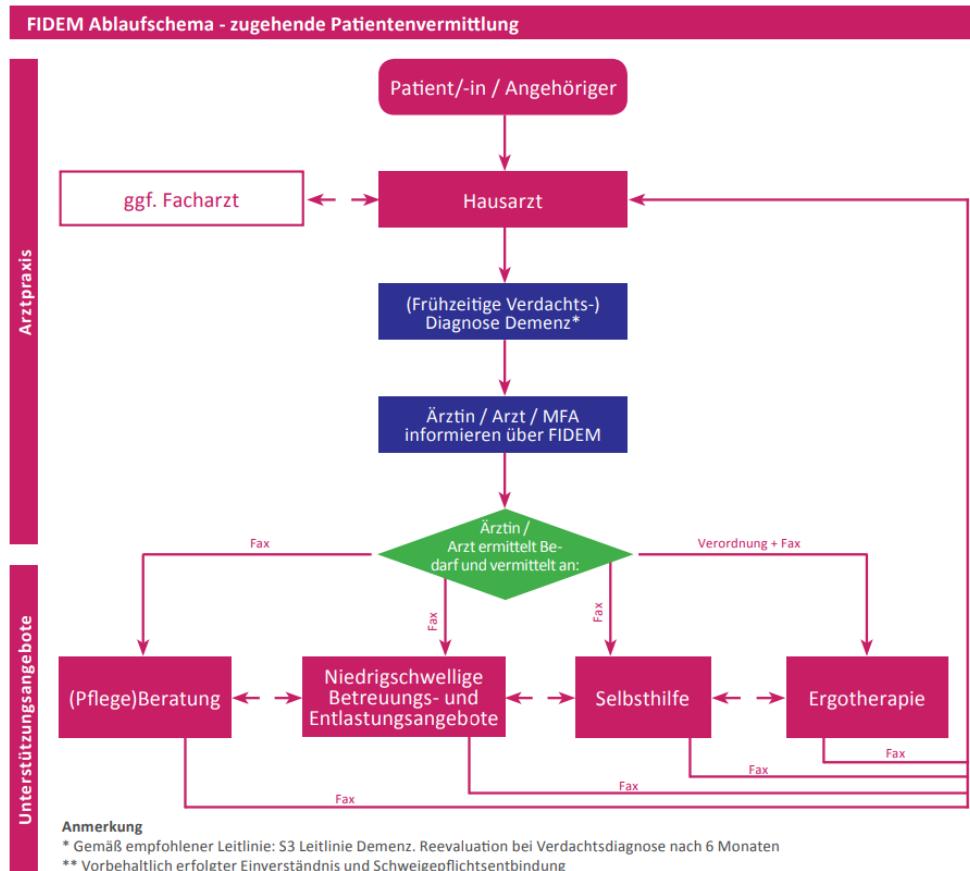
Von einzelnen der in die Bestandsaufnahme einbezogenen Demenznetzwerken wurden kooperative Leistungsprozesse aufgebaut. Dabei wurden mehrere Schritte der „Behandlung“ oder Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen miteinander verknüpft. Dies funktionierte nur, wenn es verbindliche Absprachen auf institutioneller und operativer Ebene gab, also eine sehr tiefe Form der Zusammenarbeit etabliert werden konnte.

Ein Beispiel hierfür ist das Demenznetzwerk Uckermark, eines der „Leuchtturmprojekte“ des Bundesgesundheitsministeriums (Nummer 13 in Abbildung 3). Dort wurde ein „Versorgungspfad“ geschaffen, um einerseits die Diagnose und andererseits die weitere Behandlung von Menschen mit Demenz verlässlich im regionalen Umfeld zu organisieren („regional dementia care management“): Für beide Aufgaben, die Diagnose und die (Organisation der) Behandlung der Patientinnen und Patienten, ist der Hausarzt zuständig. Er erstellt die Diagnose, ggf. unter Hinzuziehung eines Spezialisten, organisiert und überwacht die weitere Behandlung. Wo nötig, vermittelt er Patientinnen und Patienten an spezialisierte medizinische und soziale Dienste weiter (Köhler et al. 2014: 539). Um die Effekte zu überprüfen, wurde eine Evaluation im Kontrollgruppendesign durchgeführt, also im Vergleich einer Behandlung mit und ohne Versorgungspfad. Der Versorgungspfad zeigte dabei nur bei der medizinischen Behandlung statistisch signifikante Ergebnisse. Bei der Sicherstellung der Lebensqualität führte ein Vorgehen nach Versorgungspfad dagegen nicht zu besseren Ergebnissen. Im Kontrast zu den Ergebnissen internationaler Studien ergab die Evaluation des Demenznetzwerks Uckermark somit nur wenige positive Wirkungen. Die Autorinnen und Autoren vermuteten, dass die eher lose, unverbindliche Form der Zusammenarbeit für die im Vergleich bescheidenen Ergebnisse verantwortlich sein könnte (Köhler et al. 2014: 547).

Auch im folgenden Fall setzt ein Demenznetzwerk einen Versorgungspfad um. Das Konzept des Projekts „Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz (FIDEM)“ (Nummer 15 in Abbildung 3) wurde in Modellprojekten in mehreren Landkreisen umgesetzt (vgl. Brandes et al., 2012; Fidem Niedersachsen, 2015; Demmer et al., 2023). Im Fokus stehen die Hausarztpraxen, zu deren Aufgaben es gehört, frühzeitig eine zuverlässige Demenz-Diagnose zu erstellen, die medizinische Behandlung sicherzustellen und aktiv an nichtmedizinische Einrichtungen weiterzuvermitteln („zugehende Vermittlung“). Dabei folgt die zugehende Ver-

mittlung einem definierten Pfad. Wie aus der folgenden Abbildung hervorgeht, wird regelhaft an Einrichtungen zur Beratung, Dienste zur niedrigschwellingen Betreuung nach § 45a SGB XI sowie Praxen zur Ergotherapie vermittelt. Zur Vermittlung und Rückmeldung nutzen alle Beteiligten ein eigens für diesen Zweck entwickeltes Formular, das per Fax übermittelt wird.

Abbildung 5: Versorgungspfad zugehende Patientenvermittlung



Quelle: Fidem Niedersachsen 2015: 32.

Im Vorfeld der Umsetzung des Versorgungspfads wurde zunächst die institutionelle Zusammenarbeit aufgebaut. Netzwerktreffen fanden in der Regel zweimal im Jahr statt. Das erste Treffen, die Auftakt- und Informationsveranstaltung, diente dem Kennenlernen und dem Aufbau von Kontakten. Bei weiteren Treffen standen Austausch und Reflexion der Umsetzung des Modellvorhabens im Fokus. Auch Fallbesprechungen wurden durchgeführt. Die institutionelle Zusammenarbeit erlaubte es, vertrauensvolle Beziehungen zwischen den Partnern zu entwickeln. Das zahlte sich aus. Die Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der medizinischen Fachangestellten, so zeigte die Evaluation, führte zu einem Zuwachs an Demenzsensibilität (Wissen, Kompetenzen) in den Praxen. Auch die Kenntnisse über die Infrastruktur für nichtmedizinische Interventionen konnten deutlich gesteigert werden. Rund die Hälfte der teilnehmenden Patientinnen und Patienten wurden an Beratung, niederschwellige Betreuung oder Ergotherapie vermittelt. Die befragten Hausärztinnen und Hausärzte bewerteten die Qualität der Zusammenarbeit dementsprechend sehr positiv (Brandes et al. 2012: 66 ff.). Als Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit wurden „extensive Feldkenntnisse“, „Gespür und Geduld im Rahmen anfallender Beziehungsarbeit“ und ein „multiprofessionelles Team“ genannt. Vor allem aber zeigte sich, „dass eine stringente und stets ansprechbare

2. Evaluation von Demenznetzwerken in Deutschland

zentrale Koordinierung und deren regelmäßige Impulse für das Projekt essenziell waren“ (Brandes et al. 2012: 71). Eine gut organisierte, verbindliche institutionelle Zusammenarbeit der beteiligten Akteure war offenbar eine sehr wichtige Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung zugehender Vermittlung an nichtmedizinische Fachdienste.

Von zwei weiteren Demenznetzwerken wurde kein Versorgungspfad im strikten Sinn umgesetzt, sondern ein **Case Management-Konzept**. Das bedeutet, dass zwar eine Stelle definiert ist, die sich um die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit Demenz kümmert, aber der Prozess selbst ist weniger strikt vordefiniert als bei einem Versorgungspfad. Gleichwohl kann man viele Gemeinsamkeiten erkennen.

Beim Demenznetz der Städteregion Aachen (Nummer 12 in Abbildung 3) erfolgte die Zustreuung der Patientinnen und Patienten zum Case Management – wie beim oben besprochenen Versorgungspfad – in Arztpraxen und Ambulanzen nach definierten Kriterien. Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende der Praxen wurden wie beim FIDEM-Projekt dafür geschult. Im Rahmen des Case Managements wurde ein Assessment durchgeführt, ein Hilfeplan erstellt, die nötigen Interventionen veranlasst und der weitere Verlauf überwacht. Die Koordination an den Schnittstellen erfolgte mit standardisierten Formularen, Fallkonferenzen und Telefonkonferenzen (Theilig 2014: 4). Die Evaluation verdeutlichte, dass die einzelnen Leistungen des Case Managements bedarfsgerecht kombiniert wurden (Schirra-Weirich et al. 2015: 59 f.), so dass die Angehörigen entlastet werden konnten (Theilig 2014: 36, 41). Hintergrund dieser funktionierenden Leistungserbringung war eine gut funktionierende Zusammenarbeit der Akteure im Netzwerk. Das Verbundmanagement, also die Koordinationsstelle, hatte die institutionelle Zusammenarbeit entsprechend organisiert. In einer Kickoff-Veranstaltung wurden die zu bearbeitenden Themen festgelegt, die dann in Arbeitsgruppen weiter diskutiert wurden (z. B. Beratung und Information, pflegerische Versorgung, Selbsthilfe und Ehrenamt, niedrigschwellige Angebote). Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen wurden in Protokollen festgehalten und verbreitet (Theilig 2014: 46 f.). Für die Fortführung des Verbunds wurde der Verein DemenzNetz Städteregion Aachen e.V. gegründet (vgl. Theilig 2014: 70).

Um die Einführung von Case Management ging es auch im Leuchtturmpunkt „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“ (IDOB) (Nummer 14 in Abbildung 3). Das Projekt wurde in einer städtischen und einer ländlichen Region (München-Ost, Berchtesgadener Land) umgesetzt und wissenschaftlich begleitet. Eine Mitarbeitende ermittelte – immer in enger Abstimmung mit einer Ärztin – den Versorgungs- und Unterstützungsbedarf einer demenziell erkrankten Person und organisierte die notwendigen Leistungen verschiedener Anbieter. Um einen Zugriff auf diese Leistungen zu bekommen, sollte eine verbindliche Zusammenarbeit der Leistungserbringer in einem Verbund aufgebaut und durch ein Care Management gesteuert werden (Schäfer-Walkmann/Deterding 2010: 2). Case und Care Management wurden dazu an einer Koordinationsstelle angesiedelt.

Der Verbund, also das Care Management, konnte aus verschiedenen Gründen nicht (komplett) realisiert werden. Eine Herausforderung dabei war die Verbindung von Case Management und Care Management in einer Personalstelle. Es zeigte sich, dass über die reine Vermittlung an andere Einrichtungen und Dienste hinaus die Organisation von Kooperation auf institutioneller Ebene notwendig gewesen wäre. Beides zusammen wäre aber von einer einzigen Person kaum zu leisten gewesen. Wie Kooperation weiter institutionalisiert werden könnte oder sollte, wird in dem Bericht allerdings nicht weiter ausgeführt. Es findet sich nur der Hinweis, dass die befragten Kooperationspartner hierzu viele Wünsche formuliert hätten: „die Organisation regelmäßiger Treffen unter Einbezug aller Berufsgruppen, verbindliche Einigungen bezüglich

Bedingungen, Qualitätsansprüchen, Austauschformen und Finanzierung eines Verbundes“ (Schäfer-Walkmann/Deterding 2010: 101).

Koordination und Kooperation wurden stattdessen im Rahmen von Fallkonferenzen, also rein fallbezogen, organisiert (Schäfer-Walkmann/Deterding 2010: 14). Schon das hat aus Sicht der Beteiligten zu einer deutlichen Verbesserung organisationsübergreifender Arbeitsabläufe beigetragen. Es stand eine definierte Ansprechperson zur Verfügung, die Kontakt zu allen Versorgern hielt und, umgekehrt, von allen Fachkräften kontaktiert werden konnte. Austausch und Absprache unter den Beteiligten wurde verbessert, Zugänge erleichtert und Prozesse am Laufen gehalten (Schäfer-Walkmann/Deterding 2010: 101).

Die betrachteten Netzwerke haben allesamt Formen multilateraler Zusammenarbeit praktiziert. Die Zusammenführung der Kompetenzen und Ressourcen unterschiedlicher Partner hat die Netzwerke in die Lage versetzt, verschiedene Typen von komplexen „Angeboten“ zu schaffen:

- Ausbau der lokalen oder regionalen sozialen Infrastruktur im Allgemeinen,
- Vereinbarung eines definierten Vorgehens bei der Leistungserbringung (z. B. Schulung),
- Vereinbarung eines übergreifenden Leistungsprozesses („Versorgungspfad“),
- Vereinbarung eines koordinierten Vorgehens (Case Management).

Um Ergebnisse wie diese zu erreichen, ist eine gut funktionierende multilaterale institutionelle Zusammenarbeit erforderlich. Den Berichten ist zu entnehmen, dass ein längerer, oft mühseliger Entwicklungs- und Aushandlungsprozess zwischen den Partnern durchlaufen werden muss, um zu einer gut funktionierenden multilateralen Zusammenarbeit zu kommen. Das Projekt „Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern“ stellt insofern einen Sonderfall dar, als es dort nicht gelungen ist, einen Verbund, also eine Zusammenarbeit auf institutioneller Ebene aufzubauen. Mit der Durchführung von Fallkonferenzen wurde eine Form der multilateralen fallbezogenen Zusammenarbeit gefunden, die es gleichwohl erlaubt hat, zu Absprachen sowie zum Aufbau von Vertrauen und Verbindlichkeit zu kommen.

2.2.4 Vergleichende Evaluation von Demenznetzwerken

Auch einige vergleichende Evaluationen waren darauf ausgerichtet, die Arbeitsschwerpunkte von Demenznetzwerken zu bestimmen und mit der Ausgestaltung der institutionellen Zusammenarbeit in Verbindung zu bringen. Inwieweit unterschiedliche Arten von Netzwerkgestaltung zu spezifischen Ergebnissen führen oder nicht, ist allerdings nur punktuell untersucht worden.

Um die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern, hat das Land Rheinland-Pfalz die Bildung von regionalen Demenznetzwerken unterstützt und auch evaluieren lassen. Zu diesem Zweck wurde eine Online-Befragung der Koordinierenden von 28 Demenznetzwerken durchgeführt (Nummer 23 in Abbildung 3). Die befragten Netzwerkkoordinationen sahen ihren größten Erfolg vor allem in der Umsetzung von Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit. Als relativ großer Erfolg wurde auch der erreichte Grad an Kooperation und Vernetzung eingeschätzt. Bei anderen Zielen haben die Befragten nach eigener Einschätzung eher mittlere Erfolge erreicht, so bei der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen und bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (Nock/Kirchen-Peters 2016: 29 f.). Eine Gruppe von befragten Netzwerkkoordinationen verweist zudem auf Probleme, die Einzelinteressen der Akteure und das Gesamtinteresse des Netzwerks aufgrund der Konkurrenzsituation der Partner miteinander zu vereinbaren (Nock/Kirchen-Peters 2016: 37).

Von großer Bedeutung für erfolgreiche Netzwerkarbeit war nach den Angaben der befragten Netzwerkkoordinationen die Steuerung. Weiter zeigte sich, dass ein Demenznetzwerk besonders dann erfolgreich arbeiten konnte, wenn die Arbeitsprozesse gut strukturiert wurden und die Akzeptanz der Netzwerkkoordination ausgeprägt war. Dabei wurden die Arbeitsprozesse der Demenznetzwerke im Durchschnitt als gut strukturiert beurteilt. Eine „gewisse Formalisierung und Standardisierung“ waren dabei hilfreich. Weniger verbreitet waren detaillierte Arbeitsplanungen und eine ausgeprägte Arbeitsteilung (Zuordnung von Verantwortlichkeiten) (Nock/Kirchen-Peters 2016: 26). Neben der Organisation der Netzwerkarbeit wurde die Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit nur ganz vereinzelt als Aufgabe der Projektkoordination genannt, was offenbar mit fehlenden zeitlichen Ressourcen zu tun hatte (Nock/Kirchen-Peters 2016: 15). Für die Erreichung einiger Ziele war eine gute Netzwerksteuerung besonders wichtig, nämlich insbesondere für Schaffung von Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie für die Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (Nock/Kirchen-Peters 2016: 32). Offen danach gefragt, worin die befragten Netzwerkkoordinatoren selbst den Erfolg der Netzwerkarbeit sehen, wurde besonders häufig auf die Qualität der Zusammenarbeit hingewiesen (z. B. „enges Zusammengehörigkeitsgefühl“, „vertrauensvolle Zusammenarbeit“) sowie auf die Präsenz des Themas Demenz in der Öffentlichkeit (Nock/Kirchen-Peters 2016: 34). Vor allem fehlende oder äußerst knappe finanzielle, materielle und personelle Ressourcen beschränkten den Aktionsradius der beteiligten Akteure in vielen Demenznetzwerken mehr oder weniger stark. Die Hälfte der Akteure verfügte über fast keine finanziellen Ressourcen (Nock/Kirchen-Peters 2016: 16). Auf diesen kritischen Aspekt haben die befragten Koordinationen besonders nachdrücklich hingewiesen (Nock/Kirchen-Peters 2016: 17, 24).

Mit der „Zukunftswerkstatt Demenz“ hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein weiteres Förderprogramm aufgelegt (als Nachfolger des „Leuchtturmprojekts“), um die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen im Bereich Demenz voranzutreiben. In diesem Förderkontext wurde von 2012 bis 2015 auch die „Multizentrische interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D)“ durchgeführt (Nummer 19 in Abbildung 3). Ziel war es, die (Verbund-)Strukturen regionaler Demenznetzwerke zu charakterisieren (Schäfer-Walkmann et al. 2017: 47). Die Annahme war, dass Demenznetzwerke in einem „vielpoligen Spannungsfeld“ agieren (heterogene Bedarfslagen, heterogene Sozialräume, heterogene gesetzliche und kommunale Rahmenbedingungen), vielfältigen Anforderungen gerecht werden müssen und daher eine Stelle oder Funktion erforderlich ist, die diese vielfältigen und unterschiedlichen Anforderungen miteinander verknüpft und koordiniert. Deswegen wurde das Konzept der „Governance“ in den Fokus der Evaluation gerückt (Schäfer-Walkmann et al. 2017: 48 f.). Um Governance näher zu bestimmen, wurde auf der Grundlage von quantitativen und qualitativen Netzwerkanalysen eine Typenbildung vorgenommen. Dazu wurden vier Variablen definiert: Stakeholder (relevante externe Akteure, Kommunikation nach außen), Netzwerkorganisation (Kommunikation nach innen, Steuerung), Hybridität (Kombination relevanter Kompetenzen, Konkurrenz, Nachhaltigkeit), Ziele.

Die untersuchten Demenznetzwerke haben vier typische Strategien entwickelt, um Angebote zu schaffen. Bei jeder Strategie wurden Ziele, Strukturen, Akteure (Stakeholder) und Hybridität jeweils in spezifischer Weise miteinander verbunden („Netzwerkkonfiguration“), wie Schäfer-Walkmann u.a. ausführen (Schäfer-Walkmann et al. 2017: 56). Allerdings wird an keiner Stelle dargestellt, welche Ausprägungen die „Variablen“ (Ziele, Strukturen, Akteure, Hybridität) prinzipiell annehmen können und welche sie bei den einzelnen Demenznetzwerken tatsächlich haben (also welche Kombinationen von Merkmalen vorkommen).

Eine Ausprägung wird nur für die strategische Ausrichtung der Netzwerke angegeben. So werden vier Typen bestimmt, die „vier unterschiedliche strategische Ausrichtungen“ repräsentieren (Schäfer-Walkmann et al. 2017: 51):

- Netzwerktyp A „Stakeholder“: Demenznetzwerke dieses Typs verfolgen ihre Ziele (Aufklärung, Versorgung), indem sie relevante Akteure (Stakeholder) identifizieren und ins Netzwerk einbinden.
- Netzwerktyp B „Organisation“: Demenznetzwerke dieses Typs erreichen die angestrebten Ergebnisse, indem diverse formale und informelle Qualitätsstandards und Mechanismen der Steuerung geschaffen und eingesetzt werden (z. B. Case Management).
- Netzwerktyp C „Hybridität“: Demenznetzwerke dieses Typs erzielen Erfolge, indem sie mit großer Flexibilität (mit unterschiedlichen Mitteln) auf neue Anforderungen (Bedarfe) reagieren und relevante Akteure immer wieder (re-)aktivieren und enger einbinden können.
- Netzwerktyp D „Auftrag“: Demenznetzwerke dieses Typs sind vor allem auf die Umsetzung ihres (Versorgungs-)Auftrags ausgelegt und setzen daher einen Schwerpunkt auf die Identifizierung von Bedarfen der unterschiedlichen Zielgruppen.

Die skizzierten Netzwerktypen repräsentieren vier typische Strategien der Governance, also Strategien der Organisation von Zusammenarbeit und Steuerung, die sich entweder auf die Gestaltung der Binnenstrukturen oder auf die Beziehungen zu Akteuren in der Umwelt des Netzwerks konzentrieren. Wie die Netzwerkarbeit im Einzelnen gestaltet war, wie gut sie funktioniert hat und inwieweit die skizzierten Strategien systematisch mit spezifischen Zielen (der Versorgung, der Zusammenarbeit, der Aufklärung, der ideellen Orientierung) verknüpft waren bzw. zu spezifischen Ergebnissen geführt haben (siehe oben), wird nicht ausgeführt. Im Sachbericht der DemNet-D-Studie (vgl. Hoffmann 2015) werden lediglich einige **Vermutungen** dazu geäußert, welchen Nutzen solche Netzwerke für Menschen mit Demenz und ihre versor-genden Angehörigen generell haben **könnten**.

Bereits in den Jahren 2012 bis 2018 hatte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen eines Modellprogramms den Aufbau von 500 Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz in verschiedenen Förderwellen unterstützt. Zur Evaluation wurden nach Beendigung des Modellprogramms mehrere Erhebungen zur Wirkungsanalyse durchgeführt (Bartsch et al. 2020; Mäder 2021) (Nummer 21 in Abbildung 3). Unter anderem wurden „Projektverantwortliche“ aus 250 Lokalen Allianzen befragt sowie Fallstudien über 16 Lokale Allianzen angefertigt. Es zeigte sich, dass eine Vielzahl von **Angeboten** für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen durch die Lokalen Allianzen ausgebaut, weiterentwickelt oder neu geschaffen wurden. Dazu gehörten an erster Stelle diverse Aktivitäten zur **Informa-tion und Aufklärung** (vgl. Bartsch et al. 2020: 21), wobei besonderer Wert auf innovative Formate wie Le-sungen, Filmvorführungen, Ausstellung und Ähnliches gelegt wurde. Aus Sicht der befragten Projektbe-teiligten konnte auf diese Weise eine größere Sensibilisierung von Fachkräften, Institutionen sowie Bür-gerinnen und Bürgern erreicht werden, wenngleich die Tabuisierung von Demenz weiterhin verbreitet war. Auch **Schulungen** für Angehörige, Ehrenamtliche und unterschiedliche Berufsgruppen wurden von den befragten Lokalen Allianzen häufig neu eingerichtet. Neben der Schaffung von Angeboten zur Gesund-heitsförderung (Bewegungsangebote, Gedächtnistraining), Selbsthilfe (Angehörigengruppen, Gesprächs-kreise), Beratung sowie Unterstützung und Entlastung im häuslichen Alltag haben sich die Lokalen Allian-zen vor allem für die Schaffung von Angeboten zur **Teilhabe** von Menschen mit Demenz (in Betreuungs-gruppen, Begegnungsangeboten, Urlaubsangeboten, Musik- und Filmveranstaltungen) engagiert. Von

besonderer Bedeutung war dabei, dass auch bestehende Angebote geöffnet wurden und nunmehr von Menschen mit und ohne Demenz genutzt werden konnten. Allerdings war großes Engagement erforderlich, um Menschen mit Demenz bzw. ihre Angehörigen für die Teilnahme an den Angeboten zu gewinnen, da der Umgang mit einer demenziellen Erkrankung weiterhin mit Tabus und Schamgefühlen verbunden blieb (vgl. Bartsch et al. 2020: 19–23).

Parallel zur Organisation von Angeboten für die unterschiedlichen Zielgruppen wurde der Auf- und Ausbau von **Netzwerkarbeit** betrieben, die „nach Aussagen von 95 Prozent der Befragten (...) ein zentrales Instrument für die Verbesserung der Strukturen für Menschen mit Demenz dar(stellt)“ (Bartsch et al. 2020: 28). Es wurde damit begonnen, Lücken im Angebot zu schließen oder Angebote besser abzustimmen (Bartsch et al. 2020: 30). Auf der Grundlage der durchgeföhrten Fallstudien wurden verschiedene Formen („Typen“) von Netzwerkaktivitäten festgestellt, wobei auf zwei Merkmale abgestellt wurde, nämlich auf die Form der Zusammenarbeit und die Anzahl behandelter Themen. Unter einem „formalisierten“ Netzwerk ist offenbar eine Form der multilateralen Zusammenarbeit zu verstehen, in Abgrenzung zu bilateraler Kooperation:

- **(Formalisierte) Netzwerke mit Fokus** halten regelmäßige Treffen ab, um sich mit der Schaffung eines spezifischen Angebots zu befassen.
- **Breit aufgestellte (formalisierte) Netzwerke** treffen sich ebenfalls regelmäßig, bearbeiten aber eine Vielzahl von Themen (Ausweitung oder Schaffung unterschiedlicher Angebote und Aktivitäten).
- Bei **anlassbezogener Kooperation mit Fokus** finden bilaterale Treffen statt, um eine spezifische Aktivität vorzubereiten.
- Bei **breiter anlassbezogener Kooperation** werden bilaterale Treffen durchgeführt, um unterschiedliche Angebote zu entwickeln oder auszuweiten.

Diese Kooperationsformen waren unter den untersuchten Lokalen Allianzen unterschiedlich weit verbreitet. So konnte bei einer Online-Befragung der Projektbeteiligten festgestellt werden, knapp 60 Prozent der Lokalen Allianzen im Rahmen von bilateraler Kooperation zusammenarbeiten im Vergleich zu ca. 40 Prozent der Lokalen Allianzen, die in Form „formalisierte“ (also multilaterale) Netzwerke aktiv waren (Bartsch et al. 2020: 29). Besonders bedeutsam aber ist die Erkenntnis, dass sich diese unterschiedlichen Kooperationsformen auch auf die Chancen zur Weiterführung der Lokalen Allianz nach dem Förderende auswirken könnten. So „zeigt sich, dass formalisierte Netzwerke mit breitem Umsetzungsauftrag eine leicht höhere Nachhaltigkeitsquote haben (57 Prozent der Antworten bejahren eine dauerhafte Fortführung). Bei den formalisierten Netzwerken mit engem Fokus fallen 53 Prozent in diesen Bereich. Im Bereich der anlassbezogenen Kooperation mit engerem thematischem Fokus fallen 48 Prozent der Antworten auf diese Kategorie; im Bereich anlassbezogene Kooperation mit breitem thematischen Fokus 53 Prozent“ (Bartsch et al. 2020: 38).

Wie die lokale Angebotslandschaft im Einzelnen ausgestaltet wurde bzw. welche Strategie dabei verfolgt wurde, kann den drei vorgestellten Evaluationsberichten nicht mit Sicherheit entnommen werden. Es spricht einiges dafür, dass es meist um den Aufbau einer sozialen Infrastruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Allgemeinen ging, mit gewissen Schwerpunkten bei einzelnen Angeboten, z. B. bei Information und Öffentlichkeitsarbeit. Ein Schwerpunkt der drei vorgestellten vergleichenden Evaluationen von Demenznetzwerken war die Beschreibung der (institutionellen) Zusammenarbeit im Netzwerk.

Dabei wurde auf Erfolgsfaktoren einer guten Zusammenarbeit hingewiesen (vgl. Nock/Kirchen-Peters 2016) oder die Steuerungsform dieser Zusammenarbeit beschrieben (Schäfer-Walkmann et al. 2017). Nur bei Evaluation der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz wurde auch betrachtet, in welcher Verbindung die Form der (bi- oder multilateralen) Zusammenarbeit mit der Ausgestaltung der Angebotsstruktur (Schwerpunkte oder Infrastruktur insgesamt) stand.

2.3 Zusammenfassung

Gegenstand dieser Bestandsaufnahme sind wissenschaftliche Untersuchungen zur Evaluation von Projekten zur „Vernetzung“ von Einrichtungen aus Medizin, Pflege und Sozialwesen, die das Ziel verfolgten, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen besser zu unterstützen und ihnen ein selbstständiges Leben in der Häuslichkeit zu sichern. Die untersuchten Projekte haben zu diesem Zweck an der Ausgestaltung der lokalen Angebotslandschaft gearbeitet und dazu auf Vernetzung gesetzt. Werden die Ergebnisse der Bestandsaufnahme im Lichte des Evaluationskonzepts dieser Untersuchung (siehe Abbildung 1, Seite 5) gelesen, dann lassen sie sich wie folgt zusammenfassen:

Gemeinsam war allen Netzwerken ein vergleichbares **Ziel**, das durch die verschiedenen Förderprogramme mehr oder weniger vorgegeben war: Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sollte verbessert werden, dazu wurden verschiedene Angebote geschaffen.

Die Aktivitäten der beteiligten Akteure führten zu vielfältigen Ergebnissen, und zwar sowohl bezogen auf die formulierten Ziele als auch bezogen auf Aspekte, die sich im Prozess der Arbeit erst entwickelt haben. Alle Demenznetzwerke haben typische Aufgaben erfolgreich bearbeitet und auf diese Weise Unterstützungsstrukturen ausgebaut: Verbesserung von Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit; Ausbau niedrigschwelliger Angebote (Entlastung der Angehörigen, Betreuung von Menschen mit Demenz, Teilhabe/Inklusion); Einbeziehung, Schulung und Begleitung ehrenamtlich engagierter Personen; Verbesserung von Vernetzung (Überblick verbessern, neue Strukturen schaffen). Die Netzwerkarbeit hat somit **Nutzen** erzeugt. Die Projekte unterscheiden sich in dem, wie, das heißt auf welche Weise sie diese Ergebnisse erzielt haben: Manche Projekte haben sich auf den allgemeinen und breiten Ausbau der sozialen Infrastruktur für die Zielgruppe insgesamt konzentriert, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf der medizinischen und pflegerischen Versorgung (nicht auf Teilhabe). Andere Projekte haben die verbindliche Verknüpfung von Behandlung und Versorgung durch einen Versorgungspfad oder durch Case und Care Management umgesetzt. Beide Strategien führten dazu, dass die Versorgungsstrukturen für die Zielgruppe verbessert und ausgebaut wurden.

Um die Angebotslandschaft zu gestalten, sollte Vernetzung verstärkt werden, also die **Interaktion** zwischen lokalen Akteuren. Deren Kooperation sollte verbessert werden, um Ressourcen zusammenzuführen und gemeinsam besser zu nutzen. Unter dem Begriff der „Vernetzung“ werden in dieser Arbeit verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im lokalen Raum zusammengefasst. In den untersuchten Evaluationsprojekten können zwei Formen der Vernetzung grundsätzlich unterschieden werden: Vernetzung durch Koordination einerseits und Vernetzung durch Netzwerke andererseits. Die Bestandsaufnahme zeigt: Die untersuchten Koordinationsstellen haben sich darum gekümmert, in der Region vielfältige (sowohl bilaterale als auch multilaterale) Kooperationen anzustoßen und zu steuern. Koordination in dieser Form zielte vor allem auf die Entwicklung der institutionellen Strukturen vor Ort. Die untersuchten Demenznetzwerke hingegen realisierten multilaterale Kooperation, wobei die Beteiligten gemeinsam bestimmten, was sie erreichen wollen und wie gearbeitet werden soll. Die Zusammenarbeit

zielte bei multilateraler Kooperation vor allem auf die Realisierung konkreter Vorhaben, also auf die operative Ebene. Wie diese Zusammenarbeit „gelebt“ wurde, wird in den meisten Evaluationsuntersuchungen nicht genauer analysiert. Eine multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordert es, über unterschiedliche Systeme und unterschiedliche Professionskulturen hinweg zu einer Verständigung und zu Verabredungen zu kommen. Wo über Arbeitsprozesse ausführlicher berichtet wird (was nur in einer Minderheit der Projektberichte der Fall ist), wird sehr deutlich, wie schwierig und zeitaufwändig es sein kann, diesen Anforderungen gerecht zu werden und tragfähige Arbeitsstrukturen aufzubauen.

Für den Erfolg war in allen untersuchten Formen der Vernetzung die Arbeit der Projektkoordination, also die **Steuerung** des Netzwerks entscheidend, das wird in allen Projektberichten betont. Deshalb sind für Projektkoordination ausreichende Ressourcen ebenso erforderlich wie entsprechende Kompetenzen, wie häufig betont wird. Was damit genau gemeint ist, also welche Kompetenzen unter welchen Rahmenbedingungen für welche Aufgaben gebraucht werden, wird aber oft nicht näher ausgeführt.

Die untersuchten Demenznetzwerke waren mit typischen Herausforderungen konfrontiert: Vor allem die **Nachhaltigkeit** musste gesichert werden, also die Fortsetzung der Arbeit über eine Förderung hinaus und somit die dauerhafte Finanzierung des Netzwerks. Das war in fast allen Evaluationsberichten ein großes Thema. Aus den Ausführungen in den Berichten wird deutlich, dass Nachhaltigkeit nicht erst am Ende der Projektlaufzeit virulent wurde, sondern sich oft bereits frühzeitig auf die Netzwerkarbeit auswirkte. Manche Projekte haben frühzeitig damit begonnen, über die Weiterführung der Aktivitäten nach dem Förderende nachzudenken und auch entsprechend aktiv zu werden. Es kam aber auch vor, dass die Aussicht auf ein zeitliches Limit das Engagement der Beteiligten von vornherein begrenzt hat.

Nur sehr wenige Evaluationsberichte haben die **Akteurslandschaft** der Demenznetzwerke genauer in den Blick genommen. Zwar wird meist noch erwähnt, aus welchen institutionellen Bereichen die Partner rekrutiert wurden (Pflege, Medizin, Altenhilfe, usw.). Genauere Informationen fehlen in den Evaluationsberichten aber oft, z.B. zur Anzahl der Partner, zu ihrem fachlichen Profil, zur Funktion und Bedeutung im Handlungsfeld, zu bisherigen Kooperationsbeziehungen, usw. Dass diese Dimension so wenig im Fokus der Evaluation von Demenznetzwerken stand, überrascht etwas. Denn es ist davon auszugehen, dass das Entwicklungspotenzial eines Demenznetzwerks auch von den konkret beteiligten Partnern abhängt.

3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland

In den vergangenen Jahren wurde eine Vielzahl von Modell- und Förderprogrammen aufgelegt, um regionale Vernetzungsstrukturen im Bereich Demenz aufzubauen (vgl. Abschnitt 2.2). Auch das Bundesprogramm zur Förderung von „Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz“ zielte auf Vernetzung ab, um eine gute Begleitung, Unterstützung und Versorgung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu gewährleisten (Nationale Demenzstrategie 2020: 12). Dafür sollten Lokale Allianzen insbesondere in solchen Landkreisen gefördert werden, in denen es bisher keine Vernetzungsstrukturen im Bereich Demenz gibt. Inwieweit der Aufbau von Demenznetzwerken in den letzten Jahren gelungen ist, wurde im Rahmen der Evaluation des Bundesprogramms ausgewertet und aufbereitet.

3.1 Methodisches Vorgehen

Als Demenznetzwerk wurde eine Struktur immer dann gewertet, wenn sie durch Fremdzuschreibung, beispielsweise über ein Förderprogramm, oder durch Selbstzuschreibung, so zum Beispiel über den Namen, als Demenznetzwerk bezeichnet wird. Daher wurden zunächst die im aktuellen Bundesprogramm geförderten Lokalen Allianzen erfasst. Die dafür benötigten Daten stellte das BMFSFJ zur Verfügung. Für die Auswertung wurden die Daten von 115 Lokalen Allianzen aufbereitet, d. h. diejenigen, die vorzeitig aus der Förderung ausgeschieden waren, wurden nicht berücksichtigt.

Weiterhin wurden regionale Netzwerke ermittelt, die gemäß § 45c Abs. 9 SGB XI mit Mitteln der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung durch die Pflegekassen gefördert werden. Sie sollen der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung und Unterstützung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen beteiligt sind. Dabei muss allerdings die Arbeit des Netzwerks allen Pflegebedürftigen und sonstigen Betroffenen in der Region zugänglich sein (GKV-Spitzenverband 2020). Diese Empfehlung bedeutete in der Vergangenheit, dass Netzwerke mit Schwerpunktsetzung – wie beispielsweise der Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen – von der Förderung ausgeschlossen wurden. Erst durch die Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes von Ende 2021 wurden Schwerpunktsetzungen ausdrücklich erlaubt, solange das Netzwerk allen Pflegebedürftigen offensteht (GKV-Spitzenverband 2021: 19). Das bedeutet, dass über § 45c Abs. 9 SGB XI nun auch Demenznetzwerke gefördert werden können.

Seit Januar 2022 haben die Landesverbände der Pflegekassen gemäß § 45c Abs. 9 Satz 6 SGB XI eine Übersicht über die in ihrem Zuständigkeitsbereich geförderten regionalen Netzwerke zu erstellen, mindestens einmal jährlich zu aktualisieren und auf einer eigenen Internetseite zu veröffentlichen. Damit soll die Transparenz, das Wissen über die Netzwerke und der Austausch unter den Netzwerken verbessert werden (Deutscher Bundestag 2021: 64). Diese Listen dienten als Datenbasis zur Ermittlung der nach § 45c Abs. 9 SGB XI geförderten Demenznetzwerke.

In der Praxis werden entsprechende Listen sehr unterschiedlich geführt. Außerdem muss durch die Zuständigkeit der Landesverbände bei den jeweiligen Pflegekassen für jedes Bundesland eine eigene Liste abgerufen werden. Häufig werden von der AOK oder dem Pflegelotsen des vdek Übersichten mit geförderten Pflegenetzwerken zur Verfügung gestellt. Meist handelt es sich um PDF-Dokumente, die heruntergeladen werden können. Die Darstellungsform und der Umfang der zur Verfügung gestellten Daten unterscheidet sich dabei. In der Regel werden der Name des Netzwerks und eine Ansprechperson aufgeführt. Kontaktdaten fehlen häufiger. Problematisch ist auch, dass zum Teil nicht erkennbar ist, wann die Daten

3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland

zuletzt aktualisiert wurden oder auf welchen Förderzeitraum sich die Angaben beziehen. In Einzelfällen wurden die Listen in 2023 und 2024 nicht aktualisiert. Für Bremen konnten auf diesem Weg außerdem keine Netzwerke erfasst werden. Hier wurden keine Daten zur Verfügung gestellt, möglicherweise, weil keine nach § 45c Abs. 9 SGB XI geförderten Netzwerke bestehen.

Die veröffentlichten Daten zu den § 45c Abs. 9 SGB XI geförderten Netzwerken wurden im Rahmen der Evaluation erfasst, wenn sie – durch den Namen oder ergänzende Angaben – erkennbar auf Menschen mit Demenz ausgerichtet sind. Dafür wurden händisch alle zur Verfügung gestellten Daten aufgenommen und gemeinsam mit den Angaben zu den Lokalen Allianzen unter Ergänzung der Fördervariante in eine Datenbank eingepflegt. In einem nächsten Schritt wurden fehlende Angaben, wie Adressdaten, wenn möglich auch die Website, online recherchiert und ergänzt. Die Erfassung erfolgte erstmals im ersten Halbjahr 2023 und ein weiteres Mal im Sommer 2024. Demenznetzwerke, die beim zweiten Mal über die Landesverbände der Pflegekassen nicht mehr aufgefunden werden konnten, wurden über eine Suchmaschine nachrecherchiert.

Zusätzlich wurde über Suchmaschinen bundeslandbezogen nach Demenznetzwerken gesucht, ebenfalls in zwei Zyklen im ersten Halbjahr 2023 und nochmals im Sommer 2024. Dafür konnten für einige Bundesländer öffentlich zur Verfügung gestellte Daten der Landesfachstellen oder anderer koordinierender Institutionen genutzt werden. Auch hierbei wurden alle jeweils gemachten Angaben aufgenommen und fehlende Adressdaten ggf. nachermittelt. Außerdem wurden im Sommer 2024 die bereits 2023 erfassten Netzwerkstrukturen nochmals über eine Online-Suche nachermittelt. Zwei der in 2023 recherchierten Netzwerke waren nicht mehr auffindbar und wurden für die weitere Auswertung nicht mehr berücksichtigt.

Abschließend wurde der Datensatz bereinigt und Duplikate dabei zusammengeführt. Da sich die Namen häufig gleichen und lediglich „Demenznetzwerk“ oder „Netzwerk Demenz“ lauten, wurde dabei auf Adressdaten oder auch auf die Angaben zu Kontaktpersonen zurückgegriffen. Letztlich konnten auf diese Weise inklusive der Lokalen Allianzen deutschlandweit 311 Demenznetzwerke ausfindig gemacht werden.

Abbildung 6: Lokale Allianzen und Demenznetzwerke in Deutschland (Stand: 09/2024)

Bundesland	Lokale Allianzen	Demenznetzwerke	Gesamt
Baden-Württemberg	9	26	35
Bayern	20	4	24
Berlin	1	8	9
Brandenburg	6	6	12
Bremen	2	0	2
Hamburg	1	6	7
Hessen	4	13	17
Mecklenburg-Vorpommern	5	8	13
Niedersachsen	13	17	30
Nordrhein-Westfalen	17	39	56
Rheinland-Pfalz	5	42	47
Saarland	1	6	7
Sachsen	8	6	14
Sachsen-Anhalt	6	1	7

Bundesland	Lokale Allianzen	Demenznetzwerke	Gesamt
Schleswig-Holstein	10	14	24
Thüringen	7	0	7
Gesamt	115	196	311

Die Tabelle (vgl. Abbildung 6) zeigt, wie sich die ermittelten Lokalen Allianzen und sonstigen Demenznetzwerke auf die Bundesländer verteilen. Nicht immer konnte geklärt werden, ob die Netzwerke noch aktiv sind. Das liegt vor allem daran, dass solche Netzwerke oder Strukturen zwar Öffentlichkeitsarbeit betreiben, häufig aber keine eigene Website dafür nutzen oder diese zumindest nicht regelmäßig pflegen (Abschnitt 5.2.3). Bei 21 recherchierten Netzwerken lag die letzte auf eigenen oder fremden Internetseiten erkennbare Aktivität vor 2023.

Die Schwierigkeiten bei der Recherche lagen vor allem daran, dass die gefundenen Demenznetzwerke einen geringen Formalisierungsgrad aufweisen. So sind von den 311 erfassten Netzwerken lediglich 14 als Vereine erkennbar, d. h. sie tragen den Namenszusatz „e. V.“. Andere Rechtsformen werden nicht genannt. Die Förderung der Pflegenetzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI ist nicht an eine Rechtsform gebunden, auch wenn es sie erleichtert. Hat das Netzwerk keine Rechtsform, müssen lediglich Kooperationsverträge zwischen mindestens drei Partnern vorliegen (GKV-Spitzenverband 2021: 18). Die Förderung der Lokalen Allianzen hat noch geringere Anforderungen an die Struktur und fordert die Einbindung von vier Partnern inkl. der Kommune, weil das Bundesprogramm als niedrigschwelliges Förderinstrument konzipiert wurde. Bei keiner Lokalen Allianz der derzeitigen Förderperiode konnte eine vorliegende Rechtsform festgestellt werden.³ Durch den geringen Formalisierungsgrad sind aber Struktur- oder Namenswechsel bei den Demenznetzwerken leicht möglich und kommen auch immer wieder vor. Das erschwert ihre Erfassung und Zählung und hat möglicherweise dazu geführt, dass nicht alle bestehenden Netzwerkstrukturen mit dem Fokus auf Menschen mit Demenz gefunden werden konnten.

Trotzdem ist die ausfindig gemachte Zahl von gut 300 bestehenden Demenznetzwerken als relativ gering zu werten. Allein mit der ersten Auflage des Bundesprogramms zur Förderung von Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz in den Jahren 2012 bis 2018 wurden ca. 500 Lokale Allianzen gefördert. Auch wenn sich viele dieser Lokalen Allianzen, zum Beispiel durch die Unterstützung der Landfachstellen in Rheinland-Pfalz oder dem Saarland, halten und unter neuem Namen ihre Arbeit fortsetzen konnten, so scheint ein sehr großer Teil der damaligen Lokalen Allianzen nicht mehr aktiv zu sein.

3.2 Wirkung des aktuellen Bundesprogramms

Für die grafische Darstellung wurde der Datensatz um die jeweiligen Kreise anhand der vorliegenden Adressdaten ergänzt. Damit wurden alle Netzwerke immer dem Landkreis zugeordnet, in dem die Ansprechperson bzw. Koordination zu erreichen ist. Um sichtbar zu machen, inwieweit sich die Bundesförderung und die nach § 45c Abs. 9 SGB XI ergänzen, wurden in einer Kartendarstellung (erstellt mit der Programmiersprache R⁴, unter Nutzung der Geodaten von Eurostat) die Förderstrukturen farbig gekenn-

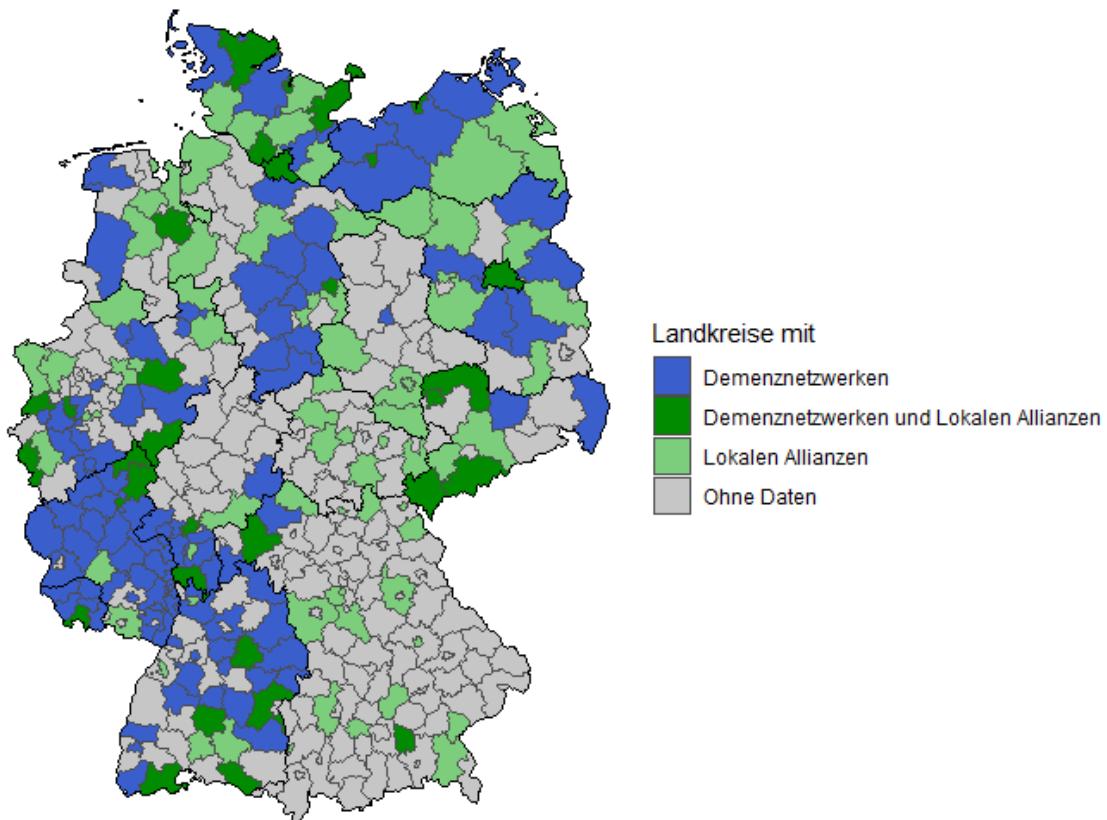
³ Eine Befragung Lokaler Allianzen, die im Rahmen der ersten Auflage des Bundesprogramms gefördert wurden, hatte dagegen ergeben, dass 30 Prozent eine Rechtsform gewählt hatten, in der Regel die des eingetragenen Vereins (Michalowsky et al. 2023: 728).

⁴ Erweitert durch die Pakete *ggplot2*, *sf*, *dplyr* und *giscoR*.

3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland

zeichnet. Dafür wurden die Adressdaten der Demenznetzwerke mit den Geodaten der Landkreise in R verknüpft. Für die farbliche Markierung wurden vier Fälle unterschieden. In Abbildung 7 sind die dunkelblau markierten Landkreise solche mit mindestens einem Demenznetzwerk. Hellgrün sind die Landkreise mit einer oder mehreren Lokalen Allianzen dargestellt. In den dunkelgrünen Landkreisen gibt es sowohl Demenznetzwerke als auch Lokale Allianzen. Hellgrau dargestellte Flächen sind Landkreise oder Kreisfreie Städte, für die keine Demenznetzstrukturen gefunden werden konnten.

Abbildung 7: Förderung von Lokalen Allianzen und Demenznetzwerken



In 30 Landkreisen bzw. Kreisfreien Städten finden sich sowohl Lokale Allianzen als auch Demenznetzwerke, außerdem in Berlin und Hamburg. Daneben gibt es 72 hellgrün markierte Landkreise bzw. Kreisfreie Städte mit nur Lokalen Allianzen. Hinzu kommt Bremen mit zwei Lokalen Allianzen. In diesen Gebieten konnten also durch die Förderung über das Bundesprogramm neue Netzwerkstrukturen aufgebaut werden. Besonders profitieren konnten dabei Bayern, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Hier sind die Landkreise, für die Daten vorliegen, fast ausschließlich hellgrün eingefärbt. In weiteren 104 dunkelblau eingefärbten Landkreisen bzw. Kreisfreien Städten Deutschlands finden sich nur Demenznetzwerke. Insgesamt gibt es demenzbezogene Netzwerkstrukturen in 206 Kreisen und damit in etwas über der Hälfte der Landkreise. Die ergänzende Förderung von Lokalen Allianzen in Landkreisen oder kreisfreien Städten ist, wie die dunkelgrünen Flächen zeigen, lediglich in 14,5 Prozent der Landkreise nicht gelungen, d. h. hier gibt es weitere Demenznetzwerke. Da die vorhandenen Daten keine Chronologie ermöglichen, kann allerdings nicht festgestellt werden, wer in den Landkreisen mit Demenznetzwerken und Lokalen Allianzen zuerst eine Förderung erhalten hat. Insgesamt scheinen sich die verschiedenen Förderprogramme gut ergänzt zu haben.

3.3 Abdeckungsgrad mit Demenznetzwerken

Für die Zuordnung zu einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt wurden die Standortdaten der Koordination bzw. Ansprechperson genutzt und das zugehörige Gebiet des Kreises farbig markiert. Diese Markierung sagt jedoch nichts darüber aus, in welchem Gebiet die Lokale Allianz oder das Demenznetzwerk tatsächlich aktiv ist. Deutlich wird außerdem, dass in Bundesländern mit kleinen Landkreisen deutlich mehr Fördermittel beantragt werden können. Bundesländer mit großen Landkreisen erreichen (formal) dagegen deutlich schneller einen besseren Abdeckungsgrad mit Netzwerkstrukturen.

Abbildung 8: Abdeckungsgrad der Bundesländer mit Netzwerken (aufsteigende Sortierung)

Bundesland	Landkreise/ Bezirke mit „Lokalen Allianzen“	Landkreise/ Bezirke mit Demenznetzwerken	Anzahl der Landkreise/ Bezirke	Abdeckungsgrad in Prozent
Bayern	19	2	96	21,88
Thüringen	7	0	22	31,82
Sachsen-Anhalt	4	1	14	35,71
Bremen	2	0	5	40
Hessen	4	8	26	46,15
Nordrhein-Westfalen	15	14	53	54,72
Niedersachsen	13	13	45	57,78
Sachsen	6	2	13	61,54
Baden-Württemberg	9	19	44	63,64
Brandenburg	6	6	18	66,67
Berlin	1	7	12	66,67
Hamburg	1	4	7	71,43
Rheinland-Pfalz	5	26	36	86,11
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	8	100
Schleswig-Holstein	9	6	15	100
Saarland	1	5	6	100

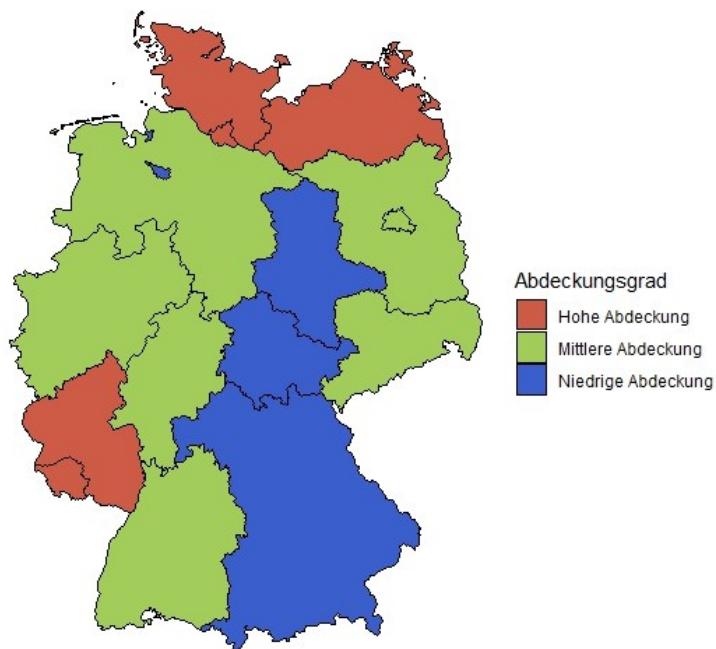
Für die Tabelle in Abbildung 8 wurden die Landkreise und Kreisfreien Städte mit Demenznetzwerken gezählt und mit der Gesamtzahl der Kreise des jeweiligen Bundeslandes ins Verhältnis gesetzt, um auf diese Weise den „Abdeckungsgrad“ der Bundesländer mit Netzwerkstrukturen zu bestimmen.

Einen niedrigen Abdeckungsgrad weisen danach die blau eingefärbten Bundesländer Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Bremen auf. Besonders in Bayern ist dies (auch) der hohen Zahl der Landkreise geschuldet. Trotzdem überrascht dieser Befund, denn in Bayern wurden schon vor 20 Jahren Modellprojekte nach § 45c Abs. 1 SGB XI gefördert, die sich überwiegend mit dem Aufbau von Netzwerkstrukturen befassten (Abschnitt 2.2.2). Diese Netzwerkstrukturen bestehen heute nicht mehr.

3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland

In Hamburg, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein und dem Saarland gibt es dagegen in mehr als Zweidrittel oder sogar in allen Landkreisen bzw. Bezirken Demenznetzwerke oder Lokale Allianzen und somit einen hohen Abdeckungsgrad (rote Einfärbung). Bis auf Rheinland-Pfalz sind dies alles Bundesländer mit einer geringen Zahl an Landkreisen. Die restlichen grün markierten Bundesländer befinden sich im Mittelfeld mit einem Abdeckungsgrad zwischen 45 und 67 Prozent. In Abbildung 9 wurde dieses Ergebnis grafisch dargestellt.

Abbildung 9: Abdeckungsgrad der Bundesländer mit Demenznetzwerken



Die Förderung von Lokalen Allianzen und Demenznetzwerken soll möglichst allen Landkreisen oder kreisfreien Städten in Deutschland zugute kommen. Um eine flächendeckende Verbreitung von Netzwerkstrukturen zu unterstützen, wird daher die finanzielle Förderung pro Landkreis gedeckelt. Die Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI war bis Ende 2021 auf 20.000 Euro pro Jahr und Kreis bzw. kreisfreier Stadt begrenzt. Das Bundesprogramm sah die Förderung von bis zu zwei Lokalen Allianzen pro Landkreis vor mit einer Förderung von 10.000 Euro jährlich pro Allianz für maximal drei Jahre. Anfang 2022 wurde die Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI auf 25.000 Euro pro Jahr und Netzwerk erhöht und die Förderung von zwei Netzwerken pro Kreis zugelassen. Für die 18 Landkreise bzw. kreisfreie Städte mit mehr 500.000 Einwohnern ist nun die Förderung von bis zu vier regionalen Netzwerken möglich, in den Stadtstaaten zwei Netzwerke pro Bezirk.

Diese Entwicklung macht eine Schwierigkeit der Förderpolitik deutlich. Einerseits bezieht sich der „Wirkraum“ der Netzwerke nicht immer auf den gesamten Landkreis.

Abbildung 10: Ausrichtung der Lokalen Allianzen nach Gebieten

Wirkungsgebiet der Lokalen Allianz	Anzahl
im Landkreis/Kreis	10
in der Stadt	9
im Stadtteil/Gemeindeteil	6

Wirkungsgebiet der Lokalen Allianz	Anzahl
in der Verbandsgemeinde/in mehreren Gemeinden	4
in der Kreisfreien Stadt/im Stadtkreis	3
in der (Kreisangehörigen) Gemeinde	1
Sonstiges	1
Gesamt	34

Wie Abbildung 10 zeigt, gaben lediglich zehn von 34 befragten Lokalen Allianzen im Rahmen der dritten Befragung der dritten und vierten Förderwelle (vgl. Abschnitt 5.1.3) an, ihre Arbeit und Angebote an Bewohner:innen bzw. Menschen mit Demenz im gesamten Landkreis zu richten. Dagegen fokussieren die anderen ca. 70 Prozent der Befragten ihre Arbeit auf eine kleinere Region, z. T. sogar nur auf einen Stadt- oder Gemeindeteil. Außer bei den Stadtstaaten sind die Angaben auch unabhängig vom Bundesland. D. h., ob sich die Lokale Allianz mit ihrer Arbeit auf den gesamten Landkreis ausrichtet, scheint nicht davon abhängig zu sein, wie groß der Landkreis ist oder wie viele Einwohner er hat. Die auf einen kleineren Sozialraum begrenzten Netzwerke können aber verhindern, dass Netzwerke im gesamten Landkreis entstehen, wenn die Höhe der Fördermittel an den Landkreis gekoppelt ist und die Anzahl der geförderten Netzwerke pro Landkreis begrenzt wird.

Andererseits wird mit der Förderung von Landkreisen an eine Struktur anknüpft, die sich in den Bundesländern sehr unterschiedlich darstellt, sowohl in Bezug auf die Fläche als auch auf die Bevölkerungsdichte.

Abbildung 11: Durchschnittliche Fläche und Bewohnerzahl pro Landkreis nach Bundesland (absteigend sortiert)

Bundesland	Fläche in km ²	Anzahl Landkreise/Bezirke	Durchschnittliche Fläche pro LK in km ²	Durchschnittliche Bewohnerzahl pro LK
Mecklenburg-Vorpommern	23.295	8	2912	203.683
Brandenburg	29.654	18	1647	143.426
Sachsen-Anhalt	20.457	14	1461	155.746
Sachsen	18.450	13	1419	314.574
Niedersachsen	47.710	45	1060	181.377
Schleswig-Holstein	15.801	15	1053	197.713
Hessen	21.116	26	812	246.951
Baden-Württemberg	35.748	44	812	257.710
Thüringen	16.202	22	736	96.470
Bayern	70.542	96	735	139.949
Nordrhein-Westfalen	34.112	53	644	343.216
Rheinland-Pfalz	19.858	36	552	115.953
Saarland	2.571	6	429	165.737
Hamburg	755	7	108	272.880
Bremen	419	5	84	138.341
Berlin	891	12	74	315.184

Quellen: Einträge zu den entsprechenden Bundeslandgrößen (Stand: 31.01.2024), Landkreisen (Stand: 10.11.2024) und Einwohneranzahlen (Stand: 14.06.2024) auf der Website von www.wikipedia.de und www.destatis.de wurden gerundet. Eigene Berechnungen.

3. Verteilung von Demenznetzwerken in Deutschland

So ist, wie Abbildung 11 zeigt, in Mecklenburg-Vorpommern die durchschnittliche Fläche der Landkreise mit 2.900 km² deutschlandweit am größten. Sie ist größer als die Fläche des Saarlands, welches sich in sechs Landkreise unterteilt. Auch wenn sich in allen Landkreisen Mecklenburg-Vorpommerns eine Lokale Allianz oder ein Demenznetzwerk befindet, bedeutet dies also nicht automatisch, dass es ausreichend Netzwerkstrukturen in den Sozialräumen vor Ort gibt. Andererseits hat Nordrhein-Westfalen die höchste durchschnittliche Bewohnerzahl pro Landkreis. Sie ist mehr als dreimal so hoch wie in Thüringen. Die einzelnen Demenznetzwerke müssen in Nordrhein-Westfalen also Strukturen aufbauen, die sich an deutlich mehr Bewohner:innen richten als in anderen Bundesländern, wenn sie landkreisbezogen arbeiten.

Für Rheinland-Pfalz lassen die Ergebnisse dagegen auf einen hohen Abdeckungsgrad schließen. Hier gibt es eine hohe Zahl relativ kleiner Landkreise mit einer unterdurchschnittlichen Bevölkerungszahl. In immerhin 86 Prozent der Landkreise konnten Netzwerkstrukturen aufgebaut werden. Durch die Landkreisstruktur dürften in Rheinland-Pfalz deutlich mehr Sozialräume von Demenznetzwerken profitieren als in Mecklenburg-Vorpommern oder Nordrhein-Westfalen. Hinzu kommt, dass in Rheinland-Pfalz die Landesfachstelle für die Antragstellung nach § 45c Abs. 9 SGB XI auf die Bildung landkreisbezogener Netzwerke hinwirkt, damit nicht durch kleinräumige Netzwerkstrukturen Fördermittel abgeschöpft werden. So sollen die Mittel für Pflegenetzwerke optimal genutzt werden (Landua/Stanke 2023).

Seit ca. 20 Jahren fördern Modellprojekte und Programme die Entstehung von Demenznetzwerken in Deutschland. Gut 300 Netzwerke, die zumindest in den letzten zwei bis drei Jahren aktiv waren, konnten ermittelt werden. Für die Hälfte der Landkreise in Deutschland lassen sich Netzwerkstrukturen finden, wobei die Bundesländer sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Dies liegt auch daran, dass die Anknüpfung an Landkreise zur Förderung von Netzwerkstrukturen durch Landkreisgröße und Bevölkerungsdichte zu sehr unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für die Etablierung gut funktionierender Netzwerke führt. Um Demenznetzwerke langfristig zu etablieren, wirkt es sich günstig aus, wenn sie, wie in Rheinland-Pfalz, begleitet werden und der Strukturaufbau koordiniert wird. Insbesondere, wenn Förderprogramme auslaufen, benötigen Netzwerke Unterstützung dabei, neue Finanzierungsquellen ausfindig zu machen und zu nutzen. Inwiefern es durch die Förderung über § 45c Abs. 9 SGB XI gelingt, Demenznetzwerke flächendeckend und dauerhaft zu etablieren, muss sich in den kommenden Jahren zeigen.

4. Fallstudien

Zentrale Aufgabe der Fallstudien ist es, die Funktions- und Arbeitsweise einer Lokalen Allianz in der Tiefe zu analysieren, das heißt, die Unterschiedlichkeit und jeweilige Besonderheit der Lokalen Allianzen in ihren heterogenen Sozialräumen herauszuarbeiten. Das erlaubt es auch, differenzierte Hinweise zur Weiterentwicklung von Vernetzung zu geben.

4.1 Methodisches Vorgehen

Im Fokus einer Fallstudie stehen jeweils die Perspektiven der verschiedenen beteiligten Akteursgruppen: das Netzwerk als Ganzes, vertreten durch die Koordination; die Partner, die sich am Netzwerk beteiligen; die Kommune als zentraler Stakeholder; ehrenamtlich engagierte Personen, die das Vorhaben als Laien unterstützen; Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen, die Zielgruppe des Bundesprogramms. Um diese unterschiedlichen Perspektiven kennenzulernen, sind mit den Expertinnen und Experten aus Netzwerk, Kommune und Ehrenamt leitfadengestützte Experteninterviews (vgl. Bogner et al. 2014) und mit Menschen mit Demenz bzw. ihren pflegenden Angehörigen problemzentrierte Interviews (vgl. Witzel/Reiter 2022) durchgeführt worden. Zusätzlich wurde für jede Fallstudie eine Dokumentenanalyse erstellt, für die Flyer, Presseartikel, Broschüren, Wegweiser, Homepages usw. ausgewertet wurden. Auch die Informationen aus den Sachberichten wurden hinzugezogen.

Fallstudien wurden für acht Lokale Allianzen durchgeführt. Die Auswahl der Standorte erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse der ersten Online-Befragung im Spätsommer 2022. Folgende Kriterien wurden dazu herangezogen: gute und weniger gute Gestaltung der Netzwerkarbeit sowie gute und weniger gute Bewertung der Netzwerkarbeit. Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass alle Regionen in Deutschland (Norden, Süden, Osten, Westen) sowie unterschiedliche Sozialräume (Stadt, Land) in der Auswahl vertreten waren. Die folgende Abbildung 12 zeigt, welche Standorte ausgewählt wurden und wie sie in räumlicher und bevölkerungsstatistischer Hinsicht charakterisiert werden können.

Abbildung 12: Standorte der Fallstudien nach bevölkerungsstatistischen Merkmalen

Kommune	Fläche in km ²	Bewohner (Anzahl)	Bewohner pro km ²
(Landkreis 1) Kreisangehörige Gemeinde 1	1.130 40	277.000 13.000	250 330
(Landkreis 2) Kreisangehörige Gemeinde 2	2.260 17	182.000 12.000	80 720
(Landkreis 3) Kreisangehörige Gemeinde 3	540 41	399.000 43.000	730 1.050
(Landkreis 4) Kreisangehörige Gemeinde 4	1.970 22	189.000 2.500	100 110
Landkreis 5	680	92.000	140
Kreisfreie Stadt 1	110	162.000	1.490
Kreisfreie Stadt 2	110	111.000	970
Kreisfreie Stadt 3	110	76.000	710

Quellen: Einträge zu den entsprechenden Städten, Landkreisen und kreisangehörigen Gemeinden auf der Webseite von www.wikipedia.de wurden aus Gründen der Anonymisierung gerundet (Stand: 31.12.2022).

4. Fallstudien

Die Abbildung verdeutlicht, dass in den Fallstudien drei verschiedene Sozialräume berücksichtigt werden, die für Unterschiede in den Rahmenbedingungen der Lokalen Allianzen stehen: kreisfreie Städte, kreisan gehörige Gemeinden und ein Landkreis. Zu den beiden Sozialräumen kreisfreie Stadt und kreisangehörige Gemeinde zählen jeweils drei bzw. vier Fälle, die intern mehr oder weniger stark variieren, was Fläche und Einwohnerzahl angeht.

Die folgende Abbildung 13 zeigt für jeden Standort den Anteil der verschiedenen Altersgruppen auf:

Abbildung 13: Bevölkerung nach Altersgruppen und Anteil der demenziell erkrankten Personen (in Prozent)

Kommune	Unter 20 Jahre	20 bis 40 Jahre	40 bis 60 Jahre	60 bis 75 Jahre	Über 75 Jahre	Demenziell Erkrankte
Landkreis 1 (Kreisangehörige Gemeinde 1)	19	25	27	19	11	2,0
Landkreis 2 (Kreisangehörige Gemeinde 2)	17	18	28	23	14	2,5
Landkreis 3 (Kreisangehörige Gemeinde 3)	19	22	28	20	12	2,2
Landkreis 4 (Kreisangehörige Gemeinde 4)	19	22	28	20	12	1,9
Landkreis 5	18	22	29	20	12	2,3
Kreisfreie Stadt 1	17	37	23	13	9	1,7
Kreisfreie Stadt 2	18	33	23	15	12	2,0
Kreisfreie Stadt 3	17	25	25	19	14	2,5

Quellen: Destatis (2021): Fortschreibung des Bevölkerungstandes: Kreise, Stichtag, Altersgruppen. Abgerufen am 27.11.2023 unter [Statistisches Bundesamt Deutschland - GENESIS-Online: Ergebnis 12411-0017-KREISE \(destatis.de\)](https://www.destatis.de/STATISTISCHE-DATEN/STATISTISCHE-DATEN-ONLINE/GENESIS-ONLINE/GENESIS-ONLINE-ERGEBNISSE/GENESIS-ONLINE-ERGEBNISSE-12411-0017-KREISE.html); Thyrian et al. 2020, Zusatzmaterial zu dem Artikel, Angaben in Prozent.

Es wird deutlich, dass der Anteil der Älteren (60 Jahre und älter) mit Anteilen zwischen 22 und 37 Prozent deutlich variiert. Der Anteil der Personen mit demenziellen Einschränkungen fügt sich in dieses Bild ein und liegt dementsprechend zwischen 1,7 und 2,5 Prozent.

Die Koordinierenden der Lokalen Allianzen an den ausgewählten Standorten wurden Ende Mai 2023 angeschrieben und um Unterstützung bei der Durchführung der Standortbesuche gebeten, darunter um die Organisation

- eines Experteninterviews mit dem/der Koordinierenden bzw. Leitung der Lokalen Allianz;
 - eines Gruppeninterviews mit vier bis sechs Partnern der Lokalen Allianz, darunter, wenn möglich, auch mit ehrenamtlich engagierten Personen;
 - sowie Einzelinterviews mit zwei bis drei Menschen mit Demenz (und ihren Angehörigen).

Um die Gewinnung von Gesprächspartnern zu unterstützen, wurde ein Informationsblatt zur Verfügung gestellt. Für die unterschiedlichen Akteure wurde jeweils ein passender Gesprächsleitfaden entwickelt. Alle ausgewählten Standorte konnten letztendlich besucht werden, und zwar im Zeitraum von Anfang Juli bis Mitte Oktober 2023. Von dem geplanten Sampling ergaben sich dabei mehr oder weniger große Abweichungen. Vor allem die Interviews mit Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen

konnten nicht vollständig in der geplanten Weise durchgeführt werden (siehe dazu im Einzelnen Abschnitt 4.4). Wie die folgende Abbildung 14 zeigt, weichen die Standortbesuche auch in anderen Aspekten der methodischen Umsetzung mehr oder weniger deutlich voneinander ab.

Abbildung 14: Samples der Fallstudien-Standorte

Kommune	Koordination	Partner	Ehrenamtliche	MmD & Angehörige
Kreisangehörige Gemeinde 1	1 Person	2 Einzelinterviews (u.a. Ehrenamtliche)	(siehe Spalte „Partner“)	1 (Angehörige)
Kreisangehörige Gemeinde 2	1 (2) Person(en)	(1 Einzelinterview)	Gruppeninterview (mit 2 Personen)	4 (Nutzer:innen)
Kreisangehörige Gemeinde 3	2 Personen	1 Gruppeninterview (u.a. Ehrenamtliche)	(siehe Spalte „Partner“)	1 (zwei Paare)
Kreisangehörige Gemeinde 4	3 Personen	1 Einzelinterview	Gruppeninterview (mit 3 Personen)	-
Landkreis 5	1 Person	1 Gruppeninterview (u.a. Ehrenamtliche)	(siehe Spalte „Partner“)	-
Kreisfreie Stadt 1	1 Person	3 Einzelinterviews	-	-
Kreisfreie Stadt 2	1 Person	1 Einzelinterview 1 Gruppeninterview	-	2 (MmD & Angehörige)
Kreisfreie Stadt 3	2 Personen	8 Einzelinterviews (u.a. Ehrenamtliche)	(siehe Spalte „Partner“)	Teilnahme an Betreuungsgruppe

An allen Standorten konnte ein Experteninterview mit der Koordination geführt werden, wobei daran an mehreren Standorten auch verschiedene Personen beteiligt waren, z. B. wenn Rechtsträgerschaft und Koordination nicht zusammenfielen. An manchen Standorten sind die an der Lokalen Allianz beteiligten Partner in Einzelinterviews, an anderen Standorten in Gruppeninterviews befragt worden, darunter auch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer. So sind ein bis acht Partner einbezogen gewesen. An zwei Standorten wurden mit Ehrenamtlichen getrennte Gruppeninterviews durchgeführt. An fünf Standorten ist eine Zusammenarbeit zwischen Lokaler Allianz und Kommune etabliert worden und an vier Standorten konnte auch ein Interview mit einem kommunalen Partner geführt werden, darunter mit einem Bürgermeister. Die Untersuchungsgruppen der einzelnen Standorte unterscheiden sich somit mehr oder weniger stark. Dies ist auf die unterschiedliche Ausgestaltung der Lokalen Allianz selbst, aber auch auf Schwerpunktsetzungen der jeweiligen Koordination sowie die unterschiedlich gelagerte Bereitschaft der Akteure, sich an der Befragung zu beteiligen, zurückzuführen. Die Anpassung an die Modalitäten der einzelnen Standorte hat andererseits für gute Akzeptanz und Auskunftsbereitschaft bei denjenigen gesorgt, die an den Gesprächen teilgenommen haben.

Für jeden Standort wurde eine **einzelne Fallstudie** erstellt, dazu wurde wie folgt vorgegangen: Im **ersten Schritt** wurde für jedes durchgeführte Interview ein Verlaufsprotokoll entlang der Themen bzw. Kategorien geschrieben, die mit Hilfe der Gesprächsleitfäden eingebracht wurden (vgl. Kuckartz/Rädiker 2022). Im **zweiten Schritt** wurden die Aussagen zu den zentralen Kategorien aus allen Interviews, die an einem Standort durchgeführt wurden, in einem neuen Textdokument zusammengeführt. Die zentralen Kategorien sind:

Abbildung 15: Kategorien der Inhaltsanalyse

Kategorie	Definition
Partner der Lokalen Allianz	In einer Tabelle werden die Partner gelistet, die in den Gesprächen und/oder in den Sachberichten als solche benannt werden. Die Liste wird beschrieben, dabei auf Widersprüche oder Inkonsistenzen in den Angaben hingewiesen.
Entstehung	Die Vorgeschichte der Lokalen Allianz wird beschrieben.
Sozialräumlich-kommunaler Kontext	Rolle und Bedeutung der Kommune bei der Gestaltung von Altenhilfe und Pflege im Allgemeinen und der Lokalen Allianz im Besonderen werden herausgearbeitet.
Zusammenarbeit, Vernetzung, Netzwerk	Die unterschiedlichen Formen von Vernetzung, von bi- und multilateraler Kooperation, werden differenziert beschrieben, dabei die Beziehungen zwischen den Partnern analysiert.
Umsetzung von Angeboten	In einer Tabelle werden alle Angebote gelistet. Dann werden alle Aussagen zur Organisation, Durchführung und zu den Erfahrungen mit einzelnen Angeboten zusammengetragen.
Einbeziehung des Ehrenamts	Es wird beschrieben, in welchem Umfang ehrenamtlich engagierte Helferinnen und Helfer in die Gestaltung von Angeboten einbezogen werden und welche Aufgaben sie im Einzelnen übernehmen.
Ergebnisse, Nutzen, Zielgruppenbezug	Es wird herausgearbeitet, was aus der Perspektive der verschiedenen Beteiligten im Einzelnen erreicht wurde und wie das Erreichte bewertet wird.
Perspektiven	Es wird beschrieben, wie nach dem Ende der Förderung durch das Bundesprogramm weitergearbeitet werden soll.
Kritik am Bundesprogramm	Die kritischen Anmerkungen, die die Gesprächspartner zur administrativen Umsetzung des Förderprogramms formuliert haben, werden dokumentiert.

Im **dritten Schritt** wurden die Auswertungstexte (entlang der Kategorien) ergänzt und angereichert und dazu weitere Informationsquellen systematisch einbezogen (z. B. Dokumente wie Flyer, Jahresberichte, Presseberichte, Website der Lokalen Allianz, Sachberichte). Im abschließenden **vierten Schritt** wurden alle Informationen mit Blick auf die zentralen Kategorien zusammengefasst und gebündelt sowie Subkategorien formuliert, um die Typenbildung vorzubereiten. Auf der Grundlage der einzelnen Fallstudien wurde der **Fallvergleich** vorgenommen. Dazu wurden die ausgewählten Kategorien und Subkategorien vergleichend ausgewertet, indem das Prinzip der minimalen und maximalen Kontrastierung angewendet wurde. Das heißt, es wurden einerseits Fälle analysiert und verglichen, die nahe beieinander liegen, und anderseits solche, die weit auseinander liegen.

4.2 Lokale Vernetzung im Vergleich

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Standorte miteinander verglichen. Grundlage hierfür sind die einzelnen Fallstudien und die in den Fallstudien verwendeten Kategorien und (induktiv entwickelten) Subkategorien. Die Darstellung folgt einer Prozesslogik: Zunächst wird die Ausgangssituation (Abschnitt 4.2.15.2.1) skizziert, d.h. die Bedingungen und Anlässe herausgearbeitet, die vor Ort den Anstoß zur Gründung einer Lokalen Allianz gegeben haben. Dann wird Vernetzung beschrieben (Abschnitt 4.2.25.2.2), die im Rahmen des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ das zentrale Instrument sein sollte, um Ergebnisse zu erzielen, also vor allem die Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren

Angehörigen zu verbessern. Deshalb ist es auch erforderlich, die konkreten Aktivitäten und Angebote, die die Lokalen Allianzen im Einzelnen geschaffen haben, genau zu beschreiben (Abschnitt 4.2.3). Im letzten Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Lokalen Allianzen an den einbezogenen Standorten nach Ende der Förderung fortbestehen werden (Abschnitt 4.2.4).

4.2.1 Ausgangssituation in den Kommunen

Im folgenden Abschnitt wird die Ausgangssituation beschrieben, wie sie sich aus Sicht der befragten Akteure zum Projektbeginn im kommunalen Umfeld dargestellt hat. Dazu werden die Beweggründe der Beteiligten, die Zuständigkeiten der örtlichen Altenhilfe an den einbezogenen Standorten sowie die Infrastruktur für ältere Menschen im Allgemeinen und die Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Besonderen in vergleichender Perspektive beschrieben. Zur Generierung von Ergebnissen werden die Standorte der Fallstudien gruppiert, so dass zunächst Lokale Allianzen in einem ähnlichen sozialräumlichen Umfeld miteinander verglichen werden (kreisangehörige Gemeinden versus kreisfreie Städte), um dann in einem weiteren Schritt diese beiden Gruppen einander gegenüberzustellen.

In der **kreisangehörigen Gemeinde 1** bestand zum Zeitpunkt der Antragstellung schon seit längerer Zeit eine kommunale Beratungsstelle für ältere Menschen. Das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ wurde als Gelegenheit wahrgenommen, die Seniorenarbeit mit Hilfe von Fördermitteln auszubauen. Es bestand der Wunsch, weitere „Treffpunkte“ (Koor, 19) zu schaffen, also über die bestehenden Möglichkeiten (Vereine, Angebote) hinaus weitere Gelegenheiten zur kulturellen und sozialen Teilhabe zur Verfügung zu stellen und Menschen mit Demenz verstärkt anzusprechen. In der Gemeinde existierte zum Zeitpunkt der Antragstellung zwar schon seit vielen Jahren eine durch einen Wohlfahrtsverband getragene Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz, aber zur kommunalen Seniorenarbeit bestanden zu diesem Zeitpunkt noch keine Arbeitsbeziehungen.

Auch beim Projektträger der **kreisangehörigen Gemeinde 2** war eine entwickelte Seniorenarbeit der Ansatzzpunkt dafür, einen Förderantrag beim Bundesprogramm zu stellen. Die Seniorenarbeit, mit der schon vor 30 Jahren begonnen wurde, ist inzwischen beim Mehrgenerationenhaus angesiedelt, das der Träger ebenfalls betreibt. Dabei war es eine beständige Herausforderung, für die nötige Finanzierung zu sorgen. Spezielle Berührungspunkte zur Arbeit mit Menschen mit Demenz gab es zum Zeitpunkt der Beantragung von Fördermitteln beim Bundesprogramm an diesem Standort jedoch noch nicht.

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 3** deutet an, dass die Bereitstellung von Fördermitteln ein wichtiger Grund für den Förderantrag beim Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz war, zumal das Projekt perfekt zum Portfolio der Trägereinrichtung passte, die u.a. ein Mehrgenerationenhaus betreibt. Letzteres wurde auch von älteren Menschen rege genutzt. Spezielle Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gab es aber noch nicht. Das Bundesprogramm war auch eine Gelegenheit, das Portfolio zu erweitern.

Auch im Mehrgenerationenhaus der **kreisangehörigen Gemeinde 4** wurde von Beginn an Seniorenarbeit durchgeführt. Daher war auch Demenz „schon immer ein Thema“ (Koor1, 9). Mit der Zeit stellte sich zunehmend die Frage, wie Menschen mit Demenz im ländlichen Umfeld erreicht werden können. Auch waren die hauptamtlichen Fachkräfte damit konfrontiert, dass ältere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer an Demenz erkrankten. Bei dem Versuch zu helfen, zeigte sich eine gewisse Hilflosigkeit. Es fehlte an Informationen, an Handwerkszeug und an Anleitung. „Und dadurch haben wir beschlossen, Lokale Allianz für

Menschen mit Demenz [zu werden]. Wir haben erwartet, dass wir da einfach eine Hilfeleistung kriegen. Und dass wir da einfach durch die Förderung dann eben auch weiterkommen" (Koor1, 27-29).

Es zeigt sich, dass an allen vier Standorten mit einem eher ländlichen Umfeld eine schon mehr oder weniger lange existierende Seniorenarbeit der Hintergrund dafür war, einen Antrag auf Förderung als Lokale Allianz für Menschen mit Demenz zu stellen. An drei Standorten (kreisangehörige Gemeinden 1, 2, 4) war die Altenarbeit dabei an einem Mehrgenerationenhaus angesiedelt. Die Standorte unterscheiden sich im Blick auf die Berührungs punkte mit der Zielgruppe Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. An einigen Standorten war die Altenarbeit in ihren Angeboten und professionellen Aktivitäten direkt mit dieser Zielgruppe konfrontiert und leitete davon einen entsprechenden Handlungsbedarf ab (kreisangehörige Gemeinde 4, mit Abstrichen auch kreisangehörige Gemeinde 1). An den anderen Standorten gab es noch keine direkten oder sehr ausgeprägten Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe. Das Förderprogramm war eine gute Gelegenheit, die Altenarbeit entsprechend weiterzuentwickeln und weiter zu finanzieren.

Während das Bundesprogramm an den Standorten im ländlichen Umfeld vor allem Impulse dafür setzte, in der Altenarbeit auch Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen gezielter zu berücksichtigen, haben die Lokalen Allianzen im Landkreis und in den kreisfreien Städten das Bundesprogramm genutzt, die schon vorhandenen Angebote für die Zielgruppe weiterzuentwickeln.

Beim **Landkreis 5** ging die Initiative zur Gründung einer Lokalen Allianz vor allem von Seniorenstützpunkt und Pflegestützpunkt in der Kreisstadt aus. Beide Einrichtungen waren immer häufiger mit dem Thema Demenz konfrontiert. Im Landkreis gab es zu diesem Zeitpunkt schon einige Angebote, vor allem in der Kreisstadt. Daher war die Idee, diese Angebote bzw. die betreffenden Einrichtungen besser miteinander zu verknüpfen. Das Bundesprogramm Lokale Allianzen war eine willkommene Gelegenheit, diesen Plan mit Hilfe von Fördermitteln umzusetzen.

Der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie in der kreisfreien **Stadt 1** hatte schon vor 30 Jahren begonnen, sich mit Demenz zu befassen, aber die Aktivitäten dieses Gremiums waren aus verschiedenen Gründen zuletzt etwas eingeschlafen. Zwischenzeitlich hatte sich bei einer Bildungseinrichtung für ältere Menschen eine gewisse Aufmerksamkeit für das Thema entwickelt, weil unter den Teilnehmenden der Kurse auch verwirrte Menschen angetroffen wurden. Deshalb stieß die private Initiative von zwei Kunstscha ffenden, die an die Bildungseinrichtung herangetragen wurde, sofort auf Interesse. Die Idee war, eine Fotoausstellung zu entwickeln, um Demenz mit Hilfe eines solchen Türöffners wieder stärker in die Öffentlichkeit zu tragen. Für dieses Projekt beantragte die Bildungseinrichtung eine Förderung beim Bundesprogramm.

Die Altenhilfeplanung der kreisfreien **Stadt 2** ist „*immer auf der Suche nach bestimmten Fördermöglichkeiten*" (Trg, 5), um die Seniorenarbeit zu bereichern. Deswegen stieß die Initiative eines Wohlfahrtsverbandes, einen Förderantrag im Rahmen des Bundesprogramms zu stellen, grundsätzlich auf Interesse. Zusammen mit dem Seniorenbüro wurde eine Bestandsaufnahme erstellt. Sie ergab, dass die Stadt bei Beratung und Betreuung von Menschen mit Demenz gut aufgestellt ist, aber die Öffentlichkeitsarbeit noch ausgebaut werden könnte. Die Stadt hat daraufhin einen Förderantrag gestellt.

In der kreisfreien **Stadt 3** wurde das Mehrgenerationenhaus aufgefordert, sich am Bundesprogramm Lokale Allianzen zu beteiligen, „*weil [Stadt 3] immer noch so ein weißer Fleck war auf der Landkarte sozusagen*" (Koor, 6 f.). Koordination und Leitung des Mehrgenerationenhauses luden einige potenzielle Partner ein,

um Ideen zu entwickeln. Diese Ideen wurden zu einem Antrag zusammengebunden. Von zentraler Bedeutung war, dass es im Mehrgenerationenhaus zu diesem Zeitpunkt schon seit vielen Jahren eine Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz gab und somit auch das nötige Wissen über die Lebenswirklichkeit der Zielgruppe vorhanden war. Auch ein Verein hatte schon Projekte mit Menschen mit Demenz durchgeführt, u.a. in Zusammenarbeit mit dem Mehrgenerationenhaus. Zudem ist im Mehrgenerationenhaus auch der Senioren- und Pflegestützpunkt angesiedelt. „*Und dadurch hatten wir natürlich auch immer diese Thematik im Haus, älter werdende Menschen, Pflegebedürftigkeit und ja, Demenz. Also die Themen waren irgendwie hier im Haus*“ (Koor, 74-76).

Der Vergleich des Landkreises und der drei kreisfreien Städte zeigt recht unterschiedliche Anlässe für die Entscheidung, einen Antrag auf Förderung als Lokale Allianz für Menschen mit Demenz zu stellen. Im Landkreis 5 hatten einige Einrichtungen vor, ihre Vernetzung voranzutreiben. In Stadt 1 war eine private Initiative von Kunstschaaffenden ausschlaggebend, in Stadt 2 waren es die Aktivitäten eines Wohlfahrtsverbandes, der ein Begegnungszentrum für ältere Menschen im Quartier betreibt, und bei Stadt 3 kam der Anstoß von der Netzwerkstelle. Diese Anregungen wurden von den späteren Trägern der drei Lokalen Allianzen aufgegriffen, nicht zuletzt aus dem Grund, dass diese Träger schon mit dem Thema Demenz bzw. der Zielgruppe Menschen mit Demenz befasst waren. In der kreisfreien Stadt 1 wurden die Kurse der Bildungseinrichtung für ältere Menschen auch von verwirrten Personen aufgesucht; die Altenhilfeplanung von Stadt 2 sah eine Zuständigkeit und Notwendigkeit, die öffentliche Thematisierung von Demenz zu verstärken, und in der kreisfreien Stadt 3 traf die Anfrage eine Einrichtung, die mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen schon vielfältige Berührungspunkte hatte.

Betrachtet man abschließend alle acht Standorte, so zeigt sich, dass alle Projektträger zum Zeitpunkt der Antragstellung zumindest über Erfahrungen in der Arbeit mit älteren Menschen verfügten. An einigen dieser Standorte existierten auch schon Angebote, die sich speziell an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen richteten. Zu diesen Standorten mit spezialisierten Angeboten gehören in erster Linie die drei kreisfreien Städte und der Landkreis. In den vier kreisangehörigen Gemeinden existierten solche spezialisierten Angebote noch nicht oder noch nicht in ausgebauter Form. Die Einrichtung einer Lokalen Allianz wurde dazu genutzt, um solche Ansätze der Spezialisierung von Angeboten zugunsten von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu entwickeln. Im Landkreis und in den drei kreisfreien Städten stand demgegenüber vor allem der Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit durch innovative Aktionen und Formate im Fokus.

4.2.2 Bilaterale und multilaterale Kooperation

Um die Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu fördern, setzt das Bundesprogramm auf „Lokale Allianzen“, also darauf, dass sich Akteure zusammentun, ein Bündnis schmieden und gemeinsam Angebote für die Zielgruppe entwickeln. Um aufzuzeigen, wie diese „Lokalen Allianzen“ vor Ort funktionieren, wird die Ausgestaltung von lokaler Vernetzung im Folgenden näher untersucht. Anders als bei den in die Bestandsaufnahme (siehe Abschnitt 2.2) einbezogenen Projekten kommt die Steuerung von vielfältigen Kooperationen durch eine Koordinationsstelle in den untersuchten Lokalen Allianzen nicht vor. Die Analyse konzentriert sich auf Kooperation, die in zwei verschiedenen Formen etabliert wird: einerseits in Form von bilateraler Kooperation und andererseits in Form von multilateraler Kooperation. So kann später die Form der Zusammenarbeit mit den Aktivitäten und Angeboten, die die einzelnen Lokalen

4. Fallstudien

Allianzen geschaffen haben, in Verbindung gebracht und geprüft werden, ob Lokale Allianzen mit multilateraler Kooperation andere Ergebnisse erzielt haben als Netzwerke mit bilateraler Kooperation (siehe Abschnitt 4.3).

Für die Gestaltung der Lokalen Allianzen sind Art und Anzahl der beteiligten lokalen Akteure von Bedeutung. Bei den untersuchten Lokalen Allianzen handelt es sich in der Regel um kleine Netzwerke mit sieben bis 10 Partnern. Bei zwei Lokalen Allianzen sind sogar nur zwei Partner dokumentiert. In vier von acht einbezogenen Lokalen Allianzen ist die Projektkoordination bei einem **Mehrgenerationenhaus** angesiedelt, in einer weiteren Lokalen Allianz gehört ein Mehrgenerationenhaus zu dem Kreis der Partner. Es zeigt sich also, dass Mehrgenerationenhäuser eine wichtige Rolle bei der Gestaltung der Lokalen Allianzen zu spielen scheinen. Bei zwei Lokalen Allianzen wird die Trägerschaft durch einen **Senioren- und Pflegestützpunkt** ausgeübt, an drei weiteren Lokalen Allianzen sind Senioren- und Pflegestützpunkte (oder vergleichbare Einrichtungen) als Partner an der Lokalen Allianz beteiligt. An drei Lokalen Allianzen sind Senioren- und Pflegestützpunkte in keiner Weise beteiligt, und dazu gehören die beiden Lokalen Allianzen mit nur zwei Partnern (sowie die kreisfreie Stadt 1). An zwei dieser drei Standorte sind andere (stationäre) Pflegeeinrichtungen in die Lokale Allianz einbezogen. An den Standorten, an denen Senioren- und Pflegestützpunkte (oder vergleichbare Einrichtungen) an einer Lokalen Allianz beteiligt sind, sind zudem auch **spezialisierte Einrichtungen** oder Dienste **für Menschen mit Demenz** und ihre Angehörigen einbezogen (z. B. Fachberatung Demenz). In vier von acht Lokalen Allianzen ist die Projektkoordination in Trägerschaft einer kommunalen Einrichtung oder Verwaltungseinheit der **Kommune**. In drei Lokalen Allianzen mit freier Trägerschaft der Projektkoordination gehört eine kommunale Einrichtung (oder mehrere) zu den Partnern. Nur bei einer Lokalen Allianz ist die Kommune weder als Projektkoordination noch als Partner vertreten.

Kooperation

Um die Art der Kooperation in den einbezogenen Lokalen Allianzen zu beschreiben, werden zunächst die Beziehungen zwischen den beteiligten Partnern charakterisiert und zu diesem Zweck zwischen der **Form der Beziehungen**, also zwischen bilateraler und multilateraler Kooperation unterschieden. Des Weiteren wird der **Kontext** der Zusammenarbeit betrachtet. Dabei wird herausgearbeitet, ob die beteiligten Partner rein **operativ** zusammenwirken, um z. B. ein Angebot zusammen durchzuführen, oder ob sie auch übergreifend in einem **institutionellen** Kontext zusammenarbeiten, also etwa bei regelmäßigen Arbeitstreffen die Ziele bestimmen, zentrale Aktivitäten planen, Ergebnisse diskutieren und die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit als solche reflektieren und vorantreiben. Wie die in die Fallstudien einbezogenen Standorte diesbezüglich einzuordnen sind, lässt sich der folgenden Abbildung entnehmen. In der rechten Spalte werden beide Dimensionen (Form der Beziehungen und Kontext der Zusammenarbeit) zusammengeführt und festgestellt, ob es sich bei der jeweiligen Lokalen Allianz um ein Netzwerk handelt oder nicht.

Abbildung 16: Kooperation im Rahmen der Lokalen Allianz

Kommune	Form der Beziehungen	Arbeitskontext	Netzwerk
Kreisangehörige Gemeinde 1	bilateral	operativ	nein
Kreisangehörige Gemeinde 2	keine Beziehungen	keine Zusammenarbeit	nein
Kreisangehörige Gemeinde 3	bilateral	operativ	nein
Kreisangehörige	bilateral	institutionell & operativ	nein

Kommune	Form der Beziehungen	Arbeitskontext	Netzwerk
Gemeinde 4			
Landkreis 5	multilateral	institutionell & operativ	ja
Kreisfreie Stadt 1	zunächst multilateral, zuletzt nur bilateral	zunächst institutionell & operativ, zuletzt nur operativ	zeitweise
Kreisfreie Stadt 2	multilateral	institutionell & operativ	ja
Kreisfreie Stadt 3	multilateral	institutionell & operativ	ja

Zur Darstellung der Analyse werden die Standorte der Fallstudien wie im vorherigen Abschnitt gruppiert: Zunächst werden die Lokalen Allianzen miteinander verglichen, die in einem ähnlichen sozialräumlichen Umfeld situiert sind (kreisangehörige Gemeinden und Landkreise versus kreisfreie Städte), dann werden diese beiden Gruppen in einem weiteren Arbeitsschritt miteinander kontrastiert.

Bei der **kreisangehörigen Gemeinde 1** wurden die Vorhaben der Lokalen Allianz durchgängig in Form von bilateraler Kooperation zwischen Projektkoordination und dem jeweils zuständigen Partner durchgeführt. Anlass für die Zusammenarbeit war immer, dass die Ressourcen der beteiligten Partner benötigt wurden (Räumlichkeiten, Personal), um Veranstaltungen durchführen zu können. An der Planung dieser Aktivitäten waren die Partner nicht beteiligt. Auch über Angelegenheiten, die die Lokale Allianz insgesamt betrafen, wurde mit diesen Partnern nicht gesprochen, Treffen mit allen an der Lokalen Allianz beteiligten Partnern fanden nicht statt. Einzelheiten der Auftragserledigung, etwa organisatorische Fragen, wurden mit den Beteiligten jeweils bilateral abgesprochen, nämlich auf dem kurzen Dienstweg per Telefon, Email oder bei (mehr oder weniger erwartbaren) persönlichen Begegnungen im dienstlichen oder auch privaten Kontext. Man kann dies als „Zulieferbeziehung“ bezeichnen. Die Qualität dieser rein bilateralen Zusammenarbeit wird als „*ein gutes menschliches Miteinander*“ (Koor, 803 f.) beschrieben.

Für das Projekt der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 2** wurden weder bi- noch multilaterale Formen der Kooperation genutzt. Im Kontext der Lokalen Allianz wurde ein einziges Teilhabenangebot geschaffen, nämlich ein Kulturcafé für Menschen mit und ohne Demenz. Zur Durchführung wurden ausschließlich Mitarbeitende sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer des Projektträgers eingesetzt. Es wurde nicht mit anderen Partnern zusammengearbeitet, weder bi- und noch multilateral, um das Angebot umzusetzen.

Der Projektträger in der **kreisangehörigen Gemeinde 3**, ein Mehrgenerationenhaus, nutzte schon länger bestehende bilaterale Kontakte zu einer Reihe von Partnern, um sich bei der Umsetzung der Lokalen Allianz unterstützen zu lassen. Die „Kernarbeit“ in der Lokalen Allianz, nämlich die Durchführung eines Cafés für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, erledigte die Projektkoordination selbst, wie sie betonte. Dabei wurde sie durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützt. Für die Bearbeitung spezieller Aufgaben, die sich aus dieser Arbeit ergaben, wurde jeweils ein Partner im Rahmen einer bilateralen Kooperation mit eingebunden. Wenn z. B. die Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen einen Bedarf an Betreuung und Unterstützung im Alltag artikulierten, wurde an den Familienunterstützenden Dienst (FuD) verwiesen. Schulungen zur Pflege (für die Angehörigen) wurden durch einen anderen Partner auf Anfrage veranstaltet. Einzelne Personen haben Musik- oder Bewegungsangebote durchgeführt, z. B. eine Sportgruppe für Menschen mit Demenz und die Angehörigen. Insofern kann bei diesen Kooperationen wie bei der kreisangehörigen Gemeinde 1 von Zulieferbeziehungen gesprochen werden. Die befragten Partner haben in einer Gruppendiskussion zudem betont, dass die Lokale Allianz nunmehr

wie eine Anlaufstelle funktioniert, so dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen an verschiedene Angebote und Dienste vermittelt werden und somit einen deutlich besseren Zugang zu Teilhabe, Unterstützung und Entlastung bekommen haben.

Auch für die Projektkoordination der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 4** war „*Sinn und Zweck der ganzen Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz (...), dass wir Anlaufstelle werden und weitervermitteln*“ (Koor, 1409 f.). Die Einrichtung, ein Mehrgenerationenhaus, verstärkte daher die schon länger bestehende niedrigschwellige Pflegeberatung. Mit einer stationären Pflegeeinrichtung, die etwa zeitgleich ihre Tore öffnete, wurde zudem eine enge bilaterale Kooperation aufgebaut. Beide Partner haben sich sowohl an der Planung als auch an der Durchführung von Aktionen der Lokalen Allianz beteiligt. So wurde z. B. ein Bewegungsangebot im Pflegeheim, aber eine Angehörigengruppe im Mehrgenerationenhaus durchgeführt. Im Unterschied zu den kreisangehörigen Gemeinden 1 und 3 beschränkte sich die bilaterale Zusammenarbeit in dieser Lokalen Allianz also nicht auf die reine Durchführung von Angeboten (operativ). Vielmehr wurden alle Aktivitäten gemeinsam konzeptioniert und darüber hinaus strategisch mit der Altenpolitik der Gemeinde verknüpft.

Im Unterschied zu den kreisangehörigen Gemeinden hat sich bei der Lokalen Allianz im **Landkreis 5** eine multilaterale Kooperation etabliert. Den Kern dieser multilateralen Kooperation bildeten vierteljährliche Arbeitstreffen aller beteiligten Partner, die genutzt wurden, um in jedem Jahr mindestens eine größere „*Anker-Veranstaltung*“ (Koor, 816 f.) zu organisieren und neue Angebote zu konzeptionieren. Die Zusammenarbeit konnte an früheren Projekten anknüpfen, die schon in bilateraler Kooperation umgesetzt worden waren. Besonders herausfordernd für den Aufbau von multilateraler Zusammenarbeit in der Lokalen Allianz war Corona. Hilfreich waren der starke „*Wille zur Kooperation*“ (Koor, 223), kontinuierliches Kontakthalten und die laufenden Anregungen der BAGSO-Netzwerkstelle. Vor allem der Seniorenstützpunkt war eine „*treibende Kraft*“ (Koor, 203) und gab vielfältige Anstöße für konkrete Aktionen. Die Partner beschreiben im Gruppeninterview, dass die kollegiale Bearbeitung der unterschiedlichen Themen die Beziehungen untereinander vertieft und zur Entstehung eines Wir-Gefüls beigetragen haben.

In drei (der vier) in die Fallstudien einbezogenen kreisangehörigen Gemeinden arbeiteten die betreffenden Lokalen Allianzen ausschließlich in bilateralen Kooperationen. Dabei waren die Partner in zwei Gemeinden nur in der Durchführung von Angeboten einbezogen, in der dritten Gemeinde gab es auch regelmäßige Planungstreffen zur konzeptionellen und strategischen Ausrichtung der Lokalen Allianz. In einer weiteren (vierten) kreisangehörigen Gemeinde wurde überhaupt nicht mit Partnern zusammengearbeitet. Im Unterschied zu den kreisangehörigen Gemeinden wurde im Landkreis eine multilaterale Kooperation aufgebaut. Alle Partner trafen sich regelmäßig, um die Netzwerkarbeit zu entwickeln. Organisation und Durchführung einzelner Aktivitäten übernahmen dann kleinere Arbeitsgruppen. Nur an diesem Standort wurde somit ein Netzwerk aufgebaut. Diese Feststellung folgt der fachlichen Prämisse, dass ein Netzwerk als eine Form der institutionellen Zusammenarbeit zu beschreiben ist, „*die über eine bloße bilaterale Kooperation zwischen zwei Trägern hinausgeht*“ (Fischer 2018: 376 f.). Wie stellt sich die Situation in den einbezogenen kreisfreien Städten dar?

Im ersten Jahr wurden die Netzwerktreffen der Lokalen Allianz in **Stadt 1** alle zwei Monate als Videokonferenz durchgeführt, um eine Kunstausstellung samt Rahmenprogramm vorzubereiten. Dabei entwickelte sich zwischen dem Projektträger und den Kunstschauffenden ein Konflikt über finanzielle Fragen und in-

haltliche Vorstellungen. Die Eröffnung der Ausstellung konnte noch mit großem Erfolg durchgeführt werden, aber dann eskalierte der Konflikt. Die Kooperation zwischen den beiden Kunstschaffenden und dem Träger wurde deshalb beendet. Auch ein weiterer Partner stieg aus, der seinerseits mit der Arbeit der Kunstschaffenden nicht einverstanden war. Anfang 2022, nach dem Ausstieg von drei Partnern, scheinen sich die anderen Partner noch zwei, drei Mal getroffen zu haben, aber danach ist die Zusammenarbeit „ziemlich eingeschlafen“ (Koor, 419). Die Kooperation wurde aber nie formal beendet. Seither wurde die Kunstausstellung mit wechselnden Partnern umgesetzt, mit denen nur für die Dauer der Ausstellung zusammengearbeitet wird.

Hauptorganisatoren der Lokalen Allianz in der kreisfreien **Stadt 2** waren die Kommune, die Projektkoordination bei einem freien Träger und ein Verein, der auch Projekte für Menschen mit Demenz betreibt. Schon sehr früh etablierte sich eine Arbeitsteilung zwischen diesen drei „*Hauptorganisatoren*“ (Koor, 23) einerseits und einer „*stillen Teilnahme*“ (Koor, 30) der anderen Partner andererseits, die sich zwar an Informationsaustausch und Diskussion, aber nicht „*schwerpunktmaßig*“ (Koor, 31) an der Vorbereitung und Durchführung von Aktionen beteiligen wollten. Im Laufe eines Jahres wurden zwei bis drei Netzwerktreffen mit allen Partnern durchgeführt. Bei diesen Treffen wurden im Wesentlichen Informationen weitergegeben – Informationen über Aktionen, die schon durchgeführt worden sind, und solche, die geplant waren. Aber auch Ideen, Bedarfe und Beteiligungswünsche wurden abgefragt. Die Aktionen der Lokalen Allianz wurden also durch einen Harten Kern umgesetzt, während sich die anderen Netzwerkpartner darauf beschränkten, als Zuhörer oder Kommentatoren tätig zu werden. Diese Art von Zusammenarbeit verlief reibungslos. Im Unterschied zu Stadt 1 konnte sich am Standort der kreisfreien Stadt 2 ein stabiles Netzwerk etablieren, welches auch nach Beendigung der Förderung durch das Bundesprogramm weiter tätig sein will.

Auch die Lokale Allianz in der kreisfreien **Stadt 3** schuf ein stabiles Netzwerk, das über das Förderende hinaus tätig bleiben wird. Zu Beginn wurde eine große Aktion zur Information und Aufklärung der Öffentlichkeit im Rahmen der Netzwerktreffen vorbereitet, „*um zu zeigen, wir sind da*“ (Koor, 107). Dazu wurde die Idee einer anderen Lokalen Allianz übernommen und eine Ausstellung zum Thema entwickelt. „*Das war eine riesige Aktion. Die hat uns auch wirklich Zeit gekostet. Aber die hat uns auch so als Netzwerk zusammengebracht*“ (Koor, 143-146). Nach Einschätzung der Projektkoordination war es sehr wichtig, mit kompetenten Partnern aus verschiedenen Bereichen zu arbeiten. Dies hat die Auseinandersetzung mit der Thematik stark gefördert. Weil viele Partner auch schon zuvor miteinander zu tun hatten, konnten Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit aber realistisch abgeschätzt werden. „*Wir haben dann sozusagen die Themen für die Partner zurechtgeschnitten. Nur in der Öffentlichkeitsarbeit war das dann eigentlich so was Gemeinsames, so wie mit dieser Ausstellung*“ (Koor, 589-591). Weil die Netzwerkarbeit in den Arbeitsgruppen an den Partnern ausgerichtet wurde, war auch sichergestellt, dass die Partner profitieren konnten. Für die befragten Partner waren gute Organisation und sensible Moderation durch die Projektkoordination entscheidende Faktoren für die erfolgreiche Netzwerkarbeit. Es gab viel Diskussion, „*quirlichen Austausch*“ (Par4, 259) und auch mal Konflikte, die aber „*lösungsorientiert*“ (Par3, 392) bearbeitet werden konnten.

Wie angedeutet, wurden an vier der acht einbezogenen Standorte multilaterale Kooperationen und damit Netzwerke aufgebaut. Dazu gehören die drei kreisfreien Städte und der Landkreis. Dabei haben sich an den Standorten verschiedene Formen der Arbeitsteilung bei multilateraler Kooperation herausgebildet, die mit einer unterschiedlich starken Einbeziehung der Partner in die Netzwerkarbeit einhergehen. Das zeigt die folgende Abbildung 17 in schematischer Form:

Abbildung 17: Netzwerkarbeit in den Lokalen Allianzen

Kommune	Netzwerk	Arbeitsteilung	Beteiligung der Partner
Landkreis 5	ja	Netzwerk-Team Arbeitsgruppen	Gesamtheit aktiv einbezogen Gesamtheit aktiv einbezogen
Kreisfreie Stadt 1	zeitweise	Kernteam Netzwerk-Team	Minderheit aktiv einbezogen Mehrheit punktuell einbezogen
Kreisfreie Stadt 2	ja	Kernteam „stille Partner“	Minderheit aktiv einbezogen Mehrheit passiv einbezogen
Kreisfreie Stadt 3	ja	Netzwerk-Team Arbeitsgruppen	Gesamtheit aktiv einbezogen Gesamtheit aktiv einbezogen

Bei der kreisfreien Stadt 1 konzentrierte sich ein großer Teil der Arbeit auf ein Kernteam, das die Hauptidee entwickelte. Die anderen Partner bildeten ein erweitertes Team, mit dessen Hilfe das Produkt, eine Kunstausstellung, verbreitet werden sollte. Konflikte im Kernteam führten dazu, dass die multilaterale Kooperation wieder aufgegeben und in bilaterale Kooperationen (mit immer neuen Partnern) überführt wurde. Auch bei der kreisfreien Stadt 2 gab es von Anfang an ein Kernteam auf der einen Seite und einen erweiterten Kreis an „stillen Partnern“ auf der anderen Seite. Das Kernteam entwickelte das Konzept für eine Kampagne zur Information und Aufklärung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und organisierte die gesamte Umsetzung, die anderen Partner haben diskutiert, kommentiert und sporadisch unterstützt. Im Kontrast dazu stehen der Landkreis 5 und die kreisfreie Stadt 3. Denn an diesen beiden Standorten wurde ein anderes Modell der multilateralen Kooperation umgesetzt, in das alle Partner gleichermaßen einbezogen werden. Alle Partner nahmen an den Netzwerktreffen teil und diskutierten neue Ideen und Ansatzpunkte für Innovation gemeinsam. Die Umsetzung einzelner Aktivitäten wurden in kleinere Arbeitsgruppen verlagert. Wie berichtet wird, führte diese Form der Netzwerkarbeit an beiden Standorten zu einer sehr hohen Identifizierung der Partner mit der Lokalen Allianz.

Netzwerkkoordination

In der Fachliteratur wird der Netzwerkkoordination eine hohe Bedeutung für den Erfolg von institutionellen Netzwerken zugeschrieben. Koordination wird aber nur zum Erfolgsfaktor, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind oder geschaffen werden können. Im GIZ-Leitfaden zur Evaluation von Kooperation in Netzwerken (vgl. Gajo et al. 2013), an dem sich die vorliegende Evaluation orientiert, werden solche Faktoren genannt: Wenn das Projektmanagement gut organisiert ist, kann auch das Netzwerk handlungsfähig gemacht werden (Organisation). Zudem ist eine Moderation förderlich, die von allen Partnern anerkannt wird, den Dialog unter den Beteiligten fördert und die Entscheidungsfindung aktiv unterstützt (Moderation). Die Projektkoordination muss dafür sorgen, dass sich alle Partner an der Bearbeitung der angestrebten Ziele beteiligen (Aktivierung, Beteiligung). Mittels kontinuierlicher Dokumentation von Entscheidungen und Arbeitsergebnissen, etwa in Protokollen, wird Transparenz geschaffen und Rechenschaft abgelegt (Dokumentation). Welche Aufgaben sehen die befragten Projektkoordinatoren an den Standorten der Lokalen Allianz?

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 1** organisierte die Umsetzung einer Vielzahl von Aktionen. Für jedes Vorhaben wurde der Partner herangezogen, der mit passenden Dienstleistungen unterstützen konnte, z. B. mit einem Fahrdienst oder der Bereitstellung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Haupttätigkeit der Projektkoordination war es somit, solche passenden

„Dienstleister“ zu finden. Die Bereitschaft der Partner zur Zusammenarbeit war, aus Sicht der Projektkoordination, von vornherein auf solche Zuarbeit beschränkt und bezog sich nicht auf das Gesamtvorhaben der Lokalen Allianz. Zur Gewinnung von Partnern nutzte die Projektkoordination viele Kontakte innerhalb ihres persönlichen privat-beruflichen Netzwerks.

Die Projektkoordination bezieht sich bei der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 2** auf rein innerorganisatorische Aufgaben des Projektträgers, insbesondere die Leitung der Abteilung Seniorenarbeit im Mehrgenerationenhaus, der das Kulturcafé für Menschen mit Demenz zugeordnet ist.

Die Projektkoordination wurde bei der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 3** durch zwei Personen übernommen. Beide haben die zwei neuen Gruppenangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen selbst umgesetzt und dazu punktuell die Dienste externer Partner eingebunden (z. B. für Vorträge, Schulungen, u.Ä.). Beide beschreiben im Interview, dass sie sich in die Arbeit mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zunächst einarbeiten mussten, was zu Beginn mit mehr oder weniger großen Herausforderungen verbunden war.

Bei der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 4** wird die Projektkoordination formal in geteilter Verantwortung durch die Leitung des Mehrgenerationenhauses und den Bürgermeister als Vertreter des Rechtsträgers wahrgenommen. Aus den Erzählungen geht hervor, dass die vielen Aufgaben einer Projektkoordination tatsächlich von der Leitung des Mehrgenerationenhauses wahrgenommen wurden. Sie konnte dabei, wie die betreffende Person andeutet, zu großen Teilen an den vorhandenen Strukturen und Routinen der Seniorenarbeit im Mehrgenerationenhaus andocken.

Wie der Vergleich zeigt, kümmerte sich die Projektkoordination der Lokalen Allianzen in den vier kreisangehörigen Gemeinden vor allem um Aufgaben der Organisation und Aktivierung. Angebote oder andere Vorhaben wie Veranstaltungen und Kurse wurden organisiert und dazu gehörte auch, passende Partner oder ehrenamtlich Helfende zu finden, die bei der Durchführung der Aktivitäten unterstützen konnten. Oft haben sich die Projektkoordinationen an der Durchführung von Aktionen beteiligt oder diese sogar komplett selbst umgesetzt. Aufgaben der Moderation und Dokumentation fielen an diesen Standorten kaum an, da Absprachen zwischen zwei Partnern oft auf dem kurzen Dienstweg erledigt werden konnten. Das stellte sich bei den Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation ganz anders dar.

Für Aufbau und Entwicklung der Lokalen Allianz im **Landkreis 5** war das Engagement der Koordination besonders wichtig. Da die Netzwerkarbeit für die Beteiligten oft mit zusätzlicher Arbeit verbunden ist, wie berichtet wird, war es sehr hilfreich, dass eine Person die Organisation und Dokumentation der Arbeits Treffen (und anderer Aktivitäten) zuverlässig übernahm, also z. B. Themen abfragte, das Protokoll schrieb, an das nächste Treffen erinnerte, usw. Auch kontinuierlicher inhaltlicher Input hat starke Impulse gesetzt. Inzwischen gab es einen Personalausfall bei der Koordination. „*Also das ist so eine Sache, die uns hier gerade sehr hemmt*“ (Koor, 200), führt die kommissarische Projektkoordination aus. Um voranzukommen, braucht es eine Person mit entsprechenden zeitlichen Kapazitäten, die die Fäden in der Hand behalte. Da alle Partner die Mitarbeit bei der Lokalen Allianz zusätzlich zu ihren Regelaufgaben leisteten, sei eine „*reibende Kraft*“ (Koor, 206) erforderlich, die am Ball bleibe. Sie werde gebraucht, um die Kommunikation unter den Partnern der Lokalen Allianz am Laufen zu halten. Es sei auch ihre Aufgabe, immer wieder Input zu geben, z. B. die vielen Anregungen von Seiten der BAGSO-Netzwerkstelle ins Netzwerk einzuspeisen.

Deshalb sei die Koordination „*wirklich der Schlüssel dafür, dass das Netzwerk funktioniert*“ (Koor, 528), resümiert die kommissarische Projektkoordination.

Die Koordination der Lokalen Allianz in der kreisfreien **Stadt 1** wurde auf zwei Personen aufgeteilt: Der Geschäftsführer der Trägereinrichtung war für Finanzen und Verwaltung zuständig, eine Fachbereichsleitung in dieser Einrichtung für die inhaltliche Ausgestaltung und die Zusammenarbeit mit den Partnern. Diese Konstruktion führte dazu, dass die (fachliche) Projektkoordination öfter „*zwischen den Stühlen*“ (Koor, 830) agieren musste. Da im Kernteam aus Projektkoordination und zwei Partnern unterschiedliche Vorstellungen zur Ausgestaltung einer Kunstausstellung existierten, war permanente Abstimmung erforderlich, was sehr viel Zeit kostete. Letztlich eskalierte die Auseinandersetzung um die grundsätzliche Ausrichtung der Lokalen Allianz. Versuche anderer Partner außerhalb des Kernteams, den Konflikt zu schlichten, waren nicht erfolgreich. Der (jungen) Projektkoordination selbst fehlte es für den Umgang mit komplexen Themen und schwierigen Partnern an Erfahrung, Kompetenz und „*Fingerspitzengefühl*“ (Koor, 849), wie sie selbst ausführt. Diese Schwierigkeiten in der Projektkoordination waren für verschiedene Partner der Hauptgrund für das letztliche Scheitern der Lokalen Allianz.

Bei der Lokalen Allianz in **Stadt 2** wurden die Aufgaben der Koordination ebenfalls aufgeteilt und, anders als in Stadt 1, zusätzlich zwei verschiedenen Trägern zugeteilt: Die Rechtsträgerschaft samt Verwaltung und Abrechnung übernahm die kommunale Altenhilfeplanung. Die Projektkoordination im engeren Sinn, also die Ausgestaltung der inhaltlichen Aufgaben, erfolgte durch das Seniorenbüro. Letzteres organisierte die Arbeit im „Kernteam“ und die Netzwerktreffen. Dabei war die wichtigste Aufgabe, das Netzwerk „*zusammenzuhalten*“ (Koor, 165), also Termine im Blick zu haben, nach dem aktuellen Stand der Arbeit zu fragen und Unterstützung anzubieten. Jeder Partner konnte Ideen einbringen und entscheiden, welche Aufgaben sie oder er übernehmen wollte. Gleichwohl erledigte die Projektkoordination einen Hauptteil der operativen Arbeit selbst: „*Ja, was jetzt auch die Demenzsensibel-Kampagne betrifft (...). Da hatte ich, sagen wir mal, schon mehr Verantwortung und mehr Aufgaben als vielleicht die anderen*“ (Koor, 178-186).

Auch bei der Lokalen Allianz in der kreisfreien **Stadt 3**, die an einem Mehrgenerationenhaus angesiedelt ist, wurden Rechtsträgerschaft und Projektkoordination aufgeteilt. Der Rechtsträger, eine Kirchengemeinde, resümiert, dass die Lokale Allianz viel auf die Beine gestellt habe, weil die Projektkoordination, wahrgenommen durch einen externen Projektträger, so gut funktioniere. „*Also so ein Netzwerk braucht immer eine, die den Hut aufhat und die auch sagt, wir machen das*“ (Koor, 371-375). Auch aus der Perspektive der Partner war der Erfolg der Netzwerkarbeit im Rahmen der Lokalen Allianz vor allem der guten Arbeit der Projektkoordination zu verdanken: Es brauche eine Person, die alle Fäden in der Hand halte, eine klare Struktur und nachvollziehbare inhaltliche Ausrichtung vorgebe. Unter solchen Bedingungen entwickle sich eine Bereitschaft zum Engagement. Die Projektkoordination selbst betont, dass man Netzwerkarbeit gut planen und dazu festlegen muss, welche Aktionen durchgeführt werden sollen, welcher Partner dafür gebraucht wird, welches Budget zur Verfügung steht, wer welche Aufgaben übernehmen kann, wie die Beteiligten motiviert und bei der Stange gehalten werden können usw.

Wie die Ausführungen zur Ausgestaltung der Projektkoordination an den Standorten der vier Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation zeigen, kommt der Aufgabe der Moderation dort, neben Organisation und Gewinnung von Partnern, eine herausragende Bedeutung zu. Zu diesem Thema erfolgen ausführliche Erzählungen. Berichtet wird, dass Arbeitstreffen nicht nur organisiert, sondern auch vor- und nachbereitet werden (Protokolle schreiben, Übersichten erstellen, Informationen geben), dass immer wieder

an Ziele und Planungen erinnert wird, um anknüpfen und vorankommen zu können, dass mehr oder weniger kontinuierlich über Inhalte diskutiert wird und dazu auch wiederkehrend Input erforderlich ist, um neue Impulse zu geben und neue Diskussionen zu entfachen. Solche Aktivitäten der Moderation (und Dokumentation) haben an drei (von vier) Standorten zur Herstellung von Verbindlichkeit, Zusammenhalt und der Bereitschaft zum Engagement für das Netzwerk geführt. Am vierten Standort einer Lokalen Allianz war dies dagegen nicht möglich, weil ein Konflikt zwischen Projektkoordination und einem Partner nicht in geeigneter Weise moderiert werden konnte.

4.2.3 Aktivitäten zur Schaffung von Unterstützungs- und Teilhabeangeboten

In diesem Abschnitt soll dargestellt werden, welche Aktivitäten die Lokalen Allianzen entfaltet und was sie damit erreicht haben. Dabei ist zu beachten, dass den Lokalen Allianzen durch das Bundesprogramm, speziell durch die Definition von Förderschwerpunkten ein Rahmen vorgegeben war:

- Förderung der Teilhabe von Menschen mit Demenz,
- Unterstützung von Menschen mit Demenz in einem frühen Stadium der Erkrankung, insbesondere durch ehrenamtliche Erstbegleitung;
- Unterstützung im Alltag, zum Beispiel durch Auf- und Ausbau von Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Helferkreise und ehrenamtliche Besuchsdienste in Einrichtungen;
- Unterstützung pflegender Angehöriger.

Zu den Auflagen des Bundesprogramms gehörte es auch, für eine nachhaltige Etablierung der Netzwerke über den Förderzeitraum hinaus zu sorgen, „unter anderem durch Begleitung und Unterstützung durch die Netzwerkstelle der BAGSO und aktive kommunale Beteiligung“, so die Formulierung im „Informationsblatt zur inhaltlichen Ausrichtung des Programms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ von März 2023⁵.

Um pointiert darzustellen, was die Akteure an den Standorten der einbezogenen Lokalen Allianzen mit Blick auf diese Förderschwerpunkte erreicht haben, konzentriert sich dieser Abschnitt auf die im Bundesprogramm genannten „Zielgruppen“ Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige. Zudem wird die allgemeine Öffentlichkeit als „Zielgruppe“ berücksichtigt, weil Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit an vielen Standorten faktisch zu den Arbeitsschwerpunkten der Lokalen Allianzen gehörten. Ein Arbeitsschwerpunkt der lokalen Netzwerkarbeit war vielerorts auch die Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, ohne die ein Großteil der Angebote und Aktivitäten nicht realisiert werden könnte. Daraus ergibt sich, dass die Ergebnisse im Folgenden für vier Themenbereiche aufbereitet werden:

- Teilhabeangebote für Menschen mit Demenz,
- Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige,
- Information und Aufklärung der Öffentlichkeit;
- Einbeziehung ehrenamtlich engagierter Helferinnen und Helfer.

Einen knappen ersten Überblick dazu gibt die folgende Abbildung, die die Angebote und Aktivitäten listet, die infolge der Förderung durch das Bundesprogramm an den Standorten der Fallstudien geschaffen wur-

⁵ Siehe <https://www.wegweiser-demenz.de/resource/blob/222034/2c5b15d38c5adb09bd10e9f8fff8foe/informationsblatt-zur-inhaltlichen-ausrichtung-data.pdf>, letzter Zugriff: 25.11.2024.

den. Somit werden nur Angebote und Aktivitäten verzeichnet, die im Rahmen der Lokalen Allianz neu geschaffen wurden. Angebote, die schon länger bestehen, aber in substanzIELLER Weise verändert oder ausgebaut wurden, stehen in Klammern.

Abbildung 18: Neue Angebote und Aktivitäten der Lokalen Allianzen an den Fallstudien-Standorten

Kommune	Menschen mit Demenz	Angehörige	Öffentlichkeit	Ehrenamtliche
Kreisangehörige Gemeinde 1	Wegweiser für Ausflüge Freizeitaktivitäten (inklusiv)	angeleitete Selbsthilfegruppe	Mitteilungsblatt (Infos zu Angeboten) Informationsstand bei Veranstaltungen	(Unterstützung der Freizeitaktivitäten)
Kreisangehörige Gemeinde 2	Kulturcafé	-	Mitteilungsblatt (Website)	Unterstützung des Kulturcafés
Kreisangehörige Gemeinde 3	Bewegungsangebot (inklusiv) Freizeitaktivitäten (inklusiv)	angeleitete Selbsthilfegruppe „Anlaufstelle“	Informationsstand bei Veranstaltungen Ausstellung samt Pressearbeit	Unterstützung der Freizeitaktivitäten und der Selbsthilfegruppe
Kreisangehörige Gemeinde 4	Bewegungsangebot (inklusiv) Freizeitaktivitäten (inklusiv)	angeleitete Selbsthilfegruppe „Anlaufstelle“	Mitteilungsblatt (Infos zu Angeboten) Bürgermeister als Werbeträger	(Unterstützung der Teilhabeangebote) Helferkreis-Team
Landkreis 5	Erinnerungscafé	angeleitete Selbsthilfegruppe Angehörigen-Schulung Sprechstunden Fachberatung	Tag der Vergesslichkeit Filmvorführung Wanderausstellung Mitteilungsblatt (Infos zu Angeboten)	Unterstützung des Cafés und punktuell der Veranstaltungen
Kreisfreie Stadt 1	---	---	Ausstellung mit Begleitprogramm Informationsveranstaltungen (z. B. beim Welt-Alzheimertag) Initiative Demenz Partner (Schulung)	---
Kreisfreie Stadt 2	---	(Angehörigen-Schulung)	Kampagne Demenzsensibilität (Schulungen) Informationsveranstaltungen (z. B. beim Welt-Alzheimertag) Informationsstand bei Veranstaltungen Website Demenzwegweiser	Schulung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer
Kreisfreie Stadt 3	Kita-Kinder in der Betreuungsgruppe	angeleitete Selbsthilfegruppe	Plakat-Kampagne/Ausstellung Beiträge im Bürgerradio Filmvorführung Website Chorkonzert „Wenn Erinnerung geht“	Schulung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer (Konzept & Durchführung) Schulung ehrenamtlicher Besuchshunde-Teams

Um die Angebote und Aktivitäten der Lokalen Allianzen vergleichend darzustellen und pointiert zu charakterisieren, sind die „örtlichen“ Selbstbezeichnungen, die die befragten Expertinnen und Experten in den Gesprächen genannt haben, nicht durchgängig übernommen worden. Vielmehr wurden die Begrifflichkeiten so angeglichen, dass vergleichbare Aktivitäten mit identischen Bezeichnungen versehen werden konnten. Nur unter dieser Voraussetzung können Strukturen deutlich werden. Folgendes fällt auf:

- Es wird deutlich, dass die Schaffung von **Teilhabeangeboten für Menschen mit Demenz** an fünf Fallstudien-Standorten zu den Hauptaktivitäten der jeweiligen Lokalen Allianzen zählte, darunter bei allen vier einbezogenen kreisangehörigen Gemeinden. Dabei konzentrierten sich die Aktivitäten an drei Standorten darauf, inklusive Bewegungsangebote (für Menschen mit und ohne Demenz) sowie inklusive Angebote für die Durchführung unterschiedlicher Freizeitaktivitäten (z. B. Wanderungen, Ausflüge, Veranstaltungen) zu schaffen, die oft im Abstand von mehreren Wochen durchgeführt wurden (Ausnahme: Bewegungsangebote). Bei einem „Café“ handelte es sich demgegenüber (oft) um ein Angebot, das der Begegnung diente und verschiedene Aktivitäten integrierte. Ein Zusammensein bei Kaffee und Kuchen wurde z. B. mit Brettspielen, Singen, Basteln, Gedächtnistraining, Ausflügen, usw. kombiniert. Betreuungsgruppen funktionierten in vergleichbarer Weise. Cafés oder Betreuungsgruppen haben wöchentlich oder zweiwöchentlich stattgefunden.
- Es fällt weiter auf, dass die **Öffentlichkeitsarbeit** an vier Standorten den (oder einen wichtigen) Schwerpunkt der Aktivitäten der Lokalen Allianz bildete. Zu diesen vier Standorten gehören alle drei kreisfreien Städte. Schwerpunkt heißt, dass jeder dieser Standorte mehrere Ansatzpunkte für die Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit gewählt hat, darunter auch besondere Formate wie Ausstellungen, Musikveranstaltungen oder Filmvorführungen, die von einer mehr oder weniger umfangreichen Presseberichterstattung in unterschiedlichen Medien begleitet wurden.
- An fünf Standorten sind angeleitete **Selbsthilfegruppen für Angehörige** neu eingerichtet worden, vier davon bei kreisangehörigen Gemeinden. An drei Standorten wurde auch der Zugang zu Informationen für Angehörige verbessert, indem sich zwei Trägereinrichtungen zu „Anlaufstellen“ weiterentwickelten. Bei einer dritten Lokalen Allianz wurden dezentrale Sprechstunden einer Fachberatung in verschiedenen Einrichtungen eingerichtet, um die Erreichbarkeit für diese Zielgruppe zu verbessern.
- Die **Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer** ist vor allem für die Durchführung von Teilhabeangeboten bei den Lokalen Allianzen in den vier kreisangehörigen Gemeinden von Bedeutung, hier sind viele Helferinnen und Helfer im Einsatz. Die Lokalen Allianzen in zwei kreisfreien Städten hatten einen Arbeitsschwerpunkt bei der Schulung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern.

Die Aktivitäten der Lokalen Allianzen an den acht ausgewählten Standorten werden im Folgenden genauer beschrieben. Dabei wird verdeutlicht, welche Ausgangssituationen, Überlegungen und Erfahrungen bei der Schaffung der neuen Angebote eine Rolle gespielt haben.

Bei der **kreisangehörigen Gemeinde 1** gab es schon vor Einrichtung der Lokalen Allianz „Seniorentreffpunkte“ bei den Vereinen und Kirchengemeinden, eine Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz sowie Alltagshilfen zur häuslichen Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Die Teilhabeangebote sollten mit Mitteln der Lokalen Allianz ausgebaut werden. Um die Betroffenen auch unter Pandemie-Bedingungen zu unterstützen, wurde zusammen mit der Alzheimer Gesellschaft ein Wegweiser für „Ausflugsziele“ in der näheren Umgebung erstellt. Als es wieder möglich war, wurden eine Ausflugsfahrt und acht geführte Wanderungen durchgeführt, an denen, neben Seniorinnen und Senioren, auch Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen teilnahmen. Ob Menschen mit Demenz stärker einbezogen werden konnten

als zuvor, geht aus den Informationen nicht eindeutig hervor. Mit Mitteln der Lokalen Allianz wurde zudem eine angeleitete Selbsthilfegruppe für Angehörige eingerichtet, die zeitlich parallel zur Betreuungsgruppe stattfindet. Im örtlichen Amtsblatt und auf der Homepage der Gemeinde **in allgemeiner Form** über diese Veranstaltungen und Angebote informiert. Denn nach den Erfahrungen der Koordination ist es oft nicht zielführend, „zu offensiv (...) mit dem Thema Demenz umzugehen“ (Koor, 1005). Es ist ein schmaler Grat, auf dem man sich bewegen muss, um die einen einzuladen und die anderen nicht abzuschrecken.

Bei der **kreisangehörigen Gemeinde 2** hatte der Träger der Lokalen Allianz, ein Mehrgenerationenhaus, schon vor Beginn der Lokalen Allianz einen Schwerpunkt in der Seniorenanarbeit aufgebaut, darunter auch Angebote zur Teilhabe für Seniorinnen und Senioren. Die Ausgangssituation in der kreisangehörigen Gemeinde 2 ähnelt insofern der in der kreisangehörigen Gemeinde 1. Im Unterschied dazu gehörte ein spezielles Angebot für Menschen mit Demenz aber nicht zu diesen Angeboten. Ein solches Angebot, ein Kulturcafé für Menschen mit und ohne Demenz, wurde mit Mitteln der Lokalen Allianz erst eingerichtet. Obwohl es keine nennenswerte Öffentlichkeitsarbeit gab, wurde das Angebot gegen Ende des Förderzeitraums von ca. 25 Personen regelmäßig genutzt. Zu den Teilnehmenden gehörten auch Menschen mit (beginnender) Demenz und deren Angehörige, wobei unklar bleibt, wie viele Personen tatsächlich erreicht wurden. Die Durchführung des Kulturcafés wurde durch drei ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützt, die schon länger beim Projektträger engagiert waren.

Bei der **kreisangehörigen Gemeinde 3** war die Lokale Allianz an einem Familienzentrum/Mehrgenerationenhaus angesiedelt. Zu dessen Portfolio gehörten schon länger Angebote für Seniorinnen und Senioren, Menschen mit Demenz wurden jedoch nicht speziell adressiert. Zunächst wurde daher eine angeleitete Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige eingerichtet, die Austausch unter Gleichgesinnten bot, aber auch Unterstützung in praktischen Angelegenheiten, z. B. bei der Antragstellung oder bei der Vermittlung von Alltagshilfen zur häuslichen Unterstützung. Auf Anregung der Angehörigen wurde etwas später zudem ein Teilhabeangebot eingerichtet. Dabei gestalten Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ihre Freizeit gemeinsam, z. B. mit Kochen, Grillen, Eisessen usw. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer haben bei der Durchführung der Angehörigen-Selbsthilfegruppe und der Freizeitaktivitäten mit unterstützt. Die Erfahrungen mit den neuen Angeboten veranlassten den Projektträger zudem, Angebote für Seniorinnen und Senioren nun auch gezielter an Menschen mit Demenz zu adressieren und inklusiv auszurichten.

Auch beim Mehrgenerationenhaus der **kreisangehörigen Gemeinde 4** wurden für Seniorinnen und Senioren schon seit Längerem eine Reihe von Kursen zur Freizeitgestaltung und Gesundheitsförderung angeboten (Basteln, Ausflüge, Veranstaltungen, Gedächtnistraining, Mittagstisch, Bewegungsangebote, usw.). Auch bestand die Möglichkeit, das Angebot einer individuellen Betreuung und Begleitung in der Häuslichkeit durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zu nutzen. Mit Hilfe der Förderung durch das Bundesprogramm sollten Menschen mit Demenz, wie bei den kreisangehörigen Gemeinden 1, 2 und 3, noch stärker als bisher in diese bestehenden Angebote einbezogen werden. Neu aufgebaut wurde eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe, was allerdings mit einigen Schwierigkeiten verbunden war. Wie die befragte Projektkoordination und ihre Mitstreiterin erfahren mussten, gibt es im ländlichen Umfeld hohe (mentale) Hürden, sich als Angehöriger eines Menschen mit Demenz zu „outen“. Schon vor der Errichtung der Lokalen Allianz waren im Mehrgenerationenhaus viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer tätig. Für die Durchführung der neuen Angebote wurden sie zu einem (neuen) Helferkreis „zusammengezogen“ (Koor, 513), der nun wie ein Team arbeitet. Die Helferkreistreffen dienen dem Austausch von Erfahrungen, der Diskussion von Vorschlägen, der Besprechung von Problemen und von Veränderungswünschen sowie der Vorbereitung von Aktivitäten und Veranstaltungen.

In allen in die Fallstudien einbezogenen kreisangehörigen Gemeinden wurden Bewegungsangebote und Freizeitaktivitäten (Teilhabeangebote) in den jeweiligen Lokalen Allianzen mit Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer umgesetzt, die auch zuvor schon bei der Durchführung von Angeboten in den Trägereinrichtungen (Mehrgenerationenhäuser, Familienzentrum) unterstützt haben. Während sich dieses ehrenamtliche Engagement an zwei Standorten in einem üblichen Rahmen bewegt zu haben scheint, berichtet die Projektkoordination der Lokalen Allianz in der kreisangehörigen Gemeinde 1 davon, dass sich viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer im Zuge der Corona-Pandemie zurückgezogen haben und danach nicht wiedergekommen sind, was die Durchführung von neuen Angeboten deutlich begrenzt und erschwert hat. Am Standort der kreisangehörigen Gemeinde 4 hingegen sind die ehrenamtlichen Helfenden nicht abgesprungen, sondern waren teilweise auch während der Corona-Pandemie aktiv. Mit Hilfe der Förderung wurde die Arbeit mit den ehrenamtlichen Kräften neu organisiert und ausgebaut. Der Helferkreis wurde zu einem Team umgeformt und die Unterstützungsarbeit insgesamt professionalisiert.

Im **Landkreis 5** existierten schon vor der Gründung der Lokalen Allianz nicht nur Angebote für ältere Menschen im Allgemein wie in den beschriebenen kreisangehörigen Gemeinden, sondern darüber hinaus auch eine Reihe von (Teilhabe-) Angeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Die meisten davon waren in der Kreisstadt angesiedelt. Eine Fachberatungsstelle und ein Seniorenstützpunkt arbeiteten zum Zeitpunkt des Standortbesuchs im Sommer 2023 schon seit rund einem Jahrzehnt zum Thema Demenz zusammen. Auch das Mehrgenerationenhaus hatte schon einige Angebote für Menschen mit Demenz entwickelt, so ein Musikangebot und eine Selbsthilfegruppe für Angehörige. Die Lokale Allianz gab zusätzlich den Anstoß zur Errichtung eines Erinnerungscafés zur Durchführung von Biographiearbeit mit Menschen mit Demenz. Die Umsetzung lag vor allem in den Händen einer ehrenamtlich engagierten Person. Ein besonderer Schwerpunkt der Netzwerkarbeit am Standort des Landkreises 5 galt der Organisation von öffentlichen Informationsveranstaltungen, von „Anker-Veranstaltungen“ (Koor, 316) wie das die befragte Projektkoordination nannte. So wurden z. B. eine Filmvorführung („Die Vergesslichkeit der Eichhörnchen“) und eine große Informations- und Diskussionsveranstaltung („Tag der Vergesslichkeit“) organisiert. Wichtig dabei war, das Thema Demenz „anders“ (Koor, 324) zu beleuchten, indem es im Format von Unterhaltung angegangen wurde. Das ist beim Publikum gut angekommen. Daneben wurde Öffentlichkeitsarbeit auf breiter Front durchgeführt. Der Seniorenstützpunkt hatte über die Jahre eine gute Kooperation mit dem „Wochenblättchen“ aufgebaut, so dass regelmäßig über Seniorenhemen und „immer wieder“ (Koor, 385) die Aktivitäten der Lokalen Allianz berichtet werden konnte.

Die Netzwerkarbeit der Lokalen Allianz im Landkreis 5 war dem Anspruch nach auf einen deutlich größeren Sozialraum bezogen als jene in den kreisangehörigen Gemeinden 1 bis 4. Tatsächlich konzentrierten sich die Aktivitäten allerdings auf die Kreisstadt. Es gelang aber, in einer weiteren Gemeinde eine neue Angehörigengruppe zu eröffnen. Im Unterschied zu den Lokalen Allianzen der kreisangehörigen Gemeinden 1 bis 4 existierten im Landkreis 5 zum Zeitpunkt der Einrichtung der Lokalen Allianz schon einige spezialisierte Angebote für Menschen mit Demenz (Fachberatung, Selbsthilfegruppe, Teilhabeangebot), die mit der Errichtung des Erinnerungscafés weiter ausgebaut wurden. Den Schwerpunkt der Aktivitäten bildete aber die Öffentlichkeitsarbeit mit dem erklärten Ziel, die Kommunikation über Demenz zu verändern. Auch in den drei kreisfreien Städten 1, 2 und 3 stand, vor dem Hintergrund einer bereits existierenden sozialen Infrastruktur für Menschen mit Demenz, die Öffentlichkeitsarbeit im Zentrum der Aktivitäten der dortigen Lokalen Allianzen, wie im Folgenden gezeigt wird.

In der kreisfreien **Stadt 1** existierten zum Zeitpunkt der Einrichtung der Lokalen Allianz viele verschiedene Angebote für Menschen mit Demenz (Betreuungsgruppen, Fachberatung, Angehörigengruppen, Ratgeber Demenz), weil der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie schon seit langer Zeit entsprechende Aktivitäten

angeregt hatte. Zuletzt war es aber um den Arbeitskreis ruhig geworden, so dass die Initiative von zwei Kunstschaffenden, sich mit dem Thema Demenz mit Mitteln der Kunst auseinanderzusetzen, mit Interesse aufgegriffen wurde. Dazu wurde eine Ausstellung organisiert, die dazu gedacht war, das Thema Demenz durch schöne Bilder wieder stärker in die Öffentlichkeit zu tragen und weitere Aktivitäten anzuregen. Die Resonanz auf die Ausstellung war enorm. Landesfernsehen und lokale Presse berichteten umfassend. „*Und dadurch, dass halt die Bilder ja selber richtig gut sind, dieses Positive, fanden die Leute halt schon schön. Dass man dann auch gesagt hat, man hat halt aufgerüttelt*“ (Koor, 573-575). Bis Anfang 2022 wurde die Ausstellung bei weiteren großen Veranstaltungen gezeigt, und sie war auch weiterhin in den Medien präsent, „*es war halt schon ein Hype darauf*“ (Koor, 604 f.). Zusätzlich wurden, zusammen mit teils neuen Kooperationspartnern, aus Anlass der Welt-Alzheimertage 2022 und 2023 große Informationsveranstaltungen organisiert, die in der Stadtgesellschaft ebenfalls auf großes Interesse stießen. Unter anderem in Reaktion auf das große öffentliche Interesse hat die Stadt ein neues Demenznetzwerk initiiert, mit der Lokalen Allianz bzw. ihrer Trägereinrichtung und einem Krankenhaus als weiteren Partnern.

Auch die Aktivitäten der kreisfreien **Stadt 2** waren auf Information und Aufklärung der Öffentlichkeit fokussiert. Auch hier existierten zum Zeitpunkt der Einrichtung der Lokalen Allianz schon viele Angebote zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Aus Sicht der Projektbetreiber war aber die Öffentlichkeitsarbeit dringend entwicklungsbedürftig. Bei einer Veranstaltung der BAGSO-Netzwerkstelle erfuhren die Beteiligten von einem innovativen Kampagne-Konzept, an dem sie sich orientierten. Mitarbeitende unterschiedlicher Institutionen werden geschult, so dass sie Menschen mit Demenz offen gegenüberstehen und die Nutzung der Institutionen erleichtern. Es ging darum, das „*Thema Demenz ein Stück weit zu enttabuisieren, in den öffentlichen Raum zu bringen und auch mit Einrichtungen, die mit dem Thema vorher noch gar nicht konfrontiert waren, in Austausch zu treten*“ (Koor, 46-49). Eine besonders fruchtbare Kooperation entwickelte sich in der Folge mit einer Bibliothek, die sich nach der Schulung der Mitarbeitenden stark für die Sache engagierte und eigene Ansätze entwickelte. Im Unterschied dazu war aber an andere öffentliche Institutionen „*kein Rankommen*“ (Koor, 247). Zusätzlich zur Kampagne wurde viele weitere Veranstaltungen zur Information und Aufklärung organisiert, z. B. Vorträge, Informationsstände bei Demenztagen usw. An den Aktivitäten der Lokalen Allianz der Stadt 2 waren ehrenamtliche Helferinnen und Helfer nicht beteiligt. Im Ehrenamt engagierte Personen sind aber schon lange bei einigen Partnern der Lokalen Allianz aktiv, um bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zu unterstützen.

In der kreisfreien **Stadt 3** gibt es schon seit 2008 eine Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz, die im Laufe der Jahre in unterschiedlichen Konstellationen gearbeitet hat. An der Durchführung der Betreuungsgruppe sind viele ehrenamtliche Helferinnen und Helfer beteiligt, was eine individuelle Betreuung erlaubt. Es werden laufend neue ehrenamtliche Helferinnen und Helfer gesucht, die geschult werden müssen. Deshalb wurde auch ein eigenes Schulungskonzept entwickelt. Auch eine Angehörigen-Selbsthilfegruppe wurde neu eingerichtet. Ein Arbeitsschwerpunkt war wie bei den anderen kreisfreien Städten der Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit. Im Zentrum der Öffentlichkeitsarbeit der Lokalen Allianz der kreisfreien Stadt 3 stand eine Kampagne. Plakate mit persönlichen Stellungnahmen zu Demenz wurden im Rahmen einer Ausstellung in einem Einkaufszentrum gezeigt sowie im gesamten öffentlichen Raum in der Stadt ausgehängt. Eine befragte Person berichtet über Reaktionen auf diese Aktion: „*Ich habe dann teilweise Reaktionen auf die Bilder gehört und teilweise auch Unverständnis, weil eigentlich viele gesagt haben, aber wenn ich dement bin, dann geht es mir doch so schlecht, dass ich gar nichts mehr kann*“ (Par5, 344-346). Es sei, so das Resümee, mit den Plakaten nur teilweise gelungen, über Demenz ins Gespräch zu kommen und den Blickwinkel zu verändern, weil es nach wie vor eine sehr große Scheu gebe, sich überhaupt mit Demenz zu befassen. Viel positive Resonanz gab es demgegenüber auf ein großes Konzert unter dem Motto „*Wenn Erinnerung geht*“, welches ein Chorleiter entwickelte, der am Thema Demenz sehr interessiert war.

Wie wurde die „Angebotslandschaft“ an den in die Fallstudien einbezogenen Standorten, zusammenfassend gesagt, durch die Aktivitäten der Lokalen Allianzen verändert? Alle in die Fallstudien einbezogenen kreisangehörigen Gemeinden verfügten zum Zeitpunkt der Einrichtung einer Lokalen Allianz über Beratungs-, Unterstützungs- und Teilhabeangebote für ältere Menschen. Spezielle Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen existierten zu diesem Zeitpunkt jedoch eher nicht. Die Aktivitäten der Lokalen Allianz führten dazu, solche speziellen (oft inklusiven) Angebote für Menschen mit Demenz zu schaffen, vor allem zur Bewegungsförderung, zur Durchführung von Freizeitaktivitäten sowie zu Begegnung und Beisammensein in „Cafés“ bzw. Betreuungsgruppen. Für die Angehörigen wurden oft angeleitete Selbsthilfegruppen eingerichtet. Die Durchführung dieser Angebote wurde an allen Standorten durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unterstützt, die schon zuvor für die Einrichtung oder den Träger aktiv waren. Die Anzahl der Helferinnen und Helfer variiert allerdings zwischen den Standorten beträchtlich. Die Lokale Allianz der kreisangehörigen Gemeinde 1 musste nach der Corona-Pandemie mit weit weniger ehrenamtlich engagierten Personen auskommen als zuvor. Die Lokale Allianz der kreisangehörigen Gemeinde 4 konnte sich durchgehend auf eine große Zahl an ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern stützen. Eine kleinere Anzahl an ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern unterstützten auch die Arbeit der Lokalen Allianzen der kreisangehörigen Gemeinden 2 und 3. Alle kreisangehörigen Gemeinden setzten in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf das örtliche Amts- oder Mitteilungsblatt, in dem mehr oder weniger regelmäßig Informationen über die Aktivitäten der Lokalen Allianz veröffentlicht werden.

Der Landkreis und die drei kreisangehörigen Städte verfügten zum Zeitpunkt der Einrichtung ihrer Lokalen Allianz nicht nur über Angebote für ältere Menschen im Allgemeinen, sondern zumindest auch über einzelne spezielle (oder inklusive) Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Die Aktivitäten der Lokalen Allianzen zielten dementsprechend darauf, die vorhandenen Angebote für die beiden Zielgruppen auszubauen und auszudifferenzieren. Ein großer Teil der Aktivitäten der Lokalen Allianzen an allen vier Standorten galt aber der Information und Aufklärung der Bevölkerung sowie Schulung spezieller Berufsgruppen. Das Besondere an allen Standorten war, neben üblichen Formen der Öffentlichkeitsarbeit wie Informationsveranstaltungen und Informationsständen auch besondere Formate zu nutzen, um „anders“, nicht (nur) dramatisierend über Demenz zu kommunizieren und auf diese Weise mehr Menschen zu erreichen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer waren an solchen Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit eher nicht beteiligt. Sie engagierten sich auch in den kreisfreien Städten vor allem in Betreuungsgruppen, Cafés oder Selbsthilfegruppen, wenn solche Angebote dort schon länger etabliert waren. Vereinzelt organisierten Lokale Allianzen an diesen Standorten (neue) Schulungen für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer.

4.2.4 Nachhaltigkeit

Zu den Zielen des Bundesprogramms Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz gehörte es auch, für eine nachhaltige Etablierung der Netzwerke über den Förderzeitraum hinaus zu sorgen. Im GIZ-Leitfaden zur Netzwerkevaluierung werden zur Feststellung der Nachhaltigkeit einige Kriterien genannt und definiert (vgl. Gajo et al. 2013: 18):

- **Stabilität:** Es haben sich gute Arbeitsbeziehungen etabliert, belastbare Absprachen zur weiteren Zusammenarbeit sind getroffen worden und jeder Partner stellt die erforderlichen Ressourcen bereit.
- **Konstanz:** Das Netzwerk arbeitet über die Förderperiode hinaus kontinuierlich weiter und verfügt über die dazu erforderlichen Ressourcen.
- **Scaling Up:** Die Anzahl der beteiligten Partner bleibt stabil oder wächst, das Netzwerk kann sich ggf. verändern und seine Leistungen (Angebote) erweitern oder ausdifferenzieren.

- **Diffusion:** Das Netzwerk kommuniziert professionell über seine Arbeit, hat Zugang zu Entscheidungsträgern, und die Netzwerkarbeit wirkt sich auch in weiteren Kontexten aus.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich vor allem auf Konstanz und Diffusion, weil sich dies aus den Förderkriterien ergibt (Konstanz) oder die Befragten selbst das regelmäßig thematisieren und daher Informationen dazu vorliegen (Diffusion). Bei allen Standortbesuchen wurde auch die Frage erörtert, inwieweit die Lokale Allianz fortgeführt werden soll.

Weiterentwicklung der Lokalen Allianzen nach Förderende

Die Koordination der Lokalen Allianz bei der **kreisangehörigen Gemeinde 1** hatte plant, einige Angebote fortzuführen, so die angeleitete Selbsthilfegruppe für Angehörige und die geführten Wanderungen am Standort. Ob Ausflugsfahrten künftig angeboten werden können, sei ungewiss, da die Finanzierung nicht gesichert sei. Einen Förderantrag nach § 45c SGB XI zu stellen, zieht die Koordination eher nicht in Erwägung, war doch der Verwaltungsaufwand bei der Handhabung der Lokalen Allianz immens.

Der Projektträger der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 2** hat nach längerem Abwägen entschieden, das Kulturcafé – ein „*Riesenerfolg*“ (Koor1, 310) – im Rahmen eines anderen Projekts weiterzuführen und dazu finanzielle Mittel aus einem anderen Fördertopf zu nutzen. Das Kulturcafé könnte wegen anhaltender Nachfrage sogar ausgebaut werden, so ein Gesprächspartner, aber dafür fehlten die finanziellen Ressourcen. Selbst für die Durchführung des Angebotes in der gegenwärtigen Form müsse man sich „*schon ganz schön strecken*“ (Koor1, 337).

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz bei der **kreisangehörigen Gemeinde 3** ging davon aus, dass die Angehörigen-Selbsthilfegruppe und die (inklusiven) Freizeitaktivitäten weitergeführt werden könnten, ggf. teilweise in Selbstorganisation, so wie es teilweise schon praktiziert werde. Das Thema Demenz solle im Mehrgenerationenhaus künftig regelhaft bearbeitet werden. Grundsätzlich hänge aber die Fortführung von der Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen ab. Für die Fortführung der Angehörigen-Selbsthilfegruppe könnten Fördermittel beantragt werden. Auch Angebote, die über Kursgebühren (mit-) finanziert würden, könnten fortgesetzt werden. Bei anderen Angeboten müsse noch geprüft werden, auf welchen Wegen sie finanziert werden könnten.

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz der **kreisangehörigen Gemeinde 4** formulierte als Ziel weiterer Arbeit, Angebote so auszustalten, dass sie noch besser angenommen werden. Zudem sollte noch selbstverständlicher über das Thema Demenz geredet werden. Die Lokale Allianz werde weitergeführt, das hätten die Verantwortlichen der Gemeinde schon entschieden. Aber das werde schwierig, weil die Finanzierung nicht geklärt sei. Erschwerend komme hinzu, dass einige andere Förderungen weggefallen künftig würden.

Bei der Lokalen Allianz im **Landkreis 5** war geplant, eine Netzwerkförderung nach § 45c SGB XI zu beantragen. Um dies zu erreichen, so eine befragte Person, müssten vor allem die personellen Ressourcen für die Weiterführung der Projektkoordination organisiert werden. Die jüngst eingeleitete Zusammenarbeit von Lokaler Allianz mit „Gesundheitsregion“ und integrierter Sozialplanung habe zur Folge, dass sich der Landkreis auch finanziell an der Weiterführung der Lokalen Allianz beteiligen werde. Auch die anderen Partner wollten zumindest im kleinen Umfang zur Weiterfinanzierung beitragen, sodass zumindest für zwei weitere Jahre „*eine vernünftige Kofinanzierung*“ gesichert sei (Koor, 270).

4. Fallstudien

Die Lokale Allianz in der kreisfreien **Stadt 1** wird seit dem Förderende im Rahmen eines anderen Netzwerks fortgeführt. Der Auftrag des Gemeinderats, mehr für pflegende Angehörige zu tun, hatte die Stadtverwaltung zu einer Bestandsaufnahme und zur Gründung eines neuen Demenznetzwerks veranlasst. Der Lenkungskreis des Netzwerks besteht aus drei Partnern: Krankenhaus, Stadt und Träger der Lokalen Allianz (eine Bildungseinrichtung). Die Lokale Allianz sollte weiterhin für Information und Aufklärung, das Demenznetzwerk für andere Themen zuständig sein, die von Jahr zu Jahr abgesprochen werden. Geplant war, dass die Lenkungsgruppe weitere lokale Partner einlädt, die zeitlich begrenzt an einem festgelegten Thema mitarbeiten. Der Kreis der Kooperationspartner sollte kleingehalten werden, „*damit es nicht zu Streitigkeiten kommt wie bei der Lokalen Allianz*“ (Koor, 783 f.).

Die Fortführung der Lokalen Allianz in **Stadt 2** sei „*ganz ohne Geld*“ (Koor, 388) nicht möglich, wie die befragte Projektkoordination angab. Vor allem für die Koordination der Netzwerkarbeit brauche es Ressourcen. Künftig werde die Stadt die Koordination und Steuerung der Lokalen Allianz übernehmen und weiterhin zu Netzwerktreffen einladen. Die Netzwerkarbeit sollte sich künftig auf bestimmte Veranstaltungen konzentrieren. Im kommunalen Haushalt seien dafür auch finanzielle Mittel vorgesehen, „*das sind keine 10.000 im Jahr, aber ich sage mal, ein Spielraum von zwei bis fünf [Tausend]*“ (Trg, 504-559). Zudem hatte die Stadt entschieden, ein Pflegenetzwerk zu gründen und bei der Pflegekasse entsprechende Fördermittel zu beantragen. Die Lokale Allianz sollte als Arbeitsgruppe in das kommende Pflegenetzwerk integriert werden, auch um Ressourcen zu bündeln und Doppelstrukturen zu vermeiden. Die bisherigen Partner wollten sich weiter beteiligen, „*weil ihnen auch der Erfahrungsaustausch sehr, sehr wichtig ist*“ (Koor, 407). Ein Pflegenetzwerk würde es zudem erleichtern, den Austausch mit ambulanten und stationären Pflegediensten zu verbessern.

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz der kreisfreien **Stadt 3** hatte erläutert, dass ein Antrag auf Förderung als Pflegenetzwerk nach § 45c SGB XI gestellt wurde. Ziel sei es, künftig noch stärker als Lokale Allianz in der Öffentlichkeit aufzutreten. Es sei schon diskutiert worden, z. B. Geschäftsleute anzusprechen, um sich darüber auszutauschen, wie ein Supermarkt so umgestaltet werden müsste, damit er auch durch Menschen mit Demenz genutzt werden könnte. Auch die befragten Partner haben hervorgehoben, dass die Öffentlichkeitsarbeit weitergeführt und intensiviert werden müsste. Gleichzeitig bleibe es eine Herausforderung, Ressourcen zu organisieren.

In der folgenden Abbildung 19 werden die Aussagen der Befragten zur Fortführung der Lokalen Allianz im Blick auf drei Merkmale zusammenfassend aufbereitet. Es wird angegeben, ob und in welchem Umfang die neu geschaffenen **Angebote** nach dem Ende der Förderung fortgeführt werden sollen. Dann wird dokumentiert, ob die **Lokale Allianz** als Kooperationszusammenhang weiterbestehen soll. Und schließlich wird vermerkt, ob für die Fortführung der Lokalen Allianz in gegebener oder veränderter Form eine Förderung als **Pflege-/Demenznetzwerk** nach § 45c SGB XI beantragt werden soll.

Abbildung 19: Fortführung der Lokalen Allianz

Kommune	Angebote	Lokale Allianz	Weiter als Pflegenetzwerk?
Kreisangehörige Gemeinde 1	ja, teilweise	nein	nein
Kreisangehörige Gemeinde 2	ja, teilweise	nein	nein
Kreisangehörige Gemeinde 3	ja, teilweise	nein	nein
Kreisangehörige Gemeinde 4	ja	ja	nein
Landkreis 5	ja	ja	ja
Kreisfreie Stadt 1	ja	ja	ja
Kreisfreie Stadt 2	ja, abgespeckt	ja	unklar

Kommune	Angebote	Lokale Allianz	Weiter als Pflegenetzwerk?
Kreisfreie Stadt 3	ja	ja	ja

Die Abbildung verdeutlicht in komprimierter Form, dass drei von vier kreisangehörigen Gemeinden die neu geschaffenen Angebote teilweise fortsetzen wollten, dazu gehören an diesen drei Standorten u.a. die Selbsthilfegruppen für Angehörige. Als Grund dafür, dass nicht alle Angebote weiterführt werden sollten, haben die Projektkoordinationen (der Lokalen Allianzen an diesen drei Standorten) Schwierigkeiten mit der Finanzierung nach Förderende genannt. Das bedeutet in der Konsequenz, dass die Lokale Allianz mit einem bestimmten Set an Angeboten und an Partnern, mit denen zum Zweck der Durchführung dieser Angebote bilateral kooperiert wurde, in diesem Sinne nicht fortbesteht. Am Standort der kreisangehörigen Gemeinde 4 lagen die Dinge etwas anders, denn hier sollten Angebote und Kooperationsformen fortgesetzt werden, weil die Gemeinde das (auch finanziell) unterstützen wollte. Ein Antrag auf Förderung als Pflege- bzw. Demenznetzwerk nach § 45c SGB XI war aber nicht geplant.

Beim Landkreis 5 und zwei der drei kreisfreien Städte sollten alle Angebote fortgeführt und auch neue Angebote geschaffen werden sowie die nunmehr etablierte multilaterale Kooperation fortgesetzt und zu diesem Zweck eine Förderung nach § 45c SGB XI genutzt werden. Die künftige Projektkoordination der Lokalen Allianz in der kreisfreien Stadt 2 hat im Interview davon berichtet, dass die Angebote im Wesentlichen fortgeführt werden sollten, wenn auch in abgespeckter Form. Auch die multilaterale Kooperation sollte fortbestehen. Die Möglichkeit, einen Förderantrag bei der Pflegekasse zu stellen, wurde nicht thematisiert. Die bisherige Projektkoordination gab in einem getrennten Interview an, dass diese Option in Erwägung gezogen werde. Die Informationen auf der Website dieser Lokalen Allianz (Stand: Juni 2024) deuten darauf hin, dass die Netzwerkarbeit nicht wie in bisheriger Form fortgesetzt und auch kein Antrag auf Förderung als Pflegenetzwerk gestellt wurde. Der Wechsel der Projektkoordination scheint hier zu Friktionen geführt zu haben. Gleichwohl legt die Abbildung 25 (siehe oben) den Schluss nahe, dass die Lokale Allianz eher an Standorten mit multilateraler Kooperation fortgesetzt und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch ein Antrag auf Förderung nach § 45c SGB XI gestellt wird.

Integration der Lokalen Allianz in das kommunale Umfeld

Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der in die Fallstudien einbezogenen Lokalen Allianzen ist, wie oben ausgeführt, nicht nur bedeutsam, ob das Netzwerk fortgeführt wird (Konstanz). Als (ein) weiteres Kriterium nennt der GIZ-Leitfaden „Diffusion“ (vgl. Gajo et al. 2013). Wichtig ist somit die längerfristige Verankerung der Lokalen Allianz vor Ort. Die Lokale Allianz sollte bekannt sein und von den relevanten regionalen Akteuren als einschlägiger Ansprechpartner wahrgenommen werden. Sie sollte über einen Zugang zu Einflussmöglichkeiten im Umfeld verfügen. Von besonderer Bedeutung dürften diesbezüglich die Beziehungen zur Kommune sein. Im Folgenden soll daher herausgearbeitet werden, inwieweit sich die Lokalen Allianzen in ihrem lokalen Umfeld verankern und etablieren konnten. Dazu wird zunächst betrachtet, ob und welche kommunalen Stellen an der Lokalen Allianz beteiligt sind und in welcher Funktion sie dort mitwirken. In einem weiteren Schritt wird analysiert, wo und in welcher Form die Lokalen Allianzen vor Ort aktiv geworden sind, also in welchen Gremien sie aufgetreten sind, zu welchen Entscheidungsträgern Kontakte aufgebaut werden konnten und inwieweit die Lokale Allianz davon profitieren konnte.

Die folgende Abbildung 20 zeigt, welche kommunale Stellen in den acht in die Fallstudien einbezogenen Lokalen Allianzen als Partner in die Netzwerkarbeit einbezogen waren und welche Funktion sie dabei übernommen haben.

Abbildung 20: In Lokale Allianzen einbezogene kommunale Stellen

Kommune	Beteiligte kommunale Stelle(n)	Funktion im Netzwerk
Kreisangehörige Gemeinde 1	Senioren-Service-Stelle (G)	Träger/Projektkoordination
Kreisangehörige Gemeinde 2	-	-
Kreisangehörige Gemeinde 3	Pflege- und Wohnberatung (K)	Partner
Kreisangehörige Gemeinde 4	Mehrgenerationenhaus/ Seniorenbeauftragte (G)	Träger/Projektkoordination
Landkreis 5	Sozialplanung (K) Pflegestützpunkt (K) Seniorenstützpunkt (K) Betreuungsstelle (K) Kreisangehörige Gemeinde X	Partner Partner Partner Partner Partner
Kreisfreie Stadt 1	Sachgebiet Seniorenarbeit	(externer) Partner
Kreisfreie Stadt 2	Sachgebiet Seniorenarbeit Bibliothek	Träger/Projektkoordination Partner
Kreisfreie Stadt 3	Pflegestützpunkt Volkshochschule	Partner Partner

Erläuterung: G = Gemeinde, K = Kreis.

Aus der Abbildung wird ersichtlich, dass kommunale Stellen oder Einrichtungen an sieben von acht untersuchten Lokalen Allianzen beteiligt sind. Bei drei Lokalen Allianzen sind sie Träger und nehmen zudem die Projektkoordination wahr. Bei weiteren vier Allianzen sind kommunale Stellen als Partner beteiligt. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei den einbezogenen kommunalen Stellen um Einrichtungen, die Dienstleistungen erbringen, darunter vor allem Pflege- bzw. Seniorenberatungen. Bei drei Lokalen Allianzen ist auch die Sozialverwaltung vertreten (Sozialplanung, Sachgebiet Seniorenarbeit), dabei handelt es sich in allen Fällen um Lokale Allianzen mit multilateraler Kooperation. Bei der kreisangehörigen Gemeinde 4 ist die Person, die die Projektkoordination ausübt, auch Seniorenbeauftragte der Gemeinde. Wie im Folgenden noch herausgearbeitet wird, kann die Beteiligung der Kommune an einer multilateralen Kooperation auf unterschiedliche Weise dabei helfen, das Fortbestehen der Lokalen Allianz zu sichern. Bei zwei kreisangehörigen Gemeinden (1, 3) ist eine kommunale Stelle zwar an der Lokalen Allianz beteiligt, hier handelt es sich aber um bilaterale Kooperationen, die nicht alle fortgeführt werden sollen.

Für eine langfristige Verankerung der Lokalen Allianzen vor Ort sind auch die kommunale Seniorenarbeit und ihr lokalpolitischer Stellenwert von Bedeutung. Um diesen Stellenwert zu bestimmen, wird im Folgenden skizziert, wie die Seniorenarbeit an den Standorten der einbezogenen Lokalen Allianzen (organisatorisch) aufgestellt ist und in welcher Verbindung die Seniorenarbeit mit den Lokalen Allianzen steht.

Die **kreisangehörige Gemeinde 1** hat vor einigen Jahren einen Seniorenplan erstellt. Zudem wurde eine kommunale Servicestelle für ältere Menschen eingerichtet. Diese Stelle ist auch Träger der Lokalen Allianz. Generell gehört es zu den Aufgaben der Servicestelle, Seniorinnen und Senioren zu beraten und ggf. an andere Fachstellen weiterzuvermitteln sowie Angebote zu organisieren. Die Einrichtung fungiert damit auch als Anlaufstelle und muss zu diesem Zweck mit anderen Einrichtungen kooperieren. Es bestehen Kontakte zum Runden Tisch Demenz des Kreises. Der Kreis betreibt laut Website ebenfalls eine Pflegeberatung, weitere Aktivitäten sind nicht ersichtlich. Die Projektkoordination äußert sich im Interview zurückhaltend zur Frage nach der Unterstützung durch die Kommune. Die Lokale Allianz wird zwar wahrgenommen – sie wurde vom Bürgermeister besucht und im Sozialausschuss vorgestellt –, aber die Projektkoordination sah hierin im Gespräch keine besondere Unterstützung durch die Gemeinde.

Bei der **kreisangehörigen Gemeinde 2** gibt es im Ressort Bildung und Soziales ein eigenes Sachgebiet für Seniorenarbeit. Der Träger der Lokalen Allianz unterhält, wie im Interview berichtet wurde, gute Arbeitsbeziehungen zur Sachgebietsleitung und ist auch Mitglied der örtlichen AG Senioren. Zu den Aufgaben der AG Senioren gehört laut Homepage die Schaffung von regionalen Netzwerkstrukturen, die Vermittlung von Hilfsangeboten und Öffentlichkeitsarbeit. Auf Landkreisebene scheint es keine vergleichbaren Aktivitäten im Bereich der Seniorenhilfe zu geben. Der Trägerverein versucht schon seit vielen Jahren, die Gemeinde zu mehr Vernetzung auf der Ebene der Träger der sozialen Dienste zu bewegen. Das sei bisher nicht gelungen, weil der Bürgermeister kein Interesse daran habe, hat der Vereinsvorsitzende angegeben. Konflikte bestehen auch mit dem Kreis.

Die Projektkoordination der Lokalen Allianz in der **kreisangehörigen Gemeinde 3** hatte im Interview ausgeführt, dass sich die Lokale Allianz am örtlichen Demenznetzwerk und am Altenhilfennetzwerk des Kreises beteiligt. Zur Gemeinde selbst scheinen keine direkten Kontakte zu bestehen. Der Website ist zu entnehmen, dass die Gemeinde eine Seniorensprechstunde (eine Art Sozialberatung für ältere Menschen) anbietet. Auch Veranstaltungen für ältere Menschen werden organisiert. Hinweise auf das (örtliche) Demenznetzwerk oder die Lokale Allianz finden sich auf der Website nicht. Dagegen engagiert sich der Kreis umfänglich in der Seniorenhilfe. Es existiert eine eigene Koordinierungsstelle Seniorenhilfe, das Netzwerk Seniorenhilfe wird organisiert und in Zusammenarbeit mit einigen Trägern betreibt der Kreis eine Pflege- und Wohnberatung. An letztere verweist die Lokale Allianz Menschen mit entsprechendem Beratungsbedarf, am Altenhilfennetzwerk nimmt die Lokale Allianz teil. Über substanzielle Unterstützung durch kommunale Akteure (Gemeinde) wird nichts berichtet.

Das stellt sich in der **kreisangehörigen Gemeinde 4** ganz anders dar. Hier ist das Mehrgenerationenhaus zu einer Art Zentrum für Soziales geworden. „*Wenn wir das Mehrgenerationenhaus nicht hätten, dann hätten wir in [kreisangehörige Gemeinde 4] nichts. Unser Mehrgenerationenhaus hält sozusagen das Soziale, alles, was damit zusammenhängt, steuert das und organisiert das*“ (Koor, 675-678), erläutert der Bürgermeister im Gespräch. Andere Zuständigkeiten für die Seniorenarbeit existieren bei der Gemeinde nicht. Mit der Einrichtung des Mehrgenerationenhauses hatte der Gemeinderat eine Antwort auf die Frage geben wollen, wie das Altwerden gestaltet werden soll. Das war ein langer Weg, in den auch die Einrichtung der Lokalen Allianz eingebettet ist. Der Kreistag hat ein seniorenpolitisches Handlungskonzept verabschiedet und inzwischen fortgeschrieben. An der Ausformulierung des Konzepts waren auch Träger und Einrichtungen beteiligt, so auch das Mehrgenerationenhaus in der kreisangehörigen Gemeinde 4. Bei der Verabschiedung des Konzepts vor mehr als 10 Jahren wurden auch die Installierung eines Seniorenbeauftragten in jeder Gemeinde beschlossen. In der kreisangehörigen Gemeinde 4 hat die Projektkoordination des Mehrgenerationenhauses, die auch die Lokale Allianz organisiert, das Amt der Seniorenbeauftragten übernommen. Die Lokale Allianz in der kreisangehörigen Gemeinde 4 ist also eng mit den engagierten seniorenpolitischen Aktivitäten sowohl der Gemeinde also auch des Kreises verbunden.

Wie auch sonst in Flächenlandkreisen stellt es sich beim **Landkreis 5** als herausfordernd dar, „*unsere Angebote in die Fläche zu bringen*“ (Koor, 63 f.). Bisher konzentrierten sich viele Versorgungsangebote in der Kreisstadt und in zwei weiteren größeren Städten innerhalb des Kreises. Auch reichten die Kapazitäten des Kreises zur Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit medizinischen, pflegerischen oder sozialen Dienstleistungen nicht aus. Im Jahr 2021 hat der Landkreis deshalb die Initiative ergriffen, um solche Versorgungsprobleme grundsätzlich anzupacken. Einen wichtigen Anstoß hierzu gab die, mit Fördermitteln des Landes unterstützte, Einrichtung eines großen Gesundheitsnetzwerks im Landkreis, wodurch auch die Sozialplanung des Kreises an Bedeutung gewonnen hat. Die Sozialplanung wurde organisatorisch neu auf-

gestellt und bündelt nun verschiedene (fach-)planerische und koordinierende Aufgaben. Auch die Koordination des Gesundheitsnetzwerks mit allen dazugehörenden Aufgaben wurde hier angesiedelt. Die Lokale Allianz des Landkreises soll nach dem Ende der Förderung durch das Bundesprogramm im Rahmen des neuen Gesundheitsnetzwerks weiterentwickelt werden. Der Kreis hat daher für die nächsten beiden Jahre eine finanzielle Förderung der Lokalen Allianz zugesagt. Die Lokale Allianz ist auch in der Steuerungsgruppe des Gesundheitsnetzwerks vertreten. Umgekehrt sind Gesundheitsnetzwerk und Sozialplanung zu Mitgliedern der Lokalen Allianz geworden. Schon von Beginn an waren mehrere Einrichtungen in Trägerschaft des Kreises (Pflegestützpunkt, Betreuungsstelle) oder Mitträgerschaft (Seniorenstützpunkt) als Partner an der Gestaltung der Lokalen Allianz beteiligt.

In der kreisfreien **Stadt 1** gibt es eine lange Tradition aktiver Altenpolitik und auch der Befassung mit Demenz. Es gibt ein eigenes Sachgebiet für Seniorenarbeit. Schon seit 30 Jahren existiert ein Arbeitskreis Gerontopsychiatrie, der durch die Stadt moderiert wird. Laut Projektkoordination gehört die kreisfreie Stadt 1 auch zu den Partnern der Lokalen Allianz. Ausgelöst durch die Corona-Pandemie hat der Gemeinderat die Stadtverwaltung beauftragt, sich um die Schaffung von mehr Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige zu kümmern. Nach einer Sondierung und Bestandsaufnahme der Infrastruktur vor Ort hat die Stadt eine Bildungseinrichtung, die auch Träger der Lokalen Allianz ist, und ein Krankenhaus eingeladen, gemeinsam ein Demenznetzwerk zu gründen, um für eine Weiterentwicklung der Infrastruktur zu sorgen. Inzwischen wird das Demenznetzwerk durch die Pflegekassen gefördert. Im Rahmen dieses neuen Netzwerks wird auch die Lokale Allianz fortgeführt. Das neu gegründete Demenznetzwerk erlaubt der Lokalen Allianz in der Stadt 1, eine multilaterale Zusammenarbeit mit neuen Partnern aufzubauen und auf diese Weise fortzubestehen.

In **Stadt 2** ist die Altenhilfeplanung nach § 71 SGB XII dafür zuständig, Strukturen zu schaffen, welche Teilhabe und Selbstständigkeit alter Menschen unterstützen. Die Stadt verfügt über ein flächendeckendes Netz von Einrichtungen der offenen Altenarbeit. Diese Einrichtungen beteiligen sich am Altenhilfenzwerk, welches monatliche Treffen durchführt. Schon vor 20 Jahren wurde mit finanzieller Förderung des Landes eine Fachstelle für Demenz eingerichtet. Als das Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz ausgeschrieben wurde, hat die Stadt nach Rücksprache mit anderen Einrichtungen einen Förderantrag gestellt (Koor, 1-41) und später die Rechtsträgerschaft für die Lokale Allianz übernommen. Zusammen mit zwei anderen Partnern bildete die Altenhilfeplanung das Kernteam der Lokalen Allianz, welches die Netzwerkarbeit vorangetrieben und im Wesentlichen organisiert hat. Die Altenhilfeplanung wird diese Arbeit auch nach dem Förderende weiterführen, im kommunalen Haushalt sind dafür auch finanzielle Mittel vorgesehen (Trg, 504-559). Ein Blick auf die Website (im Sommer 2024) legt allerdings die Vermutung nahe, dass die Aktivitäten der Lokalen Allianz sehr stark eingeschränkt wurden.

Bei der kreisfreien **Stadt 3** gehören das Sachgebiet für Seniorenhilfe sowie der Pflege- und Seniorenstützpunkt zum Fachbereich Soziales. Es gibt einen Seniorenbeirat. Ein Altenhilfenzwerk oder vergleichbares Gremium zum Austausch unter einschlägigen Akteuren existiert in der kreisfreien Stadt 3 nicht. Auch ein Altenhilfeplan wurde bisher nicht erstellt. Wie die Projektkoordination im Interview berichtet, war es extrem schwierig, von der Kommune eine Unterschrift unter die Interessenbekundung für den Förderantrag beim Bundesprogramm zu bekommen. Denn die Stadt fürchtet jede weitere finanzielle Belastung. Stadtrat und Sozialausschuss mussten der Interessenbekundung deswegen zustimmen. Von Seiten der Stadt gab es darüber hinaus keine weitere direkte finanzielle oder politische Unterstützung für die Arbeit der Lokalen Allianz. Die Projektkoordination wertet es vor dem Hintergrund dieser sehr schwierigen Rahmenbedingungen schon als Erfolg, dass die Lokale Allianz überhaupt arbeiten kann und mit der Stadt in Ver-

bindung bleibt (Koor, 482-567). Daher ist es umso erstaunlicher, dass eine stabile multilaterale Kooperation aufgebaut und viele Vorhaben erfolgreich umgesetzt wurden. Auch wird die Lokale Allianz nach dem Förderende als Demenznetzwerk durch die Pflegekassen weiter gefördert. Es könnte sein, dass die Einbindung der Lokalen Allianz in ein schon länger bestehendes institutionelles Gefüge der Kirche vor Ort dabei geholfen hat, die fehlende kommunalpolitische Unterstützung auszugleichen.

Insgesamt zeigt sich im Vergleich der in die Fallstudien einbezogenen Standorte also, dass die Lokalen Allianzen vor allem dort erfolgreich sind, wo sich in den betreffenden Kommunen eine mehr oder weniger „aktive Altenpolitik“ etabliert hat. Was heißt das? An allen Standorten organisiert die Kommune verschiedene Formen von Seniorenhilfe, zumindest eine Grundversorgung in Form von Beratungsangeboten und Veranstaltungen („basale Altenhilfe“). An einigen Standorten ist diese Seniorenhilfe im Laufe der Jahre stärker ausdifferenziert worden, unter anderem sind auch spezielle Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen oder andere Arbeitsstrukturen geschaffen worden. Ausbau und Ausdifferenzierung solcher Aktivitäten gehen oft auf eine politische Auseinandersetzung mit dem demographischen Wandel zurück, aus der die kommunalen Entscheidungsträger die entsprechenden Konsequenzen gezogen haben. Dies ist, wie zu erwarten, in (zwei) kreisfreien Städten der Fall, aber nicht nur dort. Auch im Landkreis 5 und in der kreisangehörigen Gemeinde 4 hat sich die Kommunalpolitik jeweils entschieden, neue Antworten auf den demographischen Wandel zu geben und entsprechend aktiv zu werden. An beiden Standorten haben sich durch die – kommunal unterstützten – Aktivitäten der Lokalen Allianzen, wie in den beiden kreisfreien Städten 1 und 2, neue Angebote und stabile Strukturen der Zusammenarbeit entwickelt, die auch nach dem Förderende weitergeführt werden sollten. In den kreisangehörigen Gemeinden 1 und 3 ist gerade das nicht der Fall gewesen, die dortigen Lokalen Allianzen wurden nicht (sehr) aktiv unterstützt und werden daher nur einen Teil ihrer Aktivitäten nach Förderende fortsetzen können. Besonders liegt der Fall der kreisfreien Stadt 3. Dort wird die Lokale Allianz nach dem Förderende als Demenznetzwerk weiterarbeiten mit der Absicht, weitere und neue Themen zu bearbeiten, obwohl es keine (große) Unterstützung durch die Kommunalpolitik gegeben hat und geben wird. Gestützt und „gepusht“ wird die Lokale Allianz stattdessen durch die Kirche, die ihr Mehrgenerationenhaus zu einem sozialen Zentrum im Quartier entwickelt hat, wo inzwischen viele Akteure angedockt haben.

4.3 Was bringt Kooperation?

Der GIZ-Leitfaden zur Netzwerkevaluierung nennt als Ziel eines Netzwerks, also einer multilateralen Kooperation, „durch eine Abstimmung von sich ergänzenden Fähigkeiten und Bündelung von Ressourcen Synergien und Emergenzeffekte zu erreichen, die den Nutzen aller Beteiligten mehren und zur Erreichung von gemeinsamen Interessen und Zielen beitragen“ (Gajo et al. 2013: 5). Grundsätzlich sollen durch Kooperation also gemeinsame Ziele erreicht werden, und zwar so, dass alle Beteiligten profitieren können. Netzwerke sollen zudem zu „Emergenzgewinnen“ führen, also zu zusätzlichen Wirkungen (der multilateralen Kooperation), die „durch bilaterale Partnerschaften und Vereinbarungen nicht zu erreichen gewesen“ wären (Gajo et al. 2013: 15). Im „Leitfaden“ wird also grundsätzlich zwischen bi- und multilateraler Kooperation unterschieden und angenommen, dass multilaterale Kooperation zu anderen Effekten führen kann als bilaterale Kooperation. Diese Feststellung soll im Folgenden überprüft werden, da, wie im Abschnitt 4.2.2 aufgezeigt wurde, ein Teil der Lokalen Allianzen auf der Grundlage bilateraler Kooperation arbeitet und ein anderer Teil auf der Grundlage multilateraler Kooperation. Die Frage ist, ob und welche anders gelagerten oder zusätzlichen Effekte sich aus diesen unterschiedlichen Formen der Kooperation ergeben.

4. Fallstudien

Um diese Frage zu beantworten, werden in der folgenden Abbildung für jede Kommune die erreichten Ergebnisse, also die durch die Förderung zusätzlich geschaffenen Angebote und angestoßenen Aktivitäten sowie die Aussichten der weiteren Entwicklung abgebildet. Diese Darstellung erfolgt in komprimierter Form, d.h. es werden „Indikatoren“ verwendet, um auf die wesentlichen Charakteristika hinzuweisen. Diese „Indikatoren“ sind aus der ausführlichen Darstellung der neu geschaffenen Angebote in Abschnitt 4.2.3 abgeleitet. Die folgende Abbildung 21 zeigt die drei Grundmuster bzw. Typen der Kooperation, die empirisch gefunden wurden: keine Kooperation (Typ 1), bilaterale Kooperation (Typ 2) und multilaterale Kooperation (Typ 3).

Abbildung 21: Effekte unterschiedlicher Formen der Kooperation

Form	Kommune	neue Angebote	Öffentlichkeitsarbeit	Nachhaltigkeit
Typ 1	Kreisangehörige Gemeinde 2	Teilhabeangebot	Regionalblatt Website	Übergang in anderes Förderprogramm Fortsetzung des Angebots basale Altenpolitik
Typ 2	Kreisangehörige Gemeinde 1	Teilhabeangebote Selbsthilfegruppe	Amts-/Gemeindeblatt	keine Weiterförderung Abbau von Angeboten basale Altenpolitik
Typ 2	Kreisangehörige Gemeinde 3	Teilhabeangebote Selbsthilfegruppe	Amts-/Gemeindeblatt Informationsstand	keine Weiterförderung Abbau von Angeboten basale Altenpolitik
Typ 2	Kreisangehörige Gemeinde 4	Teilhabeangebote Selbsthilfegruppe	Amts-/Gemeindeblatt	Weiterfinanzierung durch Kommune Fortführung der Teilhabeangebote aktive Altenpolitik
Typ 3	Landkreis 5	Teilhabeangebote Selbsthilfegruppe	Amts-/Gemeindeblatt große Veranstaltungen (Diskussion, Film)	Weiterförderung durch Pflegekasse Ausbau der Aktivitäten aktive Altenpolitik
Typ 3	Kreisfreie Stadt 1	keine neuen Angebote	Ausstellung Presseberichterstattung (auch überregional) große Veranstaltungen	Übergang in Pflegenetzwerk Fortführung der Aktivitäten aktive Altenpolitik
Typ 3	Kreisfreie Stadt 2	keine neuen Angebote	Kampagne große Veranstaltungen	Weiterfinanzierung durch Kommune Übergang in Pflegenetzwerk? Verschlankung der Aktivitäten aktive Altenpolitik
Typ 3	Kreisfreie Stadt 3	Teilhabeangebote Selbsthilfegruppe	Plakat-Kampagne große Veranstaltungen Presseberichterstattung (u.a. Bürgerradio)	Weiterförderung durch Pflegekasse Ausbau der Aktivitäten basale Altenpolitik

Erläuterung: Typ 1 = keine Kooperation; Typ 2 = bilaterale Kooperation; Typ 3 = multilaterale Kooperation.

Abgesehen von der Lokalen Allianz in der kreisangehörigen Gemeinde 2, die keine Kooperationen aufgebaut hat (Typ 1), können zwei Gruppen mit realisierter Kooperation voneinander unterschieden werden: einerseits die Lokalen Allianzen in weiteren drei kreisangehörigen Gemeinden (Typ 2) und andererseits die Lokalen Allianzen im Landkreis und in den drei kreisfreien Städten (Typ 3). Gemeinsam ist den Lokalen Allianzen in den drei weiteren kreisangehörigen Gemeinden (Typ 2), dass die Kooperation dort grundsätzlich auf bilateraler Grundlage erfolgt, also immer zwischen dem Träger der Lokalen Allianz und einem der Partner stattfindet. Demgegenüber arbeiten die Lokalen Allianzen beim Landkreis und bei den kreisfreien Städten in multilateralen Kooperationen (Typ 3), in die mehrere Partner gleichermaßen einbezogen sind, um die Netzwerkarbeit gemeinsam zu planen und in einzelnen Arbeitsvorhaben in kleinerer Besetzung umzusetzen.

Die Lokale Allianz in der kreisangehörigen Gemeinde 2 hat **keinerlei Kooperationen** aufgebaut (Typ 1). Unter Nutzung der Personalressourcen des Trägers wurde ein Kulturcafé aufgebaut, das einmal in der Woche seine Pforten öffnet. Das Angebot wird sehr rege genutzt, und zwar durch Menschen mit und ohne Demenz. Das Angebot soll im Rahmen eines anderen geförderten Projekts fortgesetzt werden.

Die Aktivitäten, die im Rahmen **bilateraler Kooperationen** erfolgen (Typ 2), konzentrieren sich auf die Schaffung neuer Teilhabeangebote. Die neuen Angebote bieten Menschen mit Demenz am jeweiligen Standort die Möglichkeit, an Freizeitaktivitäten, Kulturereignissen oder Bewegungsförderung, also an unterschiedlichen Veranstaltungsformaten teilzunehmen, sie sind oft inklusiv ausgerichtet. Für die Angehörigen wurde an diesen Standorten zudem eine (angeleitete) Selbsthilfegruppe oder ein vergleichbares Angebot eingerichtet. Im Rahmen der an diesen Standorten üblichen Formen der Öffentlichkeitsarbeit wird in der Regel im örtlichen oder regionalen Mitteilungsblatt oder Anzeiger mehr oder weniger regelmäßig über die Lokale Allianz und ihre Aktivitäten berichtet, an einem Standort wird bei Veranstaltungen (zudem) ein Informationsstand gezeigt. Zwei der drei Lokalen Allianzen werden nach Ende Förderung durch das Bundesprogramm Lokale Allianzen mit Menschen mit Demenz nicht weiter gefördert oder finanziert. Sie werden dennoch zumindest die Angebote fortsetzen, die mit keinen oder nur geringen Kosten verbunden sind. Bei anderen Angeboten ist unklar oder unwahrscheinlich, dass sie weitergeführt werden, weil die nötigen Ressourcen (Geld, Personal) fehlen und nicht beschafft werden können. Demgegenüber hat die kreisangehörige Gemeinde 4 zugesagt, die Lokalen Allianz weiterzuführen, sodass die neuen Teilhabeangebote weiterbestehen können. In den kreisangehörigen Gemeinden 1 und 3 funktioniert die bilaterale Kooperation nach Art einer Zulieferbeziehung, wobei der eine Partner bestellt und der andere die gewünschte Leistung liefert. Im Unterschied dazu erfolgt der Aufbau von neuen Leistungsangeboten bei der kreisangehörigen Gemeinde 4 in Ko-Produktion, d.h. beide Partner beteiligen sich an der Erstellung der Leistungen und wirken an der Ausgestaltung mit.

Zwei der vier Lokalen Allianzen mit **multilateraler Kooperation** (Typ 3) haben keine neuen Teilhabeangebote geschaffen, die anderen zwei Lokalen Allianzen haben einzelne, wenige Teilhabeangebote neu geschaffen oder schon bestehende Angebote ausgebaut. Alle vier Standorte haben sich darauf konzentriert, die Öffentlichkeitsarbeit sowie Information und Aufklärung der Bevölkerung, einzelner Bevölkerungsgruppen, Berufsgruppen oder Institutionen voranzutreiben. Es wurden neue Konzepte entwickelt und innovative Formate genutzt, um nicht mehr dramatisierend über Demenz und Menschen mit Demenz zu kommunizieren und auf diese Weise die Allgemeinheit besser zu erreichen und zu einem anderen Umgang mit Menschen mit Demenz zu bewegen. Alle vier Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation werden fortgesetzt. Zwei dieser Lokalen Allianzen erhalten eine Förderung durch die Pflegekassen und werden als Demenznetz weitergeführt. Diese beiden Lokalen Allianzen haben vor, ihre Aktivitäten auszubauen und entsprechende Planungen vorgenommen. Eine weitere Lokale Allianz mit multilateraler Kooperation wird Mitglied in einem frisch gegründeten, ebenfalls durch die Pflegekasse geförderten Demenznetz. Das ermöglicht ihr, in einem neuen Rahmen fortzubestehen. Die vierte Lokale Allianz wird von der Kommune weitergeführt und finanziert, wird aber ihre Aktivitäten stärker fokussieren und auf wichtige Ereignisse konzentrieren. Sie scheint nicht auf einen Ausbau ausgelegt zu sein. In allen vier Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation erfolgt die Erstellung von Leistungen in Ko-Produktion. Bei den Lokalen Allianzen der kreisfreien Städten 2 und 3 konzentriert sich dies auf ein Kernteam, wohingegen bei den anderen beiden Lokalen Allianzen im Landkreis 5 und in der kreisfreien Stadt 3 alle Partner des Netzwerks in der einen oder anderen Form zur Produktion von Leistungen beitragen.

Was zeigt sich nun mit Blick auf „Emergenzgewinne“? Wie unterscheiden sich die Effekte von bilateraler und multilateraler Kooperation?

- Bei Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation scheint es größere Chancen für eine gesicherte Fortsetzung der Zusammenarbeit zu geben. Alle vier Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation, die in die Fallstudien miteinbezogen waren, werden weiterarbeiten, also das gesamte Spektrum ihrer Aktivitäten beibehalten oder sogar ausbauen. Für eine Weiterförderung bzw. Weiterfinanzierung wurde gesorgt. Zwei der drei Lokalen Allianzen mit bilateraler Kooperation erhalten keine weitere Förderung und werden ihre Angebote einschränken. Die dritte Lokale Allianz wird alle ihre Aktivitäten fortsetzen, weil die Gemeinde ihre weitere Unterstützung zugesagt hat.
- Zu einer Fortsetzung der multilateralen Kooperation bzw. der neuen Angebote scheint es vor allem in Kommunen mit aktiver Altenpolitik zu kommen. Dort gibt es in den politischen Gremien eine aktive Auseinandersetzung mit dem demographischen Wandel und seinen Folgen, woraus die Entscheidung abgeleitet wird, die soziale Infrastruktur auszubauen oder auszudifferenzieren.
- Bei allen Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation stellen (kontinuierliche) Information und Aufklärung der Bevölkerung einen Schwerpunkt der Arbeit dar. Dazu werden eine Vielzahl von Aktivitäten umgesetzt, darunter bekannte Formate wie Informationsveranstaltungen oder Informationsstände genutzt. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt aber auch innovativen Konzepten, die Demenz anders, in einem alternativen Rahmen thematisieren. Demgegenüber nutzen die Lokalen Allianzen mit bilateraler Kooperation eher die üblichen Formate der Information und Aufklärung, vor allem lokale Mitteilungs- und Anzeigenblätter. Hauptsächlich wird über die Angebote und die Aktivitäten der Lokalen Allianz berichtet. Es geht nicht schwerpunktmäßig um Aufklärung über das Krankheitsbild und den Umgang mit der Krankheit. Es wird angedeutet, dass hierfür im ländlichen, kleinstädtischen oder dörflichen Milieu andere Wege gegangen werden müssen.
- Für Erfolg und Nachhaltigkeit scheint auch eine Rolle zu spielen, wie die Ko-Produktion von Leistungen (Angeboten) organisiert ist. Zwei der vier Lokalen Allianzen mit multipler Kooperation haben eine Form der Ko-Produktion etabliert, die alle Partner einbezieht. Vielleicht ist es kein Zufall, dass vor allem diese beiden Lokalen Allianzen deutlicher als die anderen beiden Netzwerke die Konturen von Ausbau und Weiterentwicklung erkennen lassen.

4.4 Nutzung von Angeboten durch Menschen mit Demenz und Angehörige

Die meisten Lokalen Allianzen verfolgen mit ihren Aktivitäten u.a. das Ziel, die lokale soziale Infrastruktur an Unterstützungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen zu verbessern. Die Bewältigung eines Lebens mit demenzieller Erkrankung soll durch den Auf- und Ausbau von Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Helferkreise und ehrenamtliche Besuchsdienste in Einrichtungen und die Einrichtung von Angehörigengruppen erleichtert werden. Auch die Teilhabe von Menschen mit Demenz am gesellschaftlichen Leben soll gefördert werden.

Ob diese neu geschaffenen Angebote tatsächlich hilfreich sind, diese Frage kann nicht allein durch die (befragten) hauptamtlichen Fachkräfte und Professionellen beantwortet werden. Vielmehr muss zur Bestimmung des Nutzens der Angebote auch die Perspektive der Adressatinnen und Adressaten eingenommen und herausgearbeitet werden, was ein Angebot ihnen „bringt“, wie sie es verwenden, wie es sie unterstützt, was daran genau attraktiv ist, aber auch was nicht funktioniert und verbessert werden kann. Aus der Herausarbeitung dieses (Nicht-) Nutzens von Angeboten können sich auch Hinweise für deren Weiterentwicklung ergeben.

Um die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer kennenzulernen, war geplant, an jedem Standort einer Fallstudie auch problemzentrierte Interviews mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen durchzuführen. Dieses Vorhaben konnte nur teilweise realisiert werden. An drei Standorten wurde es aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt, Kontakt zu Menschen mit Demenz herzustellen. An drei weiteren Standorten konnte, im Einzel- oder Gruppeninterview, mit Menschen mit Demenz und/oder ihren Angehörigen gesprochen werden. Am siebten Standort wurde die Teilnahme an einer Betreuungsgruppe ermöglicht, wo es dann möglich war, im informellen Rahmen mit Menschen mit beginnender Demenz zu sprechen. Am achten Standort sind vier Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern eines Angebots für Menschen mit (beginnender) und ohne Demenz geführt worden, wobei es sich in drei Fällen vermutlich um Menschen ohne Demenz handelte. Somit liegen insgesamt fünf einschlägige Interviews vor. An allen diesen Gesprächen haben zwar auch Menschen mit Demenz teilgenommen, aber in der Hauptsache wurde das Gespräch mit ihren Angehörigen geführt. Im Fokus der folgenden Ausführungen steht somit die Perspektive der Angehörigen.

Für die Bestimmung von Nutzen kann grundsätzlich zwischen vier Dimensionen einer Analyse (Nutzen, Nutzung, subjektiver und objektiver Relevanzkontext) unterschieden werden (Oelerich/Schaarschuch 2013: 90–96). In den durchgeführten Interviews finden sich vor allem Informationen zur (aktuellen) Lebenssituation (subjektiver Relevanzkontext) und den durch die Befragten skizzierten Nutzen unterschiedlicher Angebote, weshalb diese beiden Dimensionen im Folgenden im Fokus stehen.

- **Nutzen:** Damit sind die Inhalte gemeint, die Nutzerinnen und Nutzer einer Dienstleistung einerseits im Blick auf die Erledigung alltäglicher Aufgaben der Lebensführung (materiale Dimension) und andererseits im Blick auf die Bewältigung von Lebensaufgaben (personale Dimension) zu schreiben; auch die bloße Möglichkeit, ein Angebot nutzen zu können, kann hilfreich sein (infrastrukturelle Dimension).
- **Subjektiver Relevanzkontext:** Nutzen ergibt sich nicht aus den Angeboten selbst, sondern entsteht im Blick auf die subjektiv-biographischen Anforderungen, vor die sich die Nutzerin oder der Nutzer gestellt sieht, individuelle Präferenzen sowie kulturell-normative Orientierungen.

Ein Interview wird mit einem Ehepaar geführt (**Nutzer/in 1**), an dem sich auch der erkrankte Partner regen beteiligt. Der Mann leidet vermutlich unter einer Demenz im Anfangsstadium. Die Erkrankung ist schon seit über 10 Jahren bekannt. Die Gartenarbeit, die für beide bisher ein bestimmender Teil im Alltag war, macht ihm immer weniger Spaß, denn die Gartenarbeit strengt ihn inzwischen sehr an und außerdem ist er mehrmals gestürzt. Das Ehepaar fährt immer noch mehrmals im Jahr in den Urlaub, denkt aber daran, künftig keine Flugreisen mehr zu unternehmen. Der Ehemann ist ein großer Fußballfan und besucht mit Unterstützung eines Freundes regelmäßig die Spiele des Heimatvereins.

Der Ehemann hatte bisher mit mehreren Einrichtungen zu tun, explizit genannt werden Gedächtniszentrum und Tagesklinik. Zum Zeitpunkt des Interviews nutzt er seit ca. einem Jahr eine Begegnungsstätte, welche er noch selbstständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln ansteuern kann. Hier spielt er Tischtennis und Gesellschaftsspiele und nimmt an Wanderungen teil. Auch Gesprächsrunden mit anderen Betroffenen finden statt. Alle besuchten Einrichtungen werden positiv beurteilt. Vor allem schätzt er, dass er mit „*Gleichgesinnten mit mehr oder weniger Problemen*“ (N1, 33) zu tun hat und in den Einrichtungen „*immer nette Teilnehmer*“ (N1, 70) getroffen hat. Vor allem die Kontakte zu anderen Menschen in vergleichbarer Lage scheinen ihm also wichtig zu sein.

In einem weiteren Interview mit einem Ehepaar (**Nutzer/in 2**) berichtet der Ehemann kurz über die Arbeit im Garten, die er noch gern macht, aber nur noch mit Unterstützung seiner Frau ausführen kann. Da er

nicht gerne alleine zu Hause bleibt, begleitet er seine Frau zum Einkaufen und zu anderen außerhäuslichen Aktivitäten. Auch die Ehefrau erzählt sehr ausführlich über die Gartenarbeit und betont dabei den immensen Aufwand, der erforderlich ist, um alles in Schuss zu halten. Sie muss inzwischen viele Arbeiten im Garten alleine ausführen und ist in eine Situation der Überforderung geraten. Auch bei vielen Alltagsaktivitäten muss die Frau ihren Mann inzwischen unterstützen oder begleiten, so z. B. Aktivitäten vorschlagen und vormachen. Ihre eigenen Hobbies musste die Frau aufgeben. Es kommt häufiger zu Konflikten.

Die Ehefrau berichtet über den Schock, den sie erlitten hat, als die Demenz bei ihrem Mann diagnostiziert wurde. Um mit diesem Einbruch fertig zu werden, hat sie beschlossen, gezielt etwas für sich zu tun. Die Ehefrau berichtet über ihre Erfahrungen mit einer Angehörigengruppe. Die Treffen selbst sind mal mehr und mal weniger nützlich. „*Es ist, wie gesagt, es ist ein Austausch. Manchmal ist er gewinnbringend, sage ich mal, in Anführungsstriche, für einen. Manchmal kann man selber was weitergeben. Manchmal sagt man: „na ja, gut. Das war es dann halt“, ja? Das ist sehr unterschiedlich*“ (N2, 50-53). Die Ehefrau berichtet auch über eine Angehörigen-Schulung, die hilfreiche Anregungen für den Umgang mit einer demenziell erkrankten Person vermittelt. Die Frau hatte Hemmungen, einen Schwerbehindertenausweis und einen Pflegegrad zu beantragen, wie sie angibt. Erst vor wenigen Monaten hat sie entsprechende Anträge gestellt. Einmal in der Woche besucht der Mann die Tagespflege. Unterstützung kommt auch von einer ehrenamtlichen Helferin, die den Ehemann bei Wanderungen begleitet.

Ein drittes Interview wird mit der Ehefrau (**Nutzerin 3**) eines demenziell erkrankten Mannes geführt. Die Frau beschreibt ihren stark veränderten Alltag. Sie kann ihren Mann inzwischen nicht mehr lange alleinlassen, muss ihn vielmehr im Alltag mehr oder weniger engmaschig betreuen und beschäftigen. Manchmal hilft auch ein Freund aus und passt auf ihren Mann auf. Gleichwohl geht sie weiter einer Tätigkeit als ehrenamtliche Helferin bei einem Angebot für Seniorinnen und Senioren nach, wohin sie ihren Mann mitnehmen kann. Die Ehefrau hat nur noch wenig Zeit für sich selbst. Jeder Tag ist ein Abschied von Gewohnheiten.

Vor einigen Monaten hat die Frau einen Pflegegrad beantragt, was abgelehnt wurde. Auch der Widerspruch wurde negativ beschieden, und „*das hat mich so ein bisschen erschüttert*“ (N3, 121 f.). Das Ehepaar hat an einigen Freizeitveranstaltungen der Lokalen Allianz teilgenommen, die aus Sicht der Ehefrau sehr gut organisiert waren und bei den Teilnehmenden sehr gut angekommen sind. Die verantwortlichen Fachkräfte sind auch „*Ansprechpartner, wo ich auch meinen Frust, alles loswerden kann und die mir dann auch helfen. Oder einfach nur alleine dieses Reden, ohne dass ich jetzt gucken muss, was macht mein Mann, was sagt der, ja, das tut schon gut. Und ich bekomme auch wertvolle Tipps, obwohl ich ja viel weiß*“ (N3, 200-203). Die Befragte kennt auch die örtliche Betreuungsgruppe und die Angehörigengruppe, aber sie nutzt sie (noch) nicht.

Im Rahmen eines Gruppeninterviews wird mit zwei Ehepaaren gesprochen (**Nutzer/in 4 und 5**), beide Ehemänner sind demenziell erkrankt. Im Fokus des Gesprächs steht die Teilnahme an einigen Angeboten der Lokalen Allianz bzw. des Mehrgenerationenhauses, wo die Lokale Allianz angesiedelt ist.

Beide Paare nehmen an einem inklusiven Sportangebot teil, das die Lokale Allianz vor einigen Monaten eingerichtet hat. Den Befragten ist es wichtig, dass sie dieses Sportangebot gemeinsam mit ihren erkrankten Partnern wahrnehmen können. Beide Frauen nutzen auch eine Angehörigengruppe. Deren Zusammenkünfte werden als sehr hilfreich beschrieben. „*Und das hat also auch so den Vorteil, wie gesagt, wenn man in der Gruppe ist, man weiß, worüber man spricht. Also man braucht sich nicht erst einmal großartig zu erklären und so weiter, und, und, und. Und bekommt auch nicht ganz so unrealistische Tipps*“ (N4/5, 121-122).

123). Die Teilnehmenden verstehen sich gut, es kommt zu einem Austausch unter Gleichgesinnten, und es entstehen neue Kontakte. Beide Ehepaare nutzen zudem eine Freizeitgruppe, die sich an Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gleichermaßen richtet. Es werden gemeinsame Aktivitäten durchgeführt, z. B. Kochen, Eisessen, Grillen, usw. „*Es macht viel Spaß, es wird viel gelacht, und es entsteht eben eine Gemeinschaft*“ (N4/5, 198 f.). Wie eine Befragte betont, fühlt sie sich in der Gruppe sehr wohl und nicht als Außenseiterin wie anderswo.

Im Gespräch wird kritisch angemerkt, dass es sehr schwierig sei, sich im Hilfesystem zurechtzufinden und die Flut an Informationen zu verarbeiten. Es reiche nicht aus, „*dass mir also fünf Flyer in die Hand gedrückt werden. Ja, dann müssen Sie da hin, da müssen Sie da hin, da müssen Sie da hin. Sondern mehr Unterstützung, das auch alles durchzuziehen. Also da gibt es ja diese Pflegeberatung, bekommt man auch Informationen. Bei der Krankenkasse bekommt man AUCH Informationen. Im Krankenhaus bekommt man AUCH Informationen. Aber es ist immer so Stückwerk und man muss sich das zusammensuchen. Und da etwas Kontinuierliches, wo ich nicht immer wieder von Anfang an erzählen muss, was los ist, und so weiter. Also so jemanden, der einen an die Hand nimmt, so ein bisschen*“ (N4/5, 357-364). Ein Lotse wäre hilfreich. Die beiden Befragten regen weitere Alltagshilfen an, z. B. einen Mobilitätservice oder einen Handwerkerservice.

In einem weiteren Gespräch mit einem ein Ehepaar (Nutzer/in 6) wird ausschließlich mit der Frau gesprochen, der Mann ist seit vielen Jahren demenziell erkrankt. Die Belastungen der Ehefrau sind zuletzt stark gestiegen. Das Ehepaar nimmt seit ca. einem Jahr jede Woche an einem Kulturcafé für Menschen mit und ohne Demenz teil. Die Lokale Allianz hat dieses Teilhabeangebot an einem Mehrgenerationenhaus eingerichtet. Es werden Bewegungsförderung, diverse Freizeitaktivitäten, Ausflüge und Informationsveranstaltungen durchgeführt. Das Ehepaar fühlt sich sehr willkommen. Die Frau verweist besonders darauf, dass sie das Angebot gemeinsam mit ihrem Mann wahrnehmen kann und keine Betreuung organisieren muss. Sie hebt das abwechslungsreiche Programm und vor allem die fröhliche und angenehme Atmosphäre hervor. Das Ehepaar nimmt auch an anderen Veranstaltungen des Mehrgenerationenhauses teil.

Auch mit drei weiteren Nutzerinnen und Nutzern des Kulturcafés sind Interviews geführt worden, diese Personen sind aber nicht demenziell erkrankt. Alle Befragten berichten, wie wichtig ihnen vor allem der Austausch und das Beisammensein mit anderen Seniorinnen und Senioren ist. Über Berührungspunkte mit Menschen mit Demenz wird in den Interviews nichts berichtet.

Die Befragten berichten in den Interviews u.a. über die Teilnahme an einer Angehörigengruppe oder an einem Teilhabeangebot (Betreuungsgruppe, Kulturcafé, Freizeitgruppe, Sportangebot, usw.) oder an beidem. Beide Angebote werden in der Summe gut bewertet. Die Angehörigen schätzen es, sich mit Leidensgenossinnen und Leidensgenossen austauschen zu können, das Leid mit anderen teilen zu können und Gemeinschaft mit anderen zu erleben, auch wenn dieser Nutzen sich nicht bei jedem Treffen in gleicher Intensität einstellen mag. Die Angehörigen schätzen es auch sehr, im Rahmen der inklusiven Teilhabeangebote unterschiedliche Freizeitaktivitäten zusammen mit ihren erkrankten Angehörigen durchführen zu können und in diesem Rahmen mit ihnen etwas Schönes zu erleben, sich wohlzufühlen und fröhlich sein zu können. In einem Interview wird auch besonders deutlich darauf hingewiesen, wie schwierig es für die betroffenen Angehörigen vor allen Dingen am Anfang ist, sich in den unterschiedlichen Unterstützungs-systemen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zurechtzufinden.

5. Online-Befragung

Eine wesentliche Säule der Evaluation des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ bildeten die Online-Befragungen aller bis 2024 geförderten Lokalen Allianzen. Im Fokus der Befragungen stand, einen Überblick über die Arbeit aller geförderten Lokalen Allianzen zu gewinnen, was die Ziele, Akteursstruktur, Arbeitsweisen, Ressourcen und Ergebnisse betrifft.

5.1 Vorgehen und Methodik

Die Lokalen Allianzen wurden von Oktober 2020 bis Dezember 2026 in fünf Wellen durch das Bundesprogramm gefördert. Da der Evaluationszeitraum bereits 2024 endete, konnten in die Online-Befragung nur die ersten vier Förderwellen einbezogen werden. Die Befragungen erfolgten nicht anonym, sondern immer netzwerkbezogen. Dafür wurde im personalisierten Fragebogenlink die Fördernummer übergeben und damit den jeweiligen Daten des ausgefüllten Fragebogens zugeordnet.

5.1.1 Erste Befragung der ersten und zweiten Förderwelle

Im Rahmen der ersten Befragung wurde nicht nur die Koordination der in den ersten beiden Wellen geförderten Lokalen Allianzen, sondern auch die Partner der Allianzen eingebunden, soweit die Kontaktdaten hierzu vorlagen bzw. ermittelt werden konnten.

Für die Fragebogenentwicklung wurden die sechs Dimensionen des Evaluationskonzepts (Gajo et al. 2013) als Basis genutzt und um beschreibende Aspekte von Netzwerkstrukturen ergänzt, um zu erkennen, welche Strukturen mit welcher Qualität durch die Lokalen Allianzen geschaffen wurden. Außerdem wurden die Ziele des Bundesprogramms zur Förderung von Lokalen Allianzen systematisch einbezogen und beispielsweise der Aspekt der Teilhabe besonders abgebildet. Eine Entwurfsversion wurde mit dem BMFSFJ und der Netzwerkstelle der BAGSO besprochen, nochmals überarbeitet und im Rahmen eines Pretests überprüft und präzisiert.

Geplant war, in die Befragung jeweils die Koordination der Lokalen Allianzen und die im Bewerbungsformular angegebenen (mindestens vier) weiteren Partner einzubeziehen. Dadurch sollte sich die Möglichkeit ergeben, verschiedene Perspektiven der Partner zu berücksichtigen und zu prüfen, wie die im Förderantrag formulierten Ziele umgesetzt werden. Zudem könnten die Einschätzungen der Koordination und der Partner differieren, so dass über einen solchen breiten empirischen Ansatz ein stimmigeres Gesamtbild über die Lokalen Allianzen gewonnen werden sollte. Falls die Koordinationen einer Lokalen Allianz dazu neigen würden, sozial erwünschte Antworten und Bewertungen abzugeben (vielleicht aus Angst vor Verlust der Förderung), so würde dieser Effekt bei den Partnern evtl. weniger stark ausfallen und Ausgleich schaffen.

Daher wurden die Kontaktdaten der Koordination der Lokalen Allianzen und auch der Partner erfasst. Die Daten der Partner mussten dabei händisch aus den Antragsunterlagen, die nur als digitale Kopie vorlagen, zusammengetragen werden. Auf diese Weise wurden, zugeordnet zur Fördernummer der jeweiligen Lokalen Allianz, Einrichtungsname, Ansprechpartner:in, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Postleitzahl von 531 Kooperationspartnern aufgenommen. Wegen fehlender Eintragungen oder schlechter Lesbarkeit konnte bei 133 Kooperationspartnern keine E-Mail-Adresse aufgenommen werden. In 118 Fällen fehlte ein Ansprechpartner. Besonders häufig fehlten die Kontaktdaten für die Kommunen. In einem nächsten Schritt wurden daher online die Kontaktdaten, insbesondere die E-Mail-Adressen, mittels Suchmaschine nachermittelt. Außerdem wurden die Daten der Förderwelle 1 und 2 auf Duplikate geprüft. Dabei viel auf, dass bei 28 Netzwerkpartnern E-Mail-Adressen verwendet wurden, die mehrmals – also bei verschiedenen

Partnern – auftauchten. Hier wurde darauf geachtet, an jede E-Mail-Adresse den Fragebogenlink nur einmal zu schicken. Letztlich konnte im August 2022 der Fragebogen mittels eines personalisierten Links an 389 E-Mail-Adressen von Koordinatoren und Partnern von Lokalen Allianzen der Förderwellen 1 und 2 versendet werden.

Auf den ersten Versand des Fragebogenlinks gab es 49 gescheiterte Zustellungen, weil die E-Mail-Adresse nicht existierte oder der/die Empfänger:in dauerhaft nicht mehr erreichbar war. So gab es mehrere Personen, die bei der angeschriebenen Einrichtung ausgeschieden waren. Alle anderen Personen wurden im September 2022 zweimal an den Fragebogen erinnert und zur Teilnahme eingeladen. Zwischenzeitlich gab es einzelne Rückmeldungen, dass Lokale Allianzen weitere Netzwerkpartner gewonnen hatten und für diese auch einen Fragebogenlink wünschten. Außerdem wurden die E-Mail-Adressen der Koordinatoren ermittelt, bei denen die Zustellung der Fragebogen-E-Mail gescheitert war. Die Anfragen erfolgten telefonisch.

Gleichzeitig wurde geprüft, bei welchen Lokalen Allianzen nur sehr wenige Partner erreicht werden konnten. Die sechs Lokalen Allianzen, bei denen nur zwei oder drei korrekte E-Mail-Adressen der Netzwerkpartner vorlagen, wurden über die Koordination telefonisch und per E-Mail kontaktiert und um ergänzende Daten gebeten. Dabei wurde deutlich, dass einige Netzwerke eine wesentliche Änderung der Partnerstruktur erfahren hatten. Es waren sowohl Netzwerkpartner ausgestiegen, als auch neue Partner hinzugekommen. Häufig hatte sich auch ein/e Ansprechpartner:in und damit die E-Mail-Adresse geändert. Die neuen Netzwerkpartner wurden in die Adressliste aufgenommen und in die Befragung einbezogen. Korrigierte Ansprechpartner:innen wurden ebenfalls im weiteren Verlauf berücksichtigt.

Trotz mehrerer Erinnerungen und Verlängerungen des Zeitraums zum Ausfüllen der Online-Fragebögen wurde dieser eher schleppend beantwortet. Mit Stand 21. Oktober 2022 waren 95 Online-Fragebögen (teilweise) ausgefüllt, davon 33 durch Koordinatoren und 62 durch Kooperationspartner der Lokalen Allianzen. Es zeigte sich, dass sieben Lokale Allianzen sich bisher nicht an der Online-Befragung beteiligt hatten. Hier wurde telefonisch nachgefasst. Zwei Projektkoordinationen waren telefonisch nicht zu erreichen und haben auch auf eine darauffolgende persönliche E-Mail-Anfrage nicht mehr reagiert.

Letztlich wurde die Online-Befragung für die ersten beiden Förderwellen im November 2022 abgeschlossen. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden 413 personalisierte Links an die Koordination und Projektpartner der Lokalen Allianzen verschickt. Davon wurden 101 Fragebögen ausgefüllt. Hinzu kommen 16 Fragebögen, die zumindest teilweise bearbeitet wurden, so dass 117 Fragebögen in die Auswertung einbezogen werden konnten (28 Prozent Rücklaufquote). In Anbetracht des Aufwandes, der vom *iso*-Evaluationsteam in die Beteiligung der Lokalen Allianzen investiert wurde, ist dies keine gute Rücklaufquote, insbesondere, wenn man bedenkt, dass die Unterstützung der Evaluation eine Förderbedingung für die Lokalen Allianzen darstellt.

5.1.2 Zweite Befragung der ersten und zweiten Förderwelle

Die Auswertung der Fragebögen der ersten und zweiten Förderwelle stellte sich als deutlich anspruchsvoller heraus, als ursprünglich erwartet. Die Beschreibungen der Partnerstruktur, der Ziele und Ergebnisse unterschieden sich innerhalb der Lokalen Allianzen erheblich. Daher wurden verschiedene Auswertungsmethoden entwickelt, aber auch die Befragung der weiteren Förderwellen überdacht. So wurde für die weiteren Befragungen die Komplexität des Fragebogens reduziert als auch die Einbindung der Partner der Lokalen Allianzen, nicht zuletzt wegen des damit verbundenen Aufwands, fallen gelassen.

Dies gilt auch für die Abschlussbefragung, die für die 1. und 2. Förderwelle am Ende der Bundesförderung durchgeführt wurde. Hierfür wurde der Fragebogenlink Ende August für Förderwelle 1 bzw. Ende November für Förderwelle 2 verschickt. Die Rückmeldung konnte jeweils bis zum Ende des Förderzeitraums der Bundesförderung (September bzw. Dezember 2023) erfolgen. Zum Zeitpunkt der Schlusserhebung waren von den ursprünglich 52 geförderten Lokalen Allianzen noch 49 aktiv bzw. in der Förderung. Drei Lokale Allianzen waren aus der Bundesförderung ausgeschieden. Von den 49 Lokalen Allianzen nahmen zunächst 26 an der Befragung teil, d. h. gerade etwas über die Hälfte. Jeweils ca. zwei Wochen vor Ende der Befragung wurden die Netzwerke, die sich nicht beteiligt hatten, telefonisch kontaktiert und um eine Teilnahme gebeten. Aufgrund des Anrufes konnten zum Teil Kontaktdaten korrigiert werden. Häufig wurde der Fragebogenlink nochmals verschickt. Zwei Lokale Allianzen konnten telefonisch nicht erreicht werden. Insgesamt erhöhte sich die Teilnahme an der Befragung auf 35 Lokale Allianzen, was einer Beteiligungsquote von 71 Prozent entspricht. Diese Beteiligung wurde auch bei der ersten Befragung erreicht, wenn man nur die Netzwerkkoordination betrachtet. Allerdings war durch den kürzeren Fragebogen die Abbruchquote diesmal deutlich niedriger. Bei der Abschlussbefragung wurde lediglich einmal der Fragebogen nach der Hälfte der Fragen beendet, also vorzeitig abgebrochen. Alle anderen füllten den Fragebogen vollständig aus.

5.1.3 Dritte Befragung der dritten und vierten Förderwelle

Eine dritte Befragungsrunde fand zwischen Juli und September 2024 für die 3. und 4. Förderwelle statt. Hierbei konnten bereits Ergebnisse der Fallstudien berücksichtigt und für die Überarbeitung des Fragebogens genutzt werden.

So hatte sich durch den Vergleich der Ergebnisse der Fallstudien mit den zuvor in der ersten Befragungswelle erhaltenen Fragebogenantworten herausgestellt, dass teilweise sehr stark (aus Sicht der Befragten) erwünschte Antworten angekreuzt wurden. Dies führte beispielsweise bei einer Koordination dazu, dass sie bei angebotenen Mehrfachauswahlen fast immer alle Möglichkeiten ankreuzte und die eigene Arbeit in jeder Kategorie als ausgezeichnet bewertete. Vor Ort stellte sich die Situation aber anders dar. Auch die Antworten zur Partnerstruktur waren im Vergleich zu den Fallstudien nicht immer nachvollziehbar. Daher wurde der Fragebogen nochmals deutlich überarbeitet, auf verschiedene Kategorien verzichtet, aber auch neue Fragen eingefügt, um einzelne über die Fallstudien entwickelte Hypothesen überprüfen zu können.

Bei der dritten Befragung war die Rücklaufquote zunächst ebenfalls gering. Trotz einer Erinnerung nach ca. vier Wochen, gab es zunächst nur 12 von 39 ausgefüllte Fragebögen. Durch Unterstützung des Referats 301 des BMFSFJ konnte die Rücklaufquote deutlich erhöht werden. Die Koordinationen der Lokalen Allianzen wurden telefonisch kontaktiert und um eine Teilnahme an der Befragung gebeten. Letztlich lagen 34 vollständig ausgefüllte Fragebögen vor, was einer Rücklaufquote von 87 Prozent entspricht.

Durch die unterschiedliche Ausrichtung und Einbindung der Lokalen Allianzen in die Online-Befragung konnten die Fragebögen nicht einheitlich und übergreifend ausgewertet werden. Die Auswertung wurde daher an die jeweilige Fragestellung angepasst und wird im Folgenden bei der Beschreibung der Auswertungsergebnisse jeweils erläutert.

5.2 Auswertung und Ergebnisse

Für die Befragung der Lokalen Allianzen wurde ein neuer Weg beschritten. Neben der Koordination wurden dafür auch Partner adressiert. Dadurch sollte die erwartete positive Bewertung der eigenen Arbeit durch die Koordination ein Korrektiv erhalten und zu einem stimmigeren Gesamtbild führen.

Allerdings waren die Antworten der verschiedenen Partner innerhalb einer Lokalen Allianz häufig sehr heterogen. Beispielsweise wichen bei der Frage nach der Anzahl der Partner, die zum Harten Kern gehören, die Angaben sehr stark voneinander ab. So lag die Zahl des Harten Kerns bei einer Lokalen Allianz mit fünf beantworteten Fragebögen zwischen vier und 15. Es gab dabei auch keine gleichen Rückmeldungen. Noch heterogener waren die Antworten zum erweiterten Umfeld. Hier gab es auf die Frage „Wie viele Netzwerkpartner zählen Sie zum erweiterten Umfeld Ihrer Lokalen Allianz?“ sowohl die Antworten 8 und 10 als auch 195 zur selben Lokalen Allianz, wobei die letzte Angabe von der koordinierenden Stelle erfolgte. Hier könnte man vermuten, dass die Koordination mit einem sehr großen Netzwerkumfeld die besondere Qualität des Netzwerkes unterstreichen wollte.

In den Lokalen Allianzen, in denen sich mehrere Personen die Stelle der Koordination teilen und daher von diesen mehrere Fragebögen ausgefüllt wurden, zeigen sich ebenfalls deutliche Abweichungen. Es kann in solchen Fällen aber auch nicht geklärt werden, wer den Fragebogen „korrekt“ ausgefüllt hat. Um trotzdem zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen, wurde im Rahmen der Fallstudien zunächst erklärt, wie die starke Varianz in den beantworteten Fragebögen zustande kommt. Daher wurde dieser Aspekt bei der Auswahl der Lokalen Allianzen für die Fallstudien berücksichtigt.

Die erste Vermutung, dass sehr homogene Antworten der Partner auf eine gute Netzwerkarbeit schließen lassen, bestätigte sich dabei nicht. So wurde in einem Fall der Fragebogen von einer Person in einem gewissen zeitlichen Abstand zweimal ausgefüllt, als ausführende Person für zwei verschiedene Partner. Dadurch gab es natürlich einen hohen Übereinstimmungsgrad bei den Antworten. Andererseits lag bei einer anderen Lokalen Allianz trotz deutlicher Abweichungen in den Antworten eine gut ausgeprägte Netzwerkarbeit vor. Insgesamt konnte über die Auswertung des Fragebogens und durch die Fallstudien festgestellt werden:

- Die Koordination neigt in der Tendenz dazu, die Arbeit der Lokalen Allianz, an der sie einen großen Anteil hat, positiver darzustellen als die sonstigen Partner.
- Die Partner haben zum Teil wenig Einblick in die Arbeit der Lokalen Allianz und nehmen sie dann gar nicht als Struktur war. Ihre Antworten können sich daher auch auf andere Netzwerke oder nur die eigene Einrichtung bzw. Institution beziehen. Manchmal bezieht sich auch die Koordination bei ihren Antworten nicht auf die Lokale Allianz.
- Der Fragebogen wurde in Anlehnung an das Evaluationskonzept der GIZ entwickelt (Gajo et al. 2013). Dieses dient der Beschreibung der Qualität von Netzwerken und setzt damit zugleich einen hohen Standard an Netzwerkarbeit. Dadurch hatten die Befragten teilweise den Eindruck, diesem Standard genügen zu müssen und kreuzten häufiger (fast) alle Antwortmöglichkeiten an. Dadurch wurde es insbesondere bei der ersten Befragung schwierig zu erkennen, ob überhaupt Netzwerke vorliegen.

Für die Auswertung wurden diese Befunde je nach Auswertungsziel berücksichtigt.

Die Einbindung der Partner in die Befragung der Lokalen Allianzen ist in der gewünschten Form letztlich nicht gelungen und war auch deutlich zu aufwändig. Sie hat jedoch gezeigt, dass selbst bei der Frage nach vermeintlich eindeutigen Fakten großer Spielraum bei den Antworten besteht. Für die Betrachtung von Netzwerkstrukturen erscheinen daher ergänzende Fallstudien sehr sinnvoll, um Fragebogenergebnisse besser einordnen zu können.

5.2.1 Schaffung neuer Strukturen durch Lokale Allianzen

Wie bereits beschrieben, sieht die Nationale Demenzstrategie im Handlungsfeld 1 den Auf- und Ausbau von Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort vor. Zu diesen Strukturen gehören auch die Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz. Mit der Befragung sollte geklärt werden, ob die Lokalen Allianzen als Demenznetzwerk schon länger bestanden oder durch das Bundesprogramm zur Förderung von Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz neu aufgebaut wurden. Daher enthielt der Fragebogen eine Frage nach dem Gründungsjahr der Lokalen Allianz. Wenn auf bestehende Strukturen eines Demenznetzwerkes aufgebaut werden konnte, sollte dessen Gründungsjahr angegeben werden. Die Ergebnisse wurden für die erste und dritte Befragung getrennt ausgewertet und anschließend zusammengeführt.

Der weitaus größte Teil der Lokalen Allianzen der ersten beiden Förderwellen wurde erst im Förderzeitraum gegründet. Berücksichtigt man die Antworten aller Befragten der Förderwelle 1 und 2, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer konkreten Lokalen Allianz, so bestanden bei lediglich 14 Prozent der Antworten die Demenznetzwerke schon vorher. Dabei wurde jedoch nicht berücksichtigt, dass die Antworten innerhalb der Allianzen weit auseinanderliegen können. Für das Gründungsjahr betrug die größte Abweichung der verschiedenen Antworten innerhalb einer Lokalen Allianz fünf Jahre.

Für die Auswertung des Gründungsjahres gibt es keine Anhaltspunkte, aufgrund derer auf die korrekte Antwort innerhalb einer Lokalen Allianz geschlossen werden kann. Den Mittelwert aus verschiedenen Antworten für eine Lokale Allianz zu bilden, ist sachlich nicht sinnvoll, denn der Mittelwert entspricht letztlich keiner Antwort, auch nicht der korrekten. Daher wurden für die zweite Auswertungsvariante der Frage nach dem Gründungsdatum nur die Antworten der Netzwerkoordinationen eingebunden. Für drei Netzwerke hatten jeweils mehrere Koordinationen unterschiedlich Antworten gegeben, so dass diese für die Auswertung ausgeschlossen wurden. Für die Befragung der ersten beiden Förderwellen konnten so 38 Angaben ausgewertet werden. 34 Antworten lagen für die dritte und vierte Förderwelle vor, die sich von vornherein nur an die Koordination richtete. Ausgewertet wurde, ob die Lokalen Allianzen als Netzwerk bereits deutlich vor Förderbeginn existierten oder erst mit der Bewerbung auf die Bundesförderung aufgebaut wurden. Dies sollte auch dem Umstand Rechnung tragen, dass für Lokale Allianzen ein gewisser Interpretationsspielraum besteht, welcher Zeitpunkt als Startpunkt der gemeinsamen Arbeit gewertet werden kann. Berücksichtigt wurde dabei, dass die vier Förderwellen zeitversetzt starteten.

Abbildung 22: Gründungszeitpunkt der Lokalen Allianzen

	Förderwelle 1 und 2	Förderwelle 1 und 2	Insgesamt	Anteil
Vor Antragstellung	4	5	9	12,5 %
Mit Antragstellung	34	29	63	87,5 %
Insgesamt	38	34	72	100,0 %

Auch diese Auswertungsvariante zeigt, dass der überwiegende Teil der Lokalen Allianzen mit der Bundesförderung neu geschaffen wurde. Lediglich 12,5 Prozent existierten aus Sicht der Koordination schon zuvor als Demenznetzwerk. Zweimal wurde angegeben, dass die Gründung bereits mehr als 20 Jahre zurückliegt (Gründungsjahre 1997 und 2001). Die anderen sieben Gründungsjahre lagen maximal 10 Jahre zurück.

Die Ergebnisse beider Auswertungen liegen letztlich nah beieinander. Man kann sagen, dass nur ein kleiner Teil der Lokalen Allianzen schon vor Beginn der Förderung als Demenznetzwerk aktiv war und sicherlich mehr als 85 Prozent der Lokalen Allianzen erst mit der Beantragung und dem Erhalt der Bundesförderung aufgebaut wurden.

5.2.2 Partnerstruktur

Wie bereits beschrieben, stellte sich die Auswertung des Fragebogens der ersten und zweiten Förderwelle durch die stark voneinander abweichenden Antworten innerhalb der einzelnen Lokalen Allianzen als besonders herausfordernd dar. Zusätzlich waren die Angaben der Fragebogenausfüller:innen nicht immer in sich konsistent. Für drei Lokale Allianzen hatten außerdem zwei und einmal auch drei Koordinationen den Fragebogen unterschiedlich ausgefüllt. Über die Fallstudien wurde außerdem deutlich, dass die gemachten Angaben sich zum Teil erheblich von der vor Ort ermittelten Situation unterschieden. So gaben beispielsweise mehrere Personen in der Online-Befragung an, dass Menschen mit Demenz zum Harten Kern der Lokalen Allianz zählen, d. h. zu einem festen Kreis an Partnern, die sich regelmäßig in die Lokale Allianz einbringen und sie kontinuierlich mitgestalten. Bei den für die Fallstudien ausgewählten Allianzen war dies fünfmal der Fall. Allerdings bestätigte sich dies vor Ort nicht. In keiner der mit den Fallstudien untersuchten Lokalen Allianzen wurden Menschen mit Demenz in die Netzwerkarbeit eingebunden. Darin zeigt sich letztlich auch, dass die Frage nach den Netzwerkpartnern zu kompliziert gestellt oder schwierig zu beantworten war. Deshalb wurde in den folgenden Befragungen darauf verzichtet. Trotzdem können Aussagen zur Partnerstruktur der Lokalen Allianzen getroffen werden. Um zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen, wurden verschiedene Auswertungsmethoden einander gegenübergestellt.

Zum Harten Kern zählende Partner

Die erste und zweite Förderwelle wurde über den Online-Fragebogen in Frage 9 gefragt: „Welche der folgenden Organisationen, Gruppen oder Personen gehören zum ‚harten Kern‘ Ihrer Lokalen Allianz?“ In einer sich anschließenden Liste konnte die jeweilige Anzahl der Organisationen eingetragen werden. In der vorangestellten Frage ging es konkret um die Anzahl der zum Harten Kern gehörigen Partner. Dies sollte den Befragten die Beantwortung der Frage 9 erleichtern. Im Mittel gehörten zum Harten Kern der lokalen Allianzen sieben Partner, wobei die Angaben zwischen zwei und 20 Partnern liegen. Die größte Abweichung von Antworten einer Lokalen Allianz lag bei 12, d. h. es gibt innerhalb derselben Lokalen Allianz laut einer Antwort drei und nach einer anderen Antwort 15 zum Harten Kern zählende Partner.

97mal wurde die Frage 9 beantwortet. In 57 Fällen stimmte die Summe der Einzelwerte mit der angegebenen Anzahl der zum Harten Kern gehörigen Partner überein. Für die erste Variante der Auswertung wurden nur diese Antworten einbezogen, da sie in sich konsistent sind. Um die Allianzen mit mehreren Antworten nicht stärker zu gewichten, wurde für diese jeweils ein Fragebogen als Referenz ausgewählt. Dabei wurden nur die Fragebögen ausgewertet, die für eine Lokale Allianz die geringste Anzahl von zum Harten Kern gehörigen Partnern angab. Dadurch sollte der in einzelnen Antworten erkennbaren Tendenz entgegengewirkt werden, möglichst hohe Angaben zu machen. Andere Auswahlkriterien sind hier denkbar. Letztlich ist es aber nicht möglich, nur die Fragebögen mit den „korrekten“ Antworten herauszufiltern. Mit der gewählten Vorgehensweise konnten für die erste Auswertungsvariante 34 beantwortete Fragebögen von 34 verschiedenen Lokalen Allianzen berücksichtigt werden.

5. Online-Befragung

Abbildung 23: Bedeutung der Institutionen für Harten Kern der Lokalen Allianz – Auswertung 1 (n=34)

Institutionen des Harten Kerns	Anzahl Institutionen	Anzahl der LA	Rang
Kommune		22	1
(davon Kommunale Altenhilfe/Altenhilfeplanung)	11	11	
(davon Sozialdezernat/kommunale Sozialverwaltung)	11	10	
(davon Seniorenbüro/Seniorenbeirat)	7	7	
Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen	27	15	2
Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft	17	13	3
Stationäre Pflegeeinrichtungen	15	13	4
Bürgerschaftliche Initiativen, Ehrenamt	17	12	5
Begegnungsstätte für Senior:innen, Mehrgenerationenhaus	12	12	6
Sozial- und Wohlfahrtsverbände	17	11	7
Ambulante Pflegedienste	11	8	8
Einrichtungen der Tagespflege	8	7	9
Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen	8	6	10
Kulturelle Vereinigungen/Institutionen (z. B. Museen, Theater)	5	4	11
Kirchengemeinden/religiöse Gemeinschaften	5	4	11
Angehörige von Menschen mit Demenz	3	3	13
Sportvereine	3	3	13
Niedergelassene Ärzt:innen	3	3	13
Pflegeschulen	2	2	16
Öffentliche/gemeinnützige Gesundheitsdienste (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst)	2	2	16
Hochschulen, Forschungseinrichtungen	2	2	16
Unternehmen aus der Privatwirtschaft	2	2	16
Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften	2	1	20
Apotheken	1	1	21
Menschen mit Demenz	0	0	22
Hospize	0	0	22
Schulen, Kindertagesstätten	0	0	22
Andere Institution/Person ohne direkten Versorgungsauftrag (z. B. Polizei, Banken, Friseur:in)	0	0	22

In Abbildung 23 sind die Institutionen nach ihrer Bedeutung für die Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz entsprechend der ersten Auswertungsvariante aufgelistet. Bei 22 der 34 ausgewerteten Fragebögen wurde angegeben, dass die Kommune zum Harten Kern der Lokalen Allianz gehört. Das können zum Beispiel die kommunale Altenhilfe, das Sozialdezernat oder auch ein Seniorenbüro sein. Laut dieses Ergebnisses belegen damit Institutionen der Kommune Rang 1. Die Rangfolge wurde anhand der Anzahl der Lokalen Allianzen gebildet, in denen die jeweilige Institution oder Gruppe zum Harten Kern zählt (Spalte „Anzahl der LA“). Das zweite Kriterium war die Anzahl der Nennungen insgesamt (Spalte „Anzahl der Institutionen“). Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen wurden also in den Fragebögen von 15 Lokalen Allianzen als zum Harten Kern gehörig beschrieben, insgesamt wurden aber 27 Einrichtungen dieser Kategorie gezählt (Rang 2). Das heißt, dass es Lokale Allianzen gibt, in denen mehrere Beratungsstellen zu einem festen Kreis an Partnern gehören, die sich regelmäßig in die Lokale Allianz einbringen und sie kontinuierlich mitgestalten. Selbsthilfegruppen und die Alzheimer Gesellschaft bilden Rang 3. Erkennbar

ist außerdem, dass die Ränge 3 bis 7 sehr nah beieinander liegen. Bei einem Drittel der Lokalen Allianzen gehören demnach Selbsthilfegruppen, stationäre Pflegeeinrichtungen, Bürgerschaftliche Initiativen, Mehrgenerationenhäuser oder ein Sozial- und Wohlfahrtsverband zum Harten Kern. Die Ränge 13 bis 22 liegen ebenfalls sehr nah beieinander. Die zugehörigen Einrichtungen, Institutionen oder Gruppen spielen für Lokale Allianzen in dieser Auswertungsvariante nur eine geringe oder gar keine Rolle. Dazu zählen beispielsweise Menschen mit Demenz und deren Angehörige, Hospize, Niedergelassene Ärzt:innen oder Apotheken.

Die zweite Auswertung der ersten Befragung zum Harten Kern erfolgte netzwerkbezogen. Dafür wurde eine „Schnittmenge“ der Antworten pro Lokaler Allianz ermittelt, d. h. die Antwort wurde nur dann gewertet, wenn innerhalb der Lokalen Allianz mindestens eine bestätigende Antwort durch einen weiteren Fragebogen vorlag. Dabei wurde für die Zählung der Institutionen immer die niedrigste Angabe gewertet. Diese Form der Auswertung sollte es ermöglichen, mit der hohen Bandbreite der Antworten innerhalb der einzelnen Allianzen umzugehen und die Antworten herauszufiltern, bei denen eine gewisse Einigkeit bestand. Wenn mindestens zweimal pro Lokaler Allianz eine Institution als zum Harten Kern gehörig genannt wurde, dann wurde der Wert zur Ermittlung der Rangfolge der Institutionen innerhalb der Lokalen Allianzen genutzt. Dadurch wurden allerdings die Lokalen Allianzen, für die nur ein Fragebogen ausgefüllt wurde, nicht berücksichtigt. Letztlich konnten in die Auswertung die Fragebögen von 27 Lokalen Allianzen eingebunden werden. Es ergibt sich für den Netzwerkkern folgende Gewichtung der beteiligten Institutionen.

Abbildung 24: Bedeutung der Institutionen für Harten Kern der Lokalen Allianz – Auswertung 2

Institutionen des Harten Kerns	Anzahl Institutionen	Anzahl der LA	Rang
Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen	19	16	1
Kommune		14	2
(davon Seniorenbüro/Seniorenbeirat)	9	9	
(davon Sozialdezernat/kommunale Sozialverwaltung)	5	5	
(davon Kommunale Altenhilfe/Altenhilfeplanung)	3	3	
Begegnungsstätte für Senior:innen, Mehrgenerationenhaus	12	12	3
Selbsthilfegruppen, Alzheimer Gesellschaft	9	8	4
Stationäre Pflegeeinrichtungen	7	7	5
Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen	8	6	6
Kirchengemeinden/religiöse Gemeinschaften	7	5	7
Sozial- und Wohlfahrtsverbände	7	5	7
Ambulante Pflegedienste	5	5	9
Bürgerschaftliche Initiativen, Ehrenamt	5	5	9
Einrichtungen der Tagespflege	5	5	9
Angehörige von Menschen mit Demenz	5	4	12
Kulturelle Vereinigungen/Institutionen (z. B. Museen, Theater)	4	4	13
Niedergelassene Ärzt:innen	3	3	14
Wohnungsbaugesellschaften/-genossenschaften	2	1	15
Sportvereine	1	1	16
Hochschulen, Forschungseinrichtungen	1	1	16
Pflegeschulen	1	1	16

Institutionen des Harten Kerns	Anzahl Institutionen	Anzahl der LA	Rang
Apotheken	1	1	16
Menschen mit Demenz	1	1	16
Andere Institution/Person ohne direkten Versorgungsauftrag (z. B. Polizei, Banken, Friseur:in)	1	1	16
Schulen, Kindertagesstätten	1	1	16
Öffentliche/gemeinnützige Gesundheitsdienste (z. B. Sozial-psychiatrischer Dienst)	0	0	23
Hospize	0	0	23
Unternehmen aus der Privatwirtschaft	0	0	23

Auch die Ergebnisse der zweiten Auswertungsvariante wurden anhand der Anzahl der Lokalen Allianzen, in denen die jeweilige Institution zum Harten Kern zählt (Spalte „Anzahl der LA“) in eine Rangfolge gebracht (vgl. Abbildung 24). Zweites Kriterium bildete wiederum die Anzahl der Nennungen insgesamt (Spalte „Anzahl der Institutionen“).

Über beide Formen der Auswertung wurde versucht, inkonsistente und stark voneinander abweichende Antworten innerhalb von Lokalen Allianzen auszuschließen. Die Ergebnisse bieten daher keine Aussage darüber, wie viele Institutionen der jeweiligen Kategorie konkret zum Harten Kern Lokaler Allianzen gehören. Sie erlauben aber Rangfolgen zu erstellen und es wird deutlich, dass nach beiden Auswertungsvarianten den **Kommunen** eine besondere Bedeutung für Lokale Allianzen zukommt. Sie landen auf Rang 1 bzw. 2 und zählen damit zu den wichtigsten Partnern Lokaler Allianzen. Sie bringen sich am häufigsten in die Lokalen Allianzen ein, um sie kontinuierlich mitzustalten. Zwar ist die Einbindung der Kommune in die Lokale Allianz Förderbedingung des Bundesprogramms. An die Qualität der Mitarbeit werden aber keine besonderen Anforderungen gestellt, verlangt wird lediglich ein formales Unterstützungsschreiben. Dass die kommunalen Institutionen gemeinsam auf Rang 1 bzw. 2 liegen, dürfte daher dafürsprechen, dass die Koordination und die Partner der Lokalen Allianzen der aktiven Mitarbeit der Kommune eine besondere Bedeutung zusprechen. Auch **Pflegestützpunkte und Mehrgenerationenhäuser** spielen eine wichtige Rolle für Lokale Allianzen. Dies deckt sich außerdem mit den Befunden der Fallstudien (vgl. Kapitel 4). Deren Ergebnisse deuten darauf hin, dass hier gut an bestehende Strukturen und Ressourcen angeknüpft werden kann.

Die Einbindung lokaler Versorgungsstrukturen scheint für Lokale Allianzen ebenfalls wichtig zu sein, um zum einen Zugang zur Zielgruppe der Menschen mit Demenz zu finden, aber vor allem von der fachlichen Kompetenz, beispielsweise für Schulungen, zu profitieren. Die **stationären Pflegeeinrichtungen** stehen in beiden Auswertungsvarianten auf Rang 4 bzw. 5, die **ambulante Pflege** landet mit den Rängen 8 bzw. 9 eher im Mittelfeld. Schwieriger war es hingegen **niedergelassene Ärztinnen und Ärzte** zu gewinnen. Sie liegen mit Rang 13 bzw. 14 eher im hinteren Bereich. Es ist damit Lokalen Allianzen aber zumindest teilweise gelungen, an lokale Versorgungsstrukturen anzuknüpfen, wie es auch die Nationale Demenzstrategie formuliert (vgl. Nationale Demenzstrategie 2020: 41, 51). Jedoch hätten einige Lokale Allianzen dies gern noch stärker getan. In der zweiten und abschließenden Befragung der ersten beiden Förderwellen gaben mehrere Koordinationen die Rückmeldung, dass sowohl Ärztinnen und Ärzte also auch die ambulante und stationäre Pflege erfolglos für eine Mitarbeit angefragt worden seien. Durch die Corona-Pandemie, aber vor allem wegen des Fachkräfte- und aus Zeitmangel sei ihnen eine Mitarbeit nicht möglich ge-

wesen. So gibt eine Rückmeldung im Fragebogen einen besonderen Eindruck von der Situation: „*Pflegeheime und Pflegedienste – Das sind meiner Meinung nach die „Verlierer“ in der Versorgungswelt von Menschen mit Demenz. Sie sind alle so überlastet und finden keine freie Minute sich mit Themen zu beschäftigen, die denen in Zukunft auch eine Zeitersparnis, bessere Versorgung, zufriedenere Klienten und Mitarbeiter:innen bereiten könnten. Oft hatten sie ein Treffen zugesagt, aber kurzfristig konnten sie doch nicht teilnehmen. Es ist eine Zielgruppe, die viel mit Menschen mit Demenz arbeitet. Deshalb sind sie ein sehr wichtiger Netzwerkpartner. Wir werden weiterhin daran arbeiten, sie für unser Netzwerk zu gewinnen.*“

Bürgerschaftliche Initiativen und das **Ehrenamt** landen in den beiden Auswertungsvarianten auf Rang 5 bzw. 9 und damit eher im Mittelfeld. Für die Einbindung des Ehrenamtes ist es nicht unbedingt nötig, dass sich bürgerschaftliche Initiativen und Ehrenamtliche regelmäßig in die Lokale Allianz einbringen und sie kontinuierlich mitgestalten. Ehrenamtliche unterstützen vor allem die Umsetzung von Teilhabeangeboten und machen diese häufig erst möglich (vgl. Abschnitt 4.2.3). Möglicherweise erleichtert die Einbindung von bürgerschaftlichen Initiativen und Ehrenamtlichen in den Harten Kern von Lokalen Allianzen aber, den Zugang zu Ehrenamtlichen zu finden, die dann Teilhabeangebote unterstützen und begleiten.

Menschen mit Demenz und deren Angehörige spielen dagegen keine wichtige Rolle für die kontinuierliche Mitgestaltung von Lokalen Allianzen. Während sich Angehörige zumindest vereinzelt in die Arbeit der Allianzen einbringen, ist dies nach diesen Ergebnissen bei Menschen mit Demenz bisher nicht der Fall. Die Abschlussbefragung der ersten beiden Förderwellen ergab, dass es zumindest bei zwei Lokalen Allianzen Bemühungen gab, Menschen mit Demenz aktiv einzubinden, man aber mit der Umsetzung überfordert war: „*Es fiel uns schwer Betroffene zu finden, die im Anfangsstadium der Krankheit stehen und Ressourcen haben, sich an unserem Netzwerk zu beteiligen.*“

Ebenso scheinen **Hospize** innerhalb des Harten Kerns von Lokalen Allianzen keine Rolle zu spielen. Beobachtet man aber das erweiterte Umfeld von Lokalen Allianzen, so kommt Hospizen zumindest eine kleine Rolle zu. Bei der Auswertung übereinstimmender Antworten zum erweiterten Umfeld taucht in einer Lokalen Allianz die Einbindung eines Hospizes auf. Beobachtet man dagegen die Fragebögen, deren Angaben zum erweiterten Umfeld in sich konsistent sind, so werden Hospize in fünf Lokalen Allianzen zumindest von einem Partner erwähnt. Das Ziel der Nationalen Demenzstrategie, die Zusammenarbeit von Lokalen Allianzen mit Hospizdiensten oder Hospizvereinen zu stärken (Nationale Demenzstrategie 2020: 80), ist aber bisher weniger gut gelungen.

Die Koordination übernehmende Partner

Bei der ersten Befragung der ersten und zweiten Förderwelle wurde außerdem gefragt, welche Art der Einrichtung oder Institution die Koordination der Lokalen Allianz übernimmt. Hierfür wurden die Antworten aller Koordinationen ausgewertet, also auch von den Lokalen Allianzen, bei denen sich mehrere Personen die koordinierende Stelle teilen. Insgesamt konnten so 34 Antworten in die Auswertung einbezogen werden (vgl. Abbildung 25).

Abbildung 25: Institutionen, die die Koordination übernehmen

Koordinierende Institutionen	Anzahl
Begegnungsstätte für Senior:innen, Mehrgenerationenhaus o.ä.	9
Sozial- und Wohlfahrtsverband	7
Kommune	7
(davon Sozialdezernat/kommunale Sozialverwaltung)	3
(davon Kommunale Altenhilfe/Altenhilfeplanung)	3

5. Online-Befragung

Koordinierende Institutionen	Anzahl
(davon Seniorenbüro/Seniorenbeirat)	1
Pflegestützpunkt/andere Beratungsstelle	3
Krankenhaus, Reha-Einrichtung	2
Stationäre Pflegeeinrichtung	2
Sonstige	4
Gesamt	34

Auch hier zeigt sich wieder die besondere Bedeutung von Mehrgenerationenhäusern für die Lokalen Allianzen. Lokale Allianzen sind hier häufig angedockt. Aber auch Sozial- und Wohlfahrtsverbände und die kommunale Verwaltung übernehmen oft die koordinierende Rolle. Pflegestützpunkten und anderen Beratungsstellen kommt für die Koordination dagegen eine geringere Bedeutung zu. Sie bringen sich deutlich stärker als Partner in den Lokalen Allianzen ein.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die vom Bundesprogramm angedachten Partner, wie sie im „Informationsblatt zur inhaltlichen Ausrichtung des Programms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ von März 2023, aufgelistet werden, auch eine Rolle in Lokalen Allianzen spielen: Mehrgenerationenhäusern und Pflegestützpunkten kommt ebenso wie Selbsthilfegruppen oder stationären Pflegeeinrichtungen eine hohe Bedeutung zu. Die Einbindung der Kommune war Förderbedingung und die Auswertung des Fragebogens bestätigt, dass kommunale Stellen eine wichtige Funktion in Lokalen Allianzen übernehmen. Akteure des Gesundheitswesens waren dagegen schwer einzubinden und private Unternehmen spielen keine aktive Rolle in Lokale Allianzen.

5.2.3 Ziele der Lokalen Allianzen

Wie bereits dargelegt, sollen Lokale Allianzen vor allem Teilhabe- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige fördern. Im Rahmen der Befragung der Lokalen Allianzen wurde daher ermittelt, inwiefern dies insgesamt gelungen ist.

Anvisierte und erreichte Ziele

In der Bewerbungsphase auf eine Förderung im Rahmen des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ musste von den Lokalen Allianzen erklärt werden, welche Vorhaben angegangen werden sollen. Hier wurden, wie eine Auswertung der Bewertungsunterlagen der ersten und zweiten Förderwelle ergab, vor allem solche Bewerbungen ausgewählt, die die Teilhabe von Menschen mit Demenz (1), die Entlastung von Angehörigen (2) oder die Sensibilisierung zum Thema Demenz (3) in den Fokus rückten. Jedes der drei Ziele wurde von ca. der Hälfte der Bewerbungen als Ziel angegeben.

In der ersten Befragung der Lokalen Allianzen der ersten und zweiten Förderwelle wurden die Koordination und die Partner nach den mittelfristigen Zielen befragt. Hierfür wurden sieben Antwortmöglichkeiten angeboten, von denen maximal drei ausgewählt werden konnten. Die Angaben der Koordination schlüseln sich folgendermaßen auf (n=35):

Abbildung 26: Mittelfristige Ziele nach Rangfolge

Mittelfristige Ziele der Lokalen Allianzen	Anzahl der Nennungen	Anteil
Menschen mit Demenz mehr Einbindung ins gesellschaftliche Leben und Beteiligung an Aktivitäten in der Gemeinschaft ermöglichen.	27	77,1 %

Mittelfristige Ziele der Lokalen Allianzen	Anzahl der Nennungen	Anteil
Sensibilisieren und aufklären, Vorurteile abbauen, Verständnis für Menschen mit Demenz fördern.	26	74,3 %
Entlastung und Alltagsunterstützung von Angehörigen von Menschen mit Demenz ausbauen.	16	45,7 %
Kompetenzen für den Umgang mit Menschen mit Demenz verbessern.	13	37,1 %
Hilfe und Alltagsunterstützung für Menschen mit Demenz auf- und ausbauen.	11	31,4 %
Die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit Demenz fördern.	6	17,1 %
Die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung verbessern.	4	11,4 %

Die Rückmeldungen der Koordinationen entsprechen dabei den Vorgaben des Bundesprogramms, d. h. die Teilhabe von Menschen mit Demenz wird als wichtigstes Ziel genannt. Sensibilisierung und Alltagsunterstützung der Angehörigen stehen an Rang zwei und drei. Die Versorgung steht dagegen an letzter Stelle, weil diese nicht im Fokus der Bundesförderung stand (vgl. Abbildung 26). Gleiches gilt, wenn alle Antworten, also auch die der Partnerinstitutionen, in die Auswertung einbezogen werden (ohne Abbildung).

Die Rangfolge der Ziele überrascht dabei nicht. Denn die Lokalen Allianzen wurden wegen ihres Fokus auf Teilhabe, Sensibilisierung und Alltagsunterstützungsangebote für eine Förderung ausgewählt. Allerdings ist der Anteil der Nennungen insgesamt deutlich höher als in den Bewerbungen, was möglicherweise darauf schließen lässt, dass die Ziele von den Befragten auch ausgewählt wurden, weil sie vom Bundesprogramm erwünscht sind.

Um zu ermitteln, was die Lokalen Allianzen tatsächlich in Angriff genommen haben, wurden sie nach der konkreten Umsetzung befragt. Dabei zeigten sich wieder deutliche Unterschiede im Antwortverhalten der einzelnen Partner einer Lokalen Allianz. Daher wurde der Fragebogen für die dritte Befragung überarbeitet und damit vor allem versucht, der Tendenz entgegenzuwirken, möglichst viele Antwortmöglichkeiten auszuwählen. Wurde eine Antwortkategorie angekreuzt, so sollten in der nächsten Frage in einem Freitextfeld die tatsächlich geschaffenen Angebote aufgelistet werden. Für die Auswertung konnte die Zuordnung überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Insbesondere wurden mehrfache Zuordnungen derselben Angebote gestrichen und auf eine Angabe reduziert. Angaben ohne Konkretisierung wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

Von 30 Lokalen Allianzen konnte so ermittelt werden, welche konkreten Angebote und Möglichkeiten sie im Förderzeitraum (weiter-)entwickelt oder neu geschaffen haben (Abbildung 27). Dabei kommt der Öffentlichkeitsarbeit die größte Bedeutung zu. Sie soll informieren, aufklären, zum Thema Demenz sensibilisieren und über die eigene Arbeit berichten. 25 von 30 Lokale Allianzen (83 Prozent) sind hier aktiv geworden, meist mit kleinen Druckerzeugnissen wie Flyern oder Postkarten. Vorträge oder die Beteiligung an Veranstaltungen werden ebenfalls häufig genannt. Pressearbeit und die Erstellung oder Pflege einer Website sind deutlich seltener zu finden. Innovative Ansätze der Öffentlichkeitsarbeit tauchen nicht auf. D. h. jedoch nicht, dass es sie nicht auch gibt, wie die Fallstudie zur Kreisfreien Stadt 1 zeigt (vgl. Abschnitt

5. Online-Befragung

4.2.3). Insgesamt dürfte aber das geringe zur Verfügung stehende Budget (Abschnitt 5.2.4) dazu führen, dass mit einfachen Mitteln versucht wird, die Öffentlichkeit zu erreichen.

Abbildung 27: In Förderwelle 3 und 4 umgesetzte Ziele (n=30)

Entwickelte Angebote und Möglichkeiten	Anzahl
Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit	25
Schulung und Begleitung unterschiedlicher Zielgruppen	21
Angebote zur Freizeitgestaltung in Sportverein, Chor, Kirche, usw.	16
Angebote für Kulturveranstaltungen	14
Begegnungsangebote in Nachbarschaft, Stadtteil, Gemeinde	12
Partizipationsmöglichkeit (Beteiligung an Netzwerkarbeit, Entwicklung von Angeboten, usw.)	12
(Präventive) Unterstützung von Menschen mit beginnender Demenz	10
Initiierung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen	7
Häusliche Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen	6
Koordinierung von Angeboten (Anlaufstelle, Case-/Caremanagement, Verbund, usw.)	6
Unterstützung benachteiligter Gruppen	5
Unterstützung der Mobilität (Hol- und Bringservice, demenzfreundlicher „Bürgerbus“, usw.)	3
Medizinische, therapeutische oder pflegerische Versorgungsangebote	1
Gesamt	138

Die Etablierung von Schulungsangeboten und Teilhabeangeboten werden von jeweils 21 Lokalen Allianzen als erreichte Ziele aufgelistet (je ca. 70 Prozent). Die Teilhabeangebote wurden in der Befragung in drei Themenfelder aufgeteilt. Gefragt wurde nach Angeboten zur Freizeitgestaltung (16 Nennungen), nach kulturellen (14 Nennungen) und Begegnungsangeboten (zwölf Nennungen). Oft wurden also von den 21 Lokalen Allianzen mehrere Teilhabeangebote geschaffen. Gemeinsam Singen, Wandern und Tanzen sind häufige Freizeitangebote, aber auch Handarbeiten oder Ausflüge. Außerdem wurden Kino-, Theater- und Museumsbesuche organisiert. Einzelnen Lokalen Allianzen scheint es gelungen zu sein, ein demenzfreundliches Angebot in Museen dauerhaft zu etablieren. Das geht aus den gemachten Angaben aber nicht deutlich hervor. Als Begegnungsangebote werden regelmäßige Treffen im Café, zum Frühstück oder Gesprächskreise aufgeführt. Auch Stadtteiltreffen werden genannt. Das Spektrum an Teilhabeangeboten ähnelt dabei denen der Lokalen Allianzen, die in den Fallstudien untersucht wurden (Abschnitt 4.2.3).

Eine vergleichsweise geringe Bedeutung haben Angebote zur Unterstützung benachteiligter Gruppen, wie Menschen mit Zuwanderungsgeschichte oder Alleinlebende. Sie wurden nur fünfmal etabliert. Mobilitätsunterstützende Angebote konnten dreimal realisiert werden, Versorgungsangebote sogar nur einmal. Dies deckt sich mit den Zielen des Bundesprogramms, welches den Schwerpunkt der Förderung auf Teilhabeangebote legt.

Angebote für Angehörige von Menschen mit Demenz sind ebenfalls seltener zu finden. Von den Lokalen Allianzen wurde sechsmal angegeben, dass Betreuungsangebote oder Nachbarschaftshilfen zur häuslichen Unterstützung geschaffen wurden, von denen Angehörige ebenfalls profitieren. Die initiierten

Selbsthilfegruppen (sieben Nennungen) richteten sich zweimal an Menschen mit Demenz in einem frühen Stadium und fünfmal mit Gesprächskreisen und (regelmäßigen) Treffen an Angehörige. Acht der 21 entwickelten Schulungsangebote richten sich speziell an diese Zielgruppe.

Insgesamt ergab die dritte Befragung von Lokalen Allianzen ein breites Spektrum erreichter Ziele. Die 30 Lokalen Allianzen, die hierzu Angaben machen, entwickelten zusammen 136 verschiedene Angebote und Möglichkeiten, mit denen Menschen mit Demenz und deren Angehörige direkt oder indirekt ansprochen werden. Allerdings lässt sich nicht klären, ob die Angebote dauerhaft etabliert wurden oder nur ein- oder wenige Male stattgefunden haben. Die Ergebnisse der Fallstudien legen den Schluss nahe, dass beides vorkommt.

Nicht erreichte Ziele

In der zweiten Befragung am Ende der ersten und zweiten Förderwelle wurden die 36 Lokalen Allianzen abschließend befragt, was sie – neben den erreichten Zielen – trotz ursprünglicher Planung nicht erreichen, d. h. welche Angebote und Möglichkeiten von ihnen nicht geschaffen werden konnten, obwohl sie dies ursprünglich vorhatten. Damit unterscheidet sich die ausgewertete Gruppe von der im vorangegangenen Abschnitt. Da die Evaluation nicht den gesamten Förderzeitraum begleitet, war eine Befragung am Ende der Förderung nur für die ersten beiden Förderwellen möglich.

Dies hat Auswirkungen auf die Ergebnisse der Auswertung. Denn die ersten beiden Förderwellen waren durch die Corona-Pandemie deutlich eingeschränkt. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die erreichten Ergebnisse der ersten und zweiten Förderwelle wahrscheinlich hinter denen der dritten und vierten Förderwelle zurückgeblieben sind. Andererseits wird in der Abschlussbefragung deutlich, dass einige Koordinationen dazu tendieren, in den Fragebögen ein besonders positives Bild der Lokalen Allianz und ihrer Erfolge zu zeichnen. Wie sich beide Befunde in den Ergebnissen der Befragung niederschlagen, bleibt letztlich unklar.

Sieben von 36 Lokalen Allianzen machten zu den nicht erreichten Zielen keine Angaben. Acht Lokale Allianzen konnten Ziele einer Kategorie nicht erreichen, elf die Ziele zweier Kategorien. Bei einer Lokalen Allianz gab es größere Probleme. Diese konnte laut Antwortauswahl Ziele in acht der ursprünglich anvisierten Zielkategorien nicht erreichen.

In der folgenden Tabelle (vgl. Abbildung 28) wurden die nicht erreichten Ziele der Lokalen Allianzen den erreichten gegenübergestellt und deren Anteil am angestrebten Gesamtangebot bestimmt.

Abbildung 28: In Förderwelle 1 und 2 erreichte und nicht erreichte Ziele (absteigend sortiert nach Gesamtzahl)

Angebote und Möglichkeiten	Geschaf-fen	Nicht ge-schaffen	Gesamt	Anteil nicht ge-schaffen
Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit (Veranstaltungen, Flyer, Wegweiser, Homepage)	34	1	35	2,9 %
Schulung und Begleitung unterschiedlicher Zielgruppen (z. B. Ehrenamtliche, Angehörige)	23	9	32	28,1 %
Angebote für Kulturveranstaltungen (z. B. Theater, Konzert, Museum)	22	7	29	24,1 %
Angebote zur Freizeitgestaltung in Sportverein, Chor, Kirche, usw.	19	10	29	34,5 %

Angebote und Möglichkeiten	Geschaf-fen	Nicht ge-schaffen	Gesamt	Anteil nicht ge-schaffen
Begegnungsangebote in Nachbarschaft, Stadtteil, Gemeinde (z. B. Mittagstisch, Café, Stadtteilstfest)	25	1	26	3,8 %
Häusliche Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen (z. B. Nachbarschaftshilfe, Betreuungsgruppen)	17	7	24	29,2 %
Initiierung von Selbsthilfegruppen für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen	17	3	20	15,0 %
Koordinierung von Angeboten (Anlaufstelle, Case-/Caremanagement, Verbund, usw.)	17	3	20	15,0 %
Partizipationsmöglichkeit (Beteiligung an Netzwerkarbeit, Entwicklung von Angeboten, Befragungen, usw.)	18	1	19	5,3 %
(Präventive) Unterstützung von Menschen mit beginnender Demenz (Gedächtnistraining, Begleitung, usw.)	12	7	19	36,8 %
Unterstützung der Mobilität (Hol- und Bringservice, demenzfreundlicher „Bürgerbus“, usw.)	7	5	12	41,7 %
Unterstützung benachteiligter Gruppen (Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund, Alleinlebende, usw.)	4	5	9	55,6 %
Medizinische, therapeutische oder pflegerische Versorgungsangebote	3	3	6	50,0 %
Gesamt	218	62	280	22,1 %

Insgesamt wollten im Förderzeitraum die 36 befragten Allianzen der ersten beiden Förderwellen 280 Angebote und Möglichkeiten neu schaffen oder ausbauen. In ca. 22 Prozent der Fälle ist dies laut Befragungsergebnis nicht gelungen. Besonders häufig konnten Angebote zur Freizeitgestaltung nicht geschaffen werden, obwohl dies von den Lokalen Allianzen geplant war. Zehn Lokale Allianzen gaben dies an. Auch die Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen, Angehörigen oder anderen angedachten Gruppen gestaltete sich als schwierig. Immerhin neunmal konnten Lokale Allianzen ihre ursprünglichen Planungen nicht umsetzen. Demgegenüber stehen aber viele Schulungs- und vor allem Teilhabeangebote, die bis zum Ende des Förderzeitraums realisiert werden konnten. 33 Lokale Allianzen (ca. 92 Prozent) gaben im Fragebogen an, insgesamt 66 Kultur-, Freizeit und Begegnungsangebote entwickelt zu haben. Das entspricht 79 Prozent der ursprünglich geplanten Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe.

Lediglich einmal wurde angegeben, dass die Öffentlichkeitsarbeit nicht wie geplant angegangen werden konnte. Dies entspricht dem hohen Erreichungsgrad dieses Ziels während der Projektlaufzeit und zeigt die Bedeutung, die die Lokalen Allianzen dieser Aufgabe zumaßen. Auch die Partizipationsmöglichkeit wurde nur von einer Lokalen Allianz nicht wie vorgesehen entwickelt. Gleiches gilt für Begegnungsangebote. In diesen Fällen konnten die Lokalen Allianzen ihre geplanten Ziele bis zum Ende der Förderung durch das Bundesprogramm fast immer erreichen. Überraschend ist das Ergebnis für die Begegnungsangebote, da hier die Corona-Pandemie die Umsetzung erschwert haben dürfte. Dies könnte darauf hindeuten, dass diesem Teilhabeangebot von den Lokalen Allianzen eine besondere Bedeutung zugemessen wurde.

Auch für die ersten beiden Förderwellen zeigt sich die geringere Bedeutung von Unterstützungsangeboten der Mobilität und benachteiligter Gruppen, ebenso wie von Versorgungsangeboten. Sie wurden nicht nur von einer deutlich geringeren Zahl von Lokalen Allianzen als Ziel angegeben. Der niedrige Erreichungsgrad legt dies ebenfalls nahe.

Die Lokalen Allianzen wurden außerdem befragt, worin aus ihrer Sicht begründet lag, dass sie ihre Ziele (zum Teil) nicht erreichen konnten. 25 Lokale Allianzen äußerten sich hierzu in der Abschlussbefragung über ein Freitextfeld. Als vorherrschender Grund wurde immerhin 13-mal die Corona-Pandemie benannt. Dadurch habe man mit der eigentlichen Arbeit erst verspätet beginnen können und die Zeit im Projekt habe letztlich nicht gereicht. Die Kontaktbeschränkungen hätten die Arbeit mit der Zielgruppe und die Kommunikation unter den Projektpartnern erschwert. Bei einigen Lokalen Allianzen habe dann die Zeit gefehlt. Eine Koordination hätte sich daher gewünscht, wenn sie den Förderzeitraum nach hinten hätte schieben können. Insgesamt erklärt diese Begründung, warum insbesondere Angebote zur Freizeit und Kultur nicht umgesetzt werden konnten. Aber auch Schulungen sollten nach den Planungen zumeist in direktem Kontakt stattfinden.

Fehlende personelle Ressourcen und die Kosten sind ebenfalls häufig genannte Gründe für die fehlende Erreichung von Zielen, die in der Regel auch im Zusammenhang geäußert werden. Benannt wird eine hohe Arbeitsdichte bei der Koordination, z. T. auch durch Corona verstärkt, die dazu geführt habe, dass man Prioritäten setzen musste. Mit dem zur Verfügung stehenden Stellenumfang, aber auch mit den Personalressourcen bei den Partnern sei nicht mehr möglich gewesen.

Beklagt wurde weiterhin mangelndes Interesse bei möglichen Partnern. Auch wenn diese grundsätzlich einer Mitarbeit zustimmten, hätten sie sich zum Teil wenig engagiert. Manchmal sei dies auch auf Personalwechsel zurückzuführen gewesen, wenn sich neue Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen bei potentiellen Partnern nicht für das Projekt interessierten. Eine Lokale Allianz hatte sogar die Erfahrung gemacht, dass sie als zivilgesellschaftlicher Akteur von den „Profis“ nicht ernstgenommen wurde. Ehrenamtliche Arbeit sei nicht wertgeschätzt worden. Hier gab es die besondere Situation, dass die Koordination der Lokalen Allianz ehrenamtlich organisiert wurde. Zwei Lokale Allianzen sahen die Organisation ihrer Arbeit und die Entwicklung von Angeboten im ländlichen Raum als besonders herausfordernd an. Die Weiträumigkeit und die wachsende Zahl von Betroffenen wurden hierbei als Grund genannt. Der Förderzeitraum sei für die anspruchsvolle Aufgabe letztlich zu kurz gewesen.

Die oben genannte Lokale Allianz, die nach ihren Angaben acht angedachte Ziele nicht erreichen konnte, beschreibt eine ganze Anzahl von Gründen, die stellvertretend für alle Lokalen Allianzen die Probleme zusammenfasst. Mögliche Partner, in diesem Fall Sportvereine und ein Bildungsträger, interessierten sich nicht für die Zielgruppe Menschen mit Demenz. Der Organisationsaufwand von Angeboten sei hoch, der Aufgabenschwerpunkt in der kommunalen Verwaltung läge anders und hinzu kamen hier Probleme mit Haftungsfragen beim Einsatz von Ehrenamtlichen, was die hohen Anforderungen an die Kompetenz der Koordination unterstreicht.

Es wird deutlich, dass die Umsetzung verschiedener Ziele mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen als anspruchsvoll wahrgenommen wird. Auch ohne Corona-Pandemie zeigen sich genügend Herausforderungen für die Lokalen Allianzen, die für alle Förderwellen gelten dürften.

5.2.4 Ressourcen

Wie bereits herausgearbeitet wurde, kommt den personellen, finanziellen und materiellen Ressourcen eine besondere Bedeutung für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit zu. Daher wurden im Fragebogen verschiedene Aspekte hierzu abgefragt. Die Fragen wurden von vornherein nur an die Koordination gerichtet, da das Ressourcenmanagement in der Regel zu deren Aufgabenbereich zählt. In die Auswertung konnten die Antworten der Koordinationen von 72 Lokalen Allianzen der ersten bis vierten Förderwelle einbezogen werden.

Zunächst wurde gefragt, bei welcher Art von Personalstelle die Koordination der Lokalen Allianz angesiedelt und welcher Stellenumfang formal eingeplant ist. Damit sollte geklärt werden, welcher zeitliche Spielraum der Koordination zur Verfügung steht.

Abbildung 29: Art der Personalstelle für Netzwerkoordination

Art der Personalstelle	Anzahl der LA	Prozent
Bestehende Personalstelle ohne Freistellung	24	33,3 %
Bestehende Personalstelle mit Aufstockung	17	23,6 %
Bestehende Personalstelle mit Freistellung	13	18,1 %
Neu geschaffene Personalstelle	10	13,9 %
Sonstiges	8	11,1 %
Gesamt	72	100,0 %

Ein Drittel der Befragten gab an, dass die Koordinationsarbeit von einer bestehenden Personalstelle ohne Freistellung übernommen wird (vgl. Abbildung 29). In diesem Fall kommt also die Arbeit zur bereits bestehenden Stellenbeschreibung hinzu. Die der Person zur Verfügung stehende Arbeitszeit bleibt aber gleich. Die Koordinationsarbeit muss also gewissermaßen „nebenher“ erledigt werden. Weiterhin gibt es fünf Fälle (unter Sonstiges), die die Koordination ehrenamtlich übernehmen. Demgegenüber gibt es bei 40 Lokalen Allianzen zusätzliche personelle Mittel über ein geschaffenes Stellenkontingent, sei es durch Aufstockung von bestehenden Stellen oder die Freistellung von anderer Arbeit. Zehnmal, also bei rund 14 Prozent der befragten Lokalen Allianzen, wurde sogar eine Stelle neu geschaffen. Hinzu kommen zwei Fälle unter Sonstiges, bei denen über eine Honorarkraft bzw. den Bundesfreiwilligendienst die Koordination organisiert wurde. Damit ist bei 42 befragten Lokalen Allianzen (58 Prozent) die Arbeit der Koordination grundsätzlich eingeplant.

Abbildung 30: Formal vorgesehener Stellenumfang für Netzwerkoordination

Formaler Stellenumfang	Anzahl der LA	Prozent
Keine formale Festlegung	12	20,0%
Bis 5 Arbeitsstunden	24	40,0%
Mehr als 5 bis 10 Arbeitsstunden	17	28,3%
Mehr als 10 bis 15 Arbeitsstunden	3	5,0%
Mehr als 15 bis 20 Arbeitsstunden	2	3,3%
Mehr als 20 Arbeitsstunden	2	3,3%
Gesamt	60	100,0%

Bei immerhin 20 Prozent der befragten Lokalen Allianzen, die eine Antwort gegeben haben, gibt es keine konkrete formale Festlegung zum Stellenumfang für die Koordinationsarbeit (vgl. Abbildung 30). Der überwiegende Teil der Koordinationen dieser Lokalen Allianzen (nämlich acht von zwölf) wurde nicht für

die Arbeit freigestellt (ohne Abbildung). Bei 40 Prozent stehen bis zu fünf Stunden wöchentlicher Arbeitszeit zur Verfügung, 28 Prozent zwischen fünf und zehn Stunden. Mehr als 10 Wochenstunden wurden in nur sieben Fällen vergleichsweise selten festgelegt.

Auf die Frage nach dem tatsächlichen Arbeitsaufwand für die Koordination gab es folgende Rückmeldung:

Abbildung 31: Arbeitsaufwand der Koordination pro Woche

Arbeitsaufwand	Anzahl der Lokalen Allianzen	Prozent
Bis zu 5 Arbeitsstunden	23	32,4%
Mehr als 5 bis 10 Arbeitsstunden	25	35,2%
Mehr als 10 bis 15 Arbeitsstunden	18	25,4%
Mehr als 15 bis 20 Arbeitsstunden	3	4,2%
Mehr als 20 Arbeitsstunden	2	2,8%
Gesamt	71	100,0%

Von 71 Lokalen Allianzen liegen Angaben zum tatsächlich aufgebrachten Arbeitsaufwand für die Koordination vor. Es zeigt sich, dass die aufgebrachte wöchentliche Arbeitszeit in der Tendenz über der formal festgelegten liegt. Deutlicher wird dies, wenn formaler Stellenumfang und tatsächlicher Aufwand direkt gegenübergestellt werden.

Abbildung 32: Tatsächlicher Arbeitsaufwand in Abhängigkeit vom formalen Stellenumfang

Stellenumfang in Stunden	Arbeitsaufwand in Stunden					Gesamt
	Bis 5	>5 bis 10	>10 bis 15	>15 bis 20	>20	
Keine formale Festlegung	12	9	2	1		24
Bis 5	10	10	3			23
>5 bis 10	1	6	10			17
>10 bis 15			3			3
>15 bis 20				2		2
>20					2	2
Gesamt	23	25	18	3	2	71

Wie Abbildung 32 zeigt, arbeiten die Koordinationen, die formal bis zu fünf Wochenstunden zur Verfügung haben, in zehn Fällen tatsächlich bis zu fünf Stunden. In weiteren zehn Fällen liegt der Aufwand für die Koordination bei fünf bis zehn Wochenstunden, in drei Fällen sogar zwischen zehn und 15 Stunden. Von den 17 Lokalen Allianzen, deren Arbeitsaufwand für die Koordination formal zwischen fünf und zehn Stunden liegt, haben zehn einen tatsächlichen Koordinationsaufwand von zehn bis 15 Stunden. Insgesamt wird in 23 der 71 Lokalen Allianzen für die Koordination mehr Arbeit aufgewendet als tatsächlich vereinbart wurde. Dies entspricht 32,4 Prozent. Hinzu kommen 24 Lokale Allianzen (33,8 Prozent), in denen es keine formale Festlegung zum Stellenumfang der Koordination gibt, in der Regel aber bis zu fünf oder sogar bis zu zehn Wochenstunden für Koordinationsarbeit aufgewendet werden, in einem Fall sogar 15 bis 20 Stunden wöchentlich. Damit wird laut Befragung bei zweidrittel der Lokalen Allianzen mehr Koordinationsaufwand erbracht als vorgesehen. Demgegenüber steht lediglich eine Lokale Allianz, in der für die Koordination weniger Koordinationsarbeit anfällt als formal vereinbart wurde.

5. Online-Befragung

Es fällt auf, dass in den sieben Fällen, in denen mehr als zehn Stunden für die Koordinationsarbeit vereinbart wurden, diese wie formal vorgesehen auch aufgewendet werden. Hier scheint es eine reale Einschätzung der tatsächlich anfallenden Arbeit gegeben zu haben. Der Spielraum, den die Koordinationen in diesen Fällen mit einem höherem Stellenumfang bekommen haben, wird also genutzt und ist notwendig. In der Tendenz schlägt sich dies auch in der Bewertung der personellen Situation wieder. Wenn mehr als 10 Wochenarbeitsstunden für die Koordination zur Verfügung stehen, wird die personelle Situation auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 6 (sehr gut) mit 4,9 Punkten bewertet. Im Mittel wurden dagegen nur 3,4 Punkte und damit eine leicht unterdurchschnittliche Bewertung für die personelle Situation vergeben. Deutlich schlechter wird die personelle Situation in den Lokalen Allianzen gesehen, bei denen die Koordination mehr Arbeitszeit aufwenden muss als formal vereinbart wurde. Sie bewerten sie mit lediglich 2,9 Punkten. Keinen Unterschied gibt es dagegen bei der Gruppe, bei denen der Arbeitsumfang nicht formal festgelegt wurde. Auch diese bewerten die personelle Situation mit 3,4 Punkten.

Die Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit von Sachmitteln wurde von den Befragten insgesamt mit durchschnittlich 4 Punkten eher positiv bewertet. Das liegt möglicherweise daran, dass von fast allen Lokalen Allianzen die Infrastruktur und vor allem auch Räumlichkeiten von den Projektpartnern mitgenutzt werden können. So bleiben die Ausgaben für Sachmittel insgesamt eher niedrig.

Abbildung 33: Ausgaben für Sachmittel pro Jahr

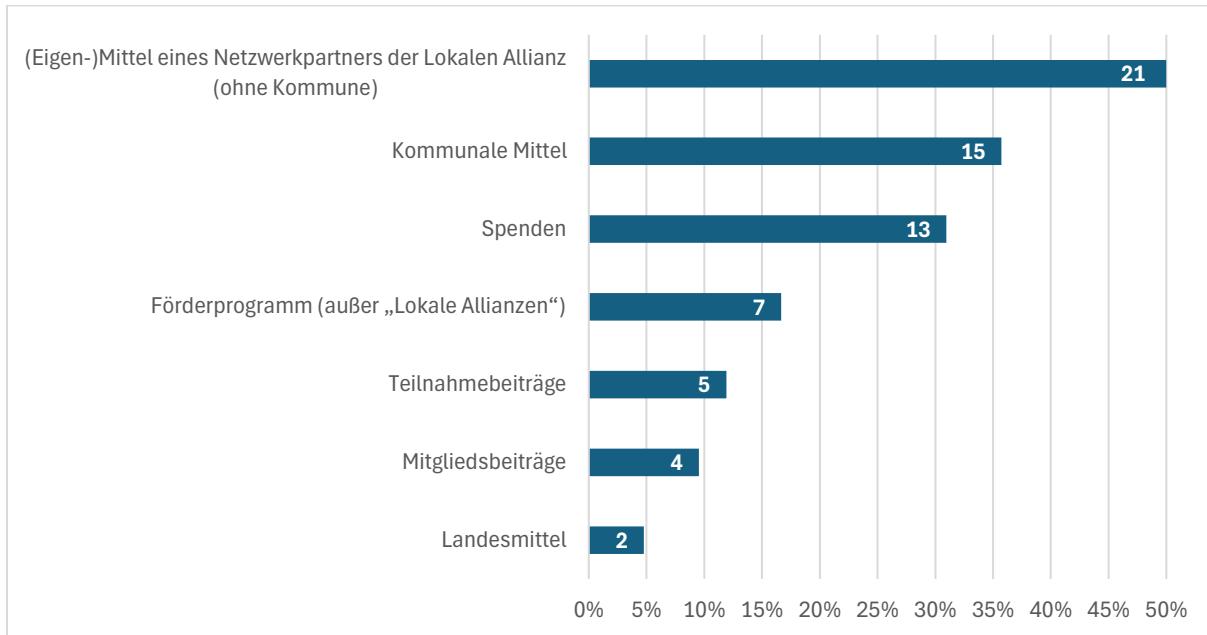
Ausgaben für Sachmittel	Anzahl der LA	Prozent
bis 2.000 €	34	52,3%
>2.000 bis 4.000 €	11	16,9%
>4.000 bis 6.000 €	5	7,7%
>6.000 bis 8.000 €	3	4,6%
>8.000 bis 10.000 €	11	16,9%
>10.000 €	1	1,5%
Gesamt	65	100,0%

Über die Hälfte der 65 Lokalen Allianzen, die die Frage beantwortet haben, geben pro Jahr lediglich bis zu 2.000 Euro für Sachmittel aus, weitere rund 17 Prozent zwischen 2.000 und 4.000 Euro. Allerdings haben elf Lokale Allianzen mit 8.000 bis 10.000 Euro deutlich höhere Ausgaben. Davon haben acht lediglich die 10.000 Euro aus dem Bundesprogramm zur Verfügung, d. h. sie nutzen die gesamten ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für Sachmittel. Dies scheint eine besondere Strategie von diesen befragten Lokalen Allianzen zu sein, wie sich auch im Interview im Rahmen der Fallstudie zur Kreisfreien Stadt 2 ergab. Dort wurden die Mittel des Bundesprogramms von vornherein nicht für Personalmittel veranschlagt: „*Aber hier habe ich mich dagegen entschieden, weil das dann komplett in Personalkosten versenkt worden wäre. Also, die Fördermittel wären einfach eins zu eins in Personalkosten gegangen.*“ (Trg, 13) Daher wurden bestehende und finanziell abgedeckte Personalstrukturen für die Arbeit der Lokalen Allianz genutzt. Die Projektmittel sollten dagegen komplett in Sachmittel fließen und dadurch mehr Spielräume eröffnen. Die Verfügbarkeit und Finanzierbarkeit von Sachmitteln wird von diesen acht Lokalen Allianzen dann auch mit 4,5 Punkten recht gut bewertet.

Insgesamt stehen 30 von 72 Lokalen Allianzen lediglich die Fördermittel des Bundesprogramms zur Verfügung. Von den sonstigen 42 Lokalen Allianzen können die Hälfte auf Eigenmittel eines Netzwerkpartners zurückgreifen, 36 Prozent, also 15 Lokale Allianzen, verfügen zusätzlich über kommunale Mittel. Andere

Förderprogramme erhöhen bei sieben Lokalen Allianzen die Einnahmen. Hierunter fallen auch Förderungen nach § 45c Abs. 9 SGB XI. Teilnahme- und Mitgliedsbeiträge bzw. Landesmittel spielen nur eine geringe Rolle für die Finanzierung der Lokalen Allianzen (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: Herkunft zusätzlicher Finanzmittel (n=42)



Knapp 60 Prozent der Lokalen Allianzen, denen zusätzlich zum Bundesprogramm Finanzmittel zur Verfügung stehen, können auf genau eine weitere Einnahmequelle zurückgreifen. Bei fast 30 Prozent bzw. 12 Lokalen Allianzen gibt es zwei. Fünfmal wurden mehr Einnahmequellen angegeben. Dies bedeutet allerdings nicht, dass diese Lokalen Allianzen auch über deutlich mehr Finanzmittel verfügen.

Abbildung 35: Über das Bundesprogramm hinausgehende Finanzmittel

Zusätzlich zur Verfügung stehende Finanzmittel	Anzahl	Prozent
bis 5.000 €	30	78,9%
>5.000 bis 10.000 €	3	7,9%
>10.000 bis 15.000 €	1	2,6%
>15.000 bis 20.000 €	2	5,3%
>20.000 bis 25.000 €	1	2,6%
>25.000 €	1	2,6%
Gesamt	38	100,0%

Wie Abbildung 35 zeigt, können fast 80 Prozent der 38 Lokalen Allianzen, denen über das Bundesprogramm hinausgehende Finanzmittel zur Verfügung stehen und die Angaben zur Höhe des Betrages gemacht haben, lediglich auf bis zu 5.000 Euro jährlich zusätzlich zurückgreifen. Drei der 30 Lokalen Allianzen haben dabei mehr als zwei Finanzquellen angegeben. Die beiden Lokalen Allianzen, die jährlich mindestens 20.000 Euro zusätzlich zur Verfügung haben, haben dafür drei bzw. vier verschiedene Quellen aufgetan. Interessanterweise bewerten diese beiden Lokalen Allianzen ihre personelle Situation als sehr ungünstig einmal mit drei Punkten und einmal mit lediglich einem Punkt. Es kann vermutet werden, dass die zusätzlichen finanziellen Mittel in Personalausgaben fließen müssen und dafür letztlich nicht ausreichend sind.

5.2.5 Kooperationsformen in Lokalen Allianzen

Für die erste Fragebogenentwicklung diente das GIZ-Evaluationskonzept als Basis (vgl. Abschnitt 5.1.1). Untersuchungsgegenstand des Konzepts sind Netzwerke, deren Qualität damit anhand von sechs Dimensionen bewertet werden kann. Dieser Ansatz der Fragebogenentwicklung erwies sich aber teilweise als problematisch, weil, wie sich in den Fallstudien ergab, Lokale Allianzen nicht unbedingt multilateral oder bilateral kooperieren, also keine Netzwerke im eigentlichen Sinn sind. Um die Vernetzungsstruktur der Lokalen Allianzen und die Form der Zusammenarbeit besser beschreiben zu können, wurden daher in der Befragung der Lokalen Allianzen der dritten und vierten Förderwelle des Bundesprogramms Fragen zur operativen und institutionellen Zusammenarbeit aufgenommen. Damit sollte erfasst werden, ob die Lokalen Allianzen auf diesen ebenen bilateral oder multilateral kooperieren oder gar keine Kooperation zwischen verschiedenen Partnern besteht (zu den Begriffen vgl. Abschnitt 2.1).

Operative Arbeit

Für die Beschreibung der operativen Arbeit wurde danach gefragt, wie neue Angebote und Möglichkeiten in der Lokalen Allianz umgesetzt und organisiert werden. Über eine Mehrfachauswahl konnte ausgewählt werden, ob diese Aufgaben von Einzelpersonen übernommen oder im bilateralen Austausch oder in Arbeitsgruppen, also multilateral, bewältigt werden. Dabei gab es für diese drei Varianten jeweils zwei Antwortmöglichkeiten. Durch diese Gestaltung der Antwortmöglichkeiten sind theoretisch 36 verschiedene Kombinationen denkbar. Im Anschluss konnten die gegebenen Antworten gewichtet werden. Dafür sollte für drei der für die Lokale Allianz wichtigsten Formen der Zusammenarbeit eine Rangfolge erstellt werden. Diese Gestaltung des Fragebogens sollte die Neigung zu erwünschten Antworten auf Seiten der Koordination verringern.

Von 32 Lokalen Allianzen liegen Antworten zur Frage der operativen Zusammenarbeit vor. Zwei Personen machten keine Angabe dazu. Bei weiteren zwei Lokalen Allianzen wurden zwar mehrere Antworten zu Formen der Zusammenarbeit ausgewählt, diese im Anschluss aber nicht gewichtet. Letztlich bleiben 30 Lokale Allianzen, zu denen Aussagen zur operativen Zusammenarbeit gemacht werden können. Von diesen wurde 13-mal nur eine Form der Zusammenarbeit ausgewählt, lediglich 3-mal wurden mehr als drei Varianten angekreuzt. Für die Gewichtung konnten, wie beschrieben, von den Lokalen Allianzen maximal drei Optionen ausgewählt werden.

Danach kommt auf operativer Ebene der Arbeit von Einzelpersonen (E) die höchste Bedeutung zu, konkret der Koordination. Bei 26 Lokalen Allianzen kommt diese Arbeitsform vor, bei 21 Lokalen Allianzen wurde dieser Auswahl die höchste Priorität zugeordnet. D. h., dass bei 21 Lokalen Allianzen konkrete Projekte und die Organisation neuer Angebote hauptsächlich von einer einzelnen Person, im Regelfall der Koordination, übernommen werden. 16 Lokale Allianzen organisieren die operative Arbeit (auch) bilateral. Bei sechs Lokalen Allianzen bildet die bilaterale Zusammenarbeit (B) den Schwerpunkt, nimmt also den höchsten Rang ein. Lediglich bei drei Lokalen Allianzen spielen auf operativer Ebene Arbeitsgruppen oder das Gesamtnetzwerk (M) die wichtigste Rolle. Aber 15 Lokale Allianzen geben an, dass es (auch) multilaterale Formen bei der Zusammenarbeit (M) auf operativer Ebene gibt. Dabei fällt auf, dass die Formen der Zusammenarbeit und die Gewichtungsreihenfolge sehr unterschiedlich sein können. Bei acht Lokalen Allianzen wird beispielsweise die gesamte operative Arbeit allein von der Koordination erledigt (E). Bei den restlichen 13 gibt es ergänzend bilaterale (B) oder multilaterale (M) Kooperationen.

Abbildung 36: Formen der operativen Zusammenarbeit nach absteigender Häufigkeit

Form der operativen Zusammenarbeit	Anzahl
E	8
EM	4
EBM	4
EBB	3
B	3
M	2
MBE	1
BBE	1
BE	1
BM	1
EB	1
EMB	1
Gesamt	30

Abbildung 37: Formen der operativen Zusammenarbeit nach höchster Gewichtung

Form der operativen Zusammenarbeit	Anzahl	
E	8	21
EB	1	
EBB	3	
EBM	4	
EM	4	
EMB	1	
B	3	6
BBE	1	
BE	1	
BM	1	
M	2	3
MBE	1	
Gesamt	30	

In Abbildung 36 wurden die auftretenden Formen der operativen Zusammenarbeit bei den Lokalen Allianzen in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit aufgeführt. „E“ steht dabei für Einzelperson, „B“ für bilaterale Zusammenarbeit und „M“ für multilaterale Zusammenarbeit. Die Stelle, die durch einen Buchstaben markiert wird, beschreibt auch dessen Gewichtung. Bei „EMB“ ist für die operative Arbeit eine Einzelperson am wichtigsten, am zweitwichtigsten die multilaterale Zusammenarbeit und die bilaterale Zusammenarbeit steht an dritter Stelle. Diese Form der operativen Zusammenarbeit findet sich unter den 30 ausgewerteten Lokalen Allianzen nur einmal. „EBB“ kommt dagegen dreimal vor. Hier wurden beide Formen der bilateralen Zusammenarbeit ausgewählt und an zweiter und dritter Stelle gewichtet. Die Koordination übernimmt in dieser Konstellation die Hauptarbeit. Unter den Lokalen Allianzen der dritten und vierten Förderwelle traten zwölf verschiedene Formen der Zusammenarbeit auf operativer Ebene auf, die Hälfte davon jeweils nur einmal.

In Abbildung 37 sind die Formen der operativen Zusammenarbeit gruppiert dargestellt. Alle Varianten, bei denen eine Einzelperson bzw. Koordination die Hauptlast der operativen Arbeit trägt (E), sind blau dargestellt. Sie bilden mit 21 Fällen die größte Gruppe und stehen im oberen Bereich der Tabelle. Die sechs Varianten, in denen die bilaterale operative Zusammenarbeit (B) die höchste Bedeutung innerhalb der Lokalen Allianz hat, sind rot markiert. Sie bilden die zweitgrößte, aber deutlich kleinere Gruppe, in der Mitte der Tabelle. Die multilaterale Zusammenarbeit (M) ist bei drei Lokalen Allianzen am wichtigsten und am Ende der Tabelle grau dargestellt.

Insgesamt zeigt sich, dass bei den ausgewerteten Lokalen Allianzen die operative Arbeit hauptsächlich von der Koordination übernommen wird. Die zweitwichtigste Rolle spielen bilaterale Arbeitsformate, ergänzend kommen multilaterale Formen der Zusammenarbeit hinzu.

Institutionelle Arbeit

Um die institutionelle Arbeit in den Lokalen Allianzen erfassen zu können, wurde danach gefragt, durch wen (neue) Ziele zur Weiterentwicklung der Lokalen Allianz überwiegend bestimmt und festgelegt werden. Über eine Mehrfachauswahl konnte wiederum angekreuzt werden, ob diese Aufgaben von Einzelpersonen übernommen oder im bilateralen Austausch oder in Arbeitsgruppen angegangen werden. Dabei gab es für diese drei Varianten jeweils zwei Antwortmöglichkeiten. Im Anschluss sollten die gegebenen Antworten wieder gewichtet werden.

Von 29 Lokalen Allianzen liegen Antworten zur Frage der institutionellen Zusammenarbeit vor. Fünfmal wurde die Frage nicht beantwortet. Für weitere zwei Lokale Allianzen kann keine Aussage zur Gewichtung der Formen der institutionellen Zusammenarbeit getroffen werden, so dass in die Auswertung zur institutionellen Zusammenarbeit 27 Lokale Allianzen einbezogen werden konnten. 13-mal wurde nur eine Form der Zusammenarbeit angekreuzt. Bei einer Lokalen Allianz traten drei Formen der Zusammenarbeit auf. Mehr als drei Möglichkeiten wurden nicht ausgewählt.

Auch auf institutioneller Ebene kommt der Arbeit von Einzelpersonen (E) eine hohe Bedeutung zu. Achtzehnmal wurde diese Arbeitsform ausgewählt. Vierzehnmal wird danach die Weiterentwicklung der Lokalen Allianz am ehesten von der Koordination vorangebracht und daher auch am stärksten gewichtet.

Die multilaterale Zusammenarbeit spielt auf institutioneller Ebene eine deutlich größere Rolle als bei der operativen Arbeit. Bei 19 Lokalen Allianzen wird die strategische Ausrichtung (auch) in Arbeitsgruppen oder mit allen Partnern gemeinsam bestimmt. Bei elf von 27 Lokalen Allianzen ist diese Form der Zusammenarbeit am wichtigsten. Sieben Lokale Allianzen organisieren ihre institutionelle Arbeit (auch) auf bilateraler Ebene (B). Bei lediglich zwei Lokalen Allianzen ist dies die wichtigste Arbeitsweise.

Auch für die institutionelle Arbeit können die verschiedenen aufgetretenen Formen der Zusammenarbeit symbolisch mit Buchstabenkombinationen beschrieben werden.

Abbildung 38: Formen der institutionellen Zusammenarbeit nach absteigender Häufigkeit

Form der institutionellen Zusammenarbeit	Anzahl
M	7
E	6
EM	4
EB	2
ME	2
BM	2
EBE	1
EE	1
MB	1
MM	1
Gesamt	27

Abbildung 39: Formen der institutionellen Zusammenarbeit nach höchster Gewichtung

Form der institutionellen Zusammenarbeit	Anzahl	
E	14	6
EE		1
EB		2
EBE		1
EM		4
BM	2	2
M	11	7
ME		2
MB		1
MM		1
Gesamt	27	

In Abbildung 38 wurden die auftretenden Formen der institutionellen Zusammenarbeit bei den Lokalen Allianzen in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit aufgeführt. Die Stelle, die durch einen Buchstaben

markiert wird, beschreibt wiederum dessen Gewichtung. Bei „EM“ ist für die institutionelle Arbeit eine Einzelperson am wichtigsten, am zweitwichtigsten die multilaterale Zusammenarbeit. Eine dritte Arbeitsweise wurde nicht ausgewählt. Diese Form der institutionellen Zusammenarbeit wird daher nur durch zwei Buchstaben symbolisiert und findet sich unter den 27 ausgewerteten Lokalen Allianzen viermal. Am häufigsten wurde die Variante „M“ ausgewählt, d. h. sieben der Lokalen Allianzen organisieren ihre institutionelle Zusammenarbeit ausschließlich multilateral. Unter den Lokalen Allianzen der dritten und vierten Förderwelle traten zehn verschiedene Formen der Zusammenarbeit auf institutioneller Ebene auf, vier davon jeweils nur einmal.

In Abbildung 39 sind die Formen der institutionellen Zusammenarbeit gruppiert dargestellt. Alle fünf Varianten, bei denen eine Einzelperson bzw. Koordination die Hauptlast der institutionellen Arbeit trägt (E), sind blau dargestellt. Sie bilden mit 14 Fällen die größte Gruppe und stehen im oberen Bereich der Tabelle. Die Variante, in denen die bilaterale operative Zusammenarbeit (B) die höchste Bedeutung innerhalb der Lokalen Allianz hat, ist in der Mitte der Tabelle rot markiert. Sie kam bei lediglich zwei Lokalen Allianzen vor. Die multilaterale Zusammenarbeit (M) ist auf institutionelle Ebene bei elf Lokalen Allianzen am wichtigsten und am Ende der Tabelle grau dargestellt.

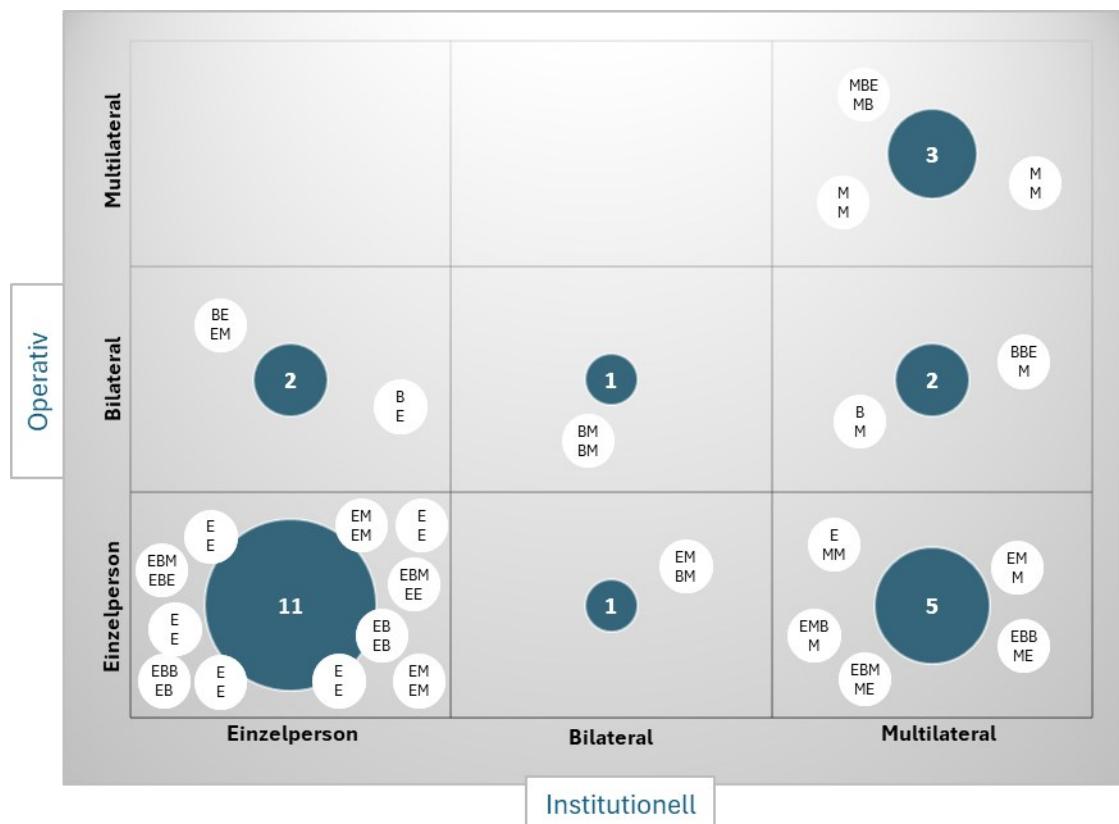
Strukturen der Zusammenarbeit

In einem nächsten Schritt wurden die Formen der operativen und institutionellen Arbeit miteinander in Beziehung gesetzt. Dafür wurden alle 25 Lokalen Allianzen der dritten und vierten Förderwelle betrachtet, für die im Fragebogen in beiden Bereichen eine gewichtete Antwort vorlag und jeweils die Antworten mit der höchsten Priorität bzw. der Buchstabe an erster Stelle miteinander in Beziehung gesetzt. Prinzipiell sind die Hauptformen der operativen Zusammenarbeit E, B und M mit allen Hauptformen der institutionellen Zusammenarbeit kombinierbar. Die vorliegenden Kombinationen wurden in eine Matrix mit neun Feldern eingetragen.

In Abbildung 40 ist das Ergebnis dargestellt. Die auftretenden Kombinationen wurden in eine Matrix mit neun Feldern eingetragen, wobei die Anzahl der möglichen Varianten durch die Größe der Fläche des jeweiligen Kreises abgebildet wird. Am häufigsten wird sowohl die operative als auch die institutionelle Arbeit hauptsächlich von einer Einzelperson, also in der Regel der Koordination übernommen (Feld links unten). Dieser Fall kam elfmal vor. Es gab aber nur eine Lokale Allianz in der sowohl die institutionelle als auch operative Zusammenarbeit hauptsächlich bilateral organisiert ist (Feld in der Mitte).

5. Online-Befragung

Abbildung 40: Operative und institutionelle Zusammenarbeit in Lokalen Allianzen



Den sieben auftretenden Kombinationen wurden dann die verschiedenen konkreten Formen der Zusammenarbeit zugeordnet. In den weißen Kreisen wurde oben mit den jeweiligen Buchstaben die operative Zusammenarbeit beschrieben, unten findet sich jeweils die institutionelle Arbeit. E/E bedeutet dann, dass in beiden Bereichen die Koordination die Arbeit übernommen hat und komplett selbstständig erledigt. In immerhin fünf Lokalen Allianzen kam diese Variante vor. Hier übernimmt die Koordination die gesamte Arbeit. Bei weiteren sechs der elf Lokalen Allianzen, die im linken unteren Feld aufgeführt werden, wird in beiden Bereichen die **hauptsächliche** Arbeit durch die Koordination übernommen. Sie wird aber durch weitere bilaterale und multilaterale Formen der Zusammenarbeit unterstützt.

Lediglich bei drei Lokalen Allianzen ist sowohl die operative und als auch die institutionelle Zusammenarbeit hauptsächlich multilateral organisiert und man kann anhand der Angaben im Fragebogen schlussfolgern, dass es sich hier um Netzwerke handelt (Abbildung 40, Feld rechts oben). Erkennbar ist auch, dass es keine Lokalen Allianzen gibt, die ihre operative Arbeit multilateral organisieren, die institutionelle Arbeit dann aber durch die Koordination oder bilateral übernommen wird. Dieser Befund deckt sich auch mit den Ergebnissen der Fallstudien. Wenn auf operativer Ebene multilaterale Zusammenarbeit vorherrscht, dann gelingt dies erst recht auf strategischer, d. h. institutioneller Ebene.

Mit der Beschreibung der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit auf operativer und institutioneller Ebene ist ein Instrument entwickelt worden, Arbeitsformen, wie sie auch in den Fallstudien beobachtet wurden, über einen Fragebogen zu erfassen. Es wird dabei deutlich, dass Lokale Allianzen vor allem auf institutioneller Ebene multilateral zusammenarbeiten. Auf operativer Ebene ist die bilaterale Zusammenarbeit deutlich stärker ausgeprägt. Am häufigsten übernimmt jedoch die Koordination den Hauptteil der

operativen Arbeit. Deren Bedeutung für die Arbeit der Lokalen Allianzen wird in der Befragung noch stärker hervorgehoben als in den Fallstudien. Demgegenüber tritt im Vergleich mit den Fallstudien die Bedeutung der bilateralen Zusammenarbeit, insbesondere auf institutioneller Ebene zurück. Möglicherweise wird dieses Ergebnis dadurch befördert, dass sich die dritte Befragung nur an die Koordination richtete und diese die eigene Rolle und Bedeutung für die Arbeit der Lokalen Allianzen besonders betont. Die Fallstudien konnten dagegen verschiedene Partnerperspektiven bei der Beschreibung der Zusammenarbeit berücksichtigen (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Die Formen der Zusammenarbeit scheinen nicht davon abhängig zu sein, auf welchen Sozial- bzw. Wirkraum sie sich beziehen (vgl. Abschnitt 3.3). Es ist auch nicht erkennbar, dass die Bewertung der vorhandenen Ressourcen oder des Erfolgs der Arbeit der Lokalen Allianzen mit der Art der Zusammenarbeit korreliert. Dafür ist die Zahl der ausgewerteten Fragebögen zu gering. Trotzdem überrascht die sich aus der Befragung ergebene starke Dominanz der Koordination in den Lokalen Allianzen. Sie übernimmt nicht nur die Netzwerkkoordination, sondern ist sehr stark in die Organisation und Umsetzung der Teilhabe- und Unterstützungsangebote eingebunden oder übernimmt diese Arbeit sogar allein. Durch die Begleitung der Lokalen Allianzen bei der Stärkung multilateraler Zusammenarbeit könnte die Koordination entlastet werden, so dass sie sich stärker auf ihre koordinierende Tätigkeit fokussieren kann. Dies würde auch den längerfristigen Bestand der Lokalen Allianzen unterstützen.

5.2.6 Nachhaltigkeit

Werden über eine Bundesförderung Strukturen aufgebaut, so sollen diese nach Beendigung der Förderung weiterbestehen. Die Lokalen Allianzen wurden daher in der dritten Befragung gefragt, wie es nach dem Auslaufen der Bundesförderung für sie weitergehen soll.

Abbildung 41: Entwicklung der Lokalen Allianz nach Ende der Bundesförderung

Beschreibung der weiteren Arbeit	Anzahl	Prozent
Die Lokale Allianz wird bestehen bleiben und ihre Arbeit fortsetzen.	8	23,53 %
Die Lokale Allianz wird bestehen bleiben und ihre Arbeit teilweise fortsetzen.	8	23,53 %
Die Lokale Allianz wird nicht bestehen bleiben. Ihre Arbeit wird (teilweise) durch Projektpartner fortgesetzt.	5	14,71 %
Die Lokale Allianz wird nicht bestehen bleiben. Ihre Arbeit wird nicht fortgesetzt.	1	2,94 %
Wir wissen noch nicht, ob die Lokale Allianz bestehen bleiben oder ihre Arbeit fortgesetzt werden kann.	12	35,29 %
Gesamt	34	100,00 %

Wie Abbildung 41 aufzeigt, rechnete lediglich eine Lokale Allianz nicht damit, ihre Arbeit fortsetzen zu können, weil die finanziellen Mittel dafür fehlen. Über ein Drittel konnte aber auch noch nicht sagen, ob die Arbeit fortgesetzt werden kann, darunter fünf Lokale Allianzen der dritten Förderwelle, denen zum Zeitpunkt der Befragung noch drei Monate blieben, diesen Punkt zu klären. Bei fünf Lokalen Allianzen sollten Angebote weitergeführt werden, aber nicht durch die Lokale Allianz, sondern durch andere Partner

5. Online-Befragung

oder auch bereits länger bestehende Netzwerke. Teilweise wurde dazu erläutert, dass dies bereits von Beginn an so geplant gewesen war und die Bundesförderung lediglich der Entwicklung der Angebote diente. Eine Antwort verwies auf Probleme durch Personalwechsel.

Abbildung 42: Weiterfinanzierung nach Ende der Bundesförderung (n=28)

Art der angedachten Weiterfinanzierung	Anzahl
Die Finanzierung ist noch nicht geklärt.	20
Die Lokale Allianz soll durch die Kommune finanziert werden.	6
Die Finanzierung soll durch die Pflegekassen nach § 45c SGB XI erfolgen.	4
Partner der Lokalen Allianz sollen die Finanzierung übernehmen.	4
Die Finanzierung soll durch die Pflegekassen, aber auf anderer gesetzlicher Grundlage, erfolgen.	1
Sonstiges	2

Außerdem wurden die Lokalen Allianzen gefragt, wie die weitere Finanzierung angedacht ist, falls es weitergehen soll. Beim überwiegenden Teil, nämlich 20 von 28 Lokalen Allianzen, ist die Weiterfinanzierung der Arbeit noch nicht geklärt (vgl. Abbildung 42). Davon haben 17 Lokale Allianzen auch noch keine Vorstellung, wie eine weitere Finanzierung aussehen könnte. Insgesamt haben elf eine oder auch mehrere Finanzierungsquellen angeben, die den Weiterbestand der Lokalen Allianz sichern sollen oder könnten. Dabei ist die Kommune der wichtigste Geldgeber (sechsmal), gefolgt durch eine Förderung durch die Pflegekassen nach § 45c Abs. 9 SGB XI (viermal). Genauso häufig wird angegeben, dass Partner der Lokalen Allianz die Finanzierung übernehmen werden. Eine Lokale Allianz (unter Sonstiges) gibt an, dass sie sich auf eine Förderung durch einen Landesfond bewerben möchte.

Die Auswertung zeigt, dass die Fortsetzung der Arbeit der Lokalen Allianzen nach dem Auslaufen der Bundesmittel keineswegs sicher ist. Die weitere Finanzierung ist ungewiss. Trotz starker Werbung für eine Weiterförderung durch die Pflegekassen, sind die Lokalen Allianzen bzgl. einer Antragstellung zurückhaltend. Ansätze auf Landesebene wie in Rheinland-Pfalz, wo die Landesfachstelle für Demenz Lokale Allianzen bei der Beantragung der Folgefinanzierung aktiv unterstützt und dafür Strategien entwickelt, könnten ein Weg sein, die Folgefinanzierung und damit auch den Bestand Lokaler Allianzen zu sichern.

6. Zusammenfassung und Diskussion

Das Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz hat das Ziel, die Lebenssituation und Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sollen im Alltag entlastet und unterstützt werden – durch Erstbegleitung, Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfegruppen, Betreuungsgruppen, Besuchsdienste und vor allem durch eine Förderung der Teilhabe an der Gemeinschaft. Um entsprechende niedrigschwellige Angebote zu schaffen und auszubauen, setzt das Bundesprogramm insbesondere auf die Zusammenarbeit von Akteuren aus Pflege, Gesundheits- und Sozialwesen in „lokalen Allianzen“. Nun ist die Frage zu beantworten, ob die skizzierten Ziele des Bundesprogramms erreicht wurden und wie der Stand der Zielerreichung zu bewerten ist. Um die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, werden im Folgenden die Erkenntnisse der verschiedenen Erhebungen (Online-Befragungen, Dokumentation von Demenznetzwerken, Fallstudien) zusammengefasst und verknüpft. Dazu wird zum einen erörtert, inwieweit die Angebote für die Zielgruppe in der Region ausgebaut wurden und zum anderen nachgezeichnet, wie Vernetzung in den Lokalen Allianzen ausgestaltet wurde und inwieweit die Form der Vernetzung zur Zielerreichung beigetragen hat. Um die Resultate zu bewerten, wird auch diskutiert, welche Übereinstimmungen und Unterschiede mit Blick auf die Bestandsaufnahme bisheriger Evaluationen von Demenznetzwerken festzustellen sind (siehe Kapitel 2).

6.1 Ausbau von Unterstützung und Teilhabe

Den Lokalen Allianzen ist es gelungen, konkrete Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen auszubauen oder neu zu schaffen. Dabei spielt die Öffentlichkeitsarbeit eine zentrale Rolle, um über Demenz zu informieren, aufzuklären, zu sensibilisieren und die eigene Arbeit bekannt zu machen. 83 Prozent der Allianzen nutzten dafür vor allem einfache Kommunikationsmittel wie Flyer, Postkarten und Vorträge. Schulungs- und Teilhabeangebote sind laut Online-Befragung ebenfalls sehr wichtig. Angebote zur Freizeitgestaltung und kulturelle Aktivitäten wurden von der Mehrheit der Lokalen Allianzen umgesetzt, darunter Singen, Wandern, Tanzen sowie Kino- und Museumsbesuche. Begegnungsangebote, wie regelmäßige Treffen im Café oder Stadtteiltreffen, sind ebenfalls sehr häufig. Angebote für Angehörige sind seltener und umfassen vor allem Betreuungs- und Selbsthilfegruppen, aber auch Schulungen.

Wie die Ergebnisse der Online-Befragungen zeigen auch die Fallstudien, dass das Ziel des Bundesprogramms, niedrigschwellige Unterstützungsangebote und insbesondere soziale Teilhabe auszubauen, erreicht werden konnte. Die Schaffung von Teilhabeangeboten für Menschen mit Demenz und von Unterstützungsangeboten für ihre Angehörigen zählte an fünf Fallstudien-Standorten (darunter alle vier kreisangehörigen Gemeinden) zu den Hauptaktivitäten der jeweiligen Lokalen Allianz. Zu den Teilhabeangeboten sind Bewegungsangebote (für Menschen mit und ohne Demenz), inklusive Angebote zur Durchführung unterschiedlicher Freizeitaktivitäten (z. B. Wanderungen, Ausflüge, Veranstaltungen) sowie „Cafés“ und Betreuungsgruppen zu zählen, die ein Zusammensein bei Kaffee und Kuchen z. B. mit Brettspielen, Singen, Basteln, Gedächtnistraining, Ausflügen usw. kombinieren. Die Durchführung von Teilhabeangeboten wurde in diesen fünf Lokalen Allianzen tatkräftig von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern unterstützt. Drei weitere Lokale Allianzen in den kreisfreien Städten haben schon vorhandene Teilhabeangebote ausgebaut und ausdifferenziert. Der Schwerpunkt der Arbeit dieser drei Lokalen Allianzen sowie der im Landkreis galt aber der Information und Aufklärung der Bevölkerung. Dazu wurden vielfältige Aktivitäten entfaltet und neben üblichen Formen der Öffentlichkeitsarbeit wie Informationsveranstaltungen und Informationsständen auch verstärkt besondere Formate wie Ausstellungen, Musikveranstaltungen

6. Zusammenfassung und Diskussion

oder Filmvorführungen genutzt. Insbesondere diese ungewöhnlichen Formate dienten dazu, einen „anderen“ Blick auf Demenz zu werfen. Bei diesen Aktivitäten zur Information und Aufklärung der Öffentlichkeit kamen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer selten zum Einsatz.

Im Vergleich zu anderen Demenznetzwerken (vgl. Abschnitt 2.2) zeigt sich, dass die Aktivitäten der untersuchten Lokalen Allianzen allesamt breit ansetzen und auf Ausbau und Differenzierung der sozialen Infrastruktur zur Entlastung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gerichtet waren. Ansätze der (integrierten) Versorgung, z. B. die Einrichtung eines Versorgungspfads oder von Case Management, die in anderen evaluierten Demenznetzwerken (siehe Bestandsaufnahme in Abschnitt 2.2) ein Hauptergebnis der Aktivitäten waren, standen in keiner der untersuchten Lokalen Allianzen auf der Agenda. Das ist darauf zurückzuführen, dass Teilhabe im Fokus des Bundesprogramms steht. Tatsächlich ist es den Lokalen Allianzen gelungen, die Aufmerksamkeit viel stärker als die meisten Demenznetzwerke, die in die Bestandsaufnahme einbezogen waren, auf Fragen der Teilhabe der Zielgruppe am Leben in der Gemeinschaft zu lenken und vor Ort entsprechende Angebote zu machen.

Allerdings wird aus drei der in den Fallstudien untersuchten Lokalen Allianzen berichtet, dass sich die Einrichtung, an der die Netzwerkkoordination der Lokalen Allianz angesiedelt wurde, im Projektverlauf mehr und mehr zu einer Anlaufstelle (weiter-)entwickelte, an die sich Angehörige von Menschen mit Demenz mit allen ihren Fragen und Anliegen wenden und von der sie bei entsprechender Nachfrage ggf. an fachlich einschlägige Einrichtungen weitervermittelt werden, also auch an Einrichtungen zur Versorgung und Behandlung, wenn nötig. Dies betrifft drei kreisangehörige Gemeinden, die der Aufbau von bilateralen Kooperationen offenbar dazu gebracht hat, zumindest Aufgaben der **fallbezogenen** Koordination verstärkt zu übernehmen.

6.2 Bilaterale und multilaterale Kooperation

Die Einrichtung einer Lokalen Allianz hat an den Standorten der Fallstudien dazu beigetragen, die „Vernetzung“ in der Region zu verbessern. Vernetzung ist in diesem Bericht als Oberbegriff für verschiedene Formen der Zusammenarbeit zu verstehen: bilaterale Kooperation zwischen zwei Partnern einerseits und multilaterale Kooperation zwischen mehreren Partnern andererseits. Dabei können beide Formen der Kooperation prinzipiell operativ (z. B. Durchführung einer Aktivität) oder institutionell (z. B. Planung von Aktivitäten) ausgerichtet sein. Abgesehen von der Lokalen Allianz in der kreisangehörigen Gemeinde 2, die keine Kooperationen aufgebaut hat, sind somit zwei Gruppen von Lokalen Allianzen voneinander zu unterscheiden:

- Gemeinsam ist den Lokalen Allianzen in den drei kreisangehörigen Gemeinden, dass die Kooperation dort grundsätzlich auf **bilateraler** Grundlage erfolgte, also immer zwischen dem Träger der Lokalen Allianz und einem der Partner stattfand. Dabei waren die Partner in zwei Gemeinden nur in die Durchführung von Angeboten einbezogen, in der dritten Gemeinde gab es auch regelmäßige Planungstreffen, um Ideen für das weitere gemeinsame Vorgehen in der Gemeinde zu entwickeln.
- Demgegenüber arbeiteten die Lokalen Allianzen beim Landkreis und bei den kreisfreien Städten in **multilateralen** Kooperationen, in die mehrere Partner gleichermaßen einbezogen sind, um die Netzwerkarbeit gemeinsam zu planen und in einzelnen Arbeitsvorhaben in kleinerer Besetzung umzusetzen. Dabei wurden strategische Planung und Konzeptionierung der Netzwerkarbeit bei zwei Lokalen Allianzen in „Kernteams“ mit ausgewählten Partnern durchgeführt, wohingegen bei

den anderen beiden Lokalen Allianzen alle Partner im Rahmen der Netzwerktreffen daran mitwirkten.

Um eine multilaterale Kooperation zum Erfolg zu führen, war in den betreffenden vier Lokalen Allianzen vor allem die Projektkoordination gefordert. Neben der Organisation der Arbeitsabläufe kam vor allem der Aufgabe der Moderation der Kommunikation und Interaktion zwischen den Partnern eine herausragende Bedeutung zu. Denn es musste immer wieder an Ziele und Planungen angeknüpft und über Inhalte diskutiert werden, damit Zusammenhalt und Vertrauen wachsen konnten. Dann hat auch „Teamwork“ funktioniert und praktische Arbeitsvorhaben konnten umgesetzt werden.

Was waren die Effekte der Kooperation in den untersuchten Lokalen Allianzen? Alle Lokalen Allianzen haben neue Angebote zur Unterstützung, Entlastung und Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen geschaffen oder erweitert sowie Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit ausgebaut. Die Lokalen Allianzen haben somit zu einem Ausbau der sozialen Infrastruktur im lokalen Raum beigetragen. Unterschiede deuten sich bei der Nachhaltigkeit an. Bei Standorten mit bilateraler Kooperation werden mit großer Wahrscheinlichkeit nur einige der neu geschaffenen Angebote fortgeführt. Ein weiterer Teil der Angebote wird hingegen eingestellt, weil die Ressourcen zur Durchführung nach Ablauf der Förderung fehlen werden. Die Beantragung neuer Fördermittel ist wegen des damit verbundenen organisatorischen Aufwands nicht geplant. Hingegen werden die Lokalen Allianzen an Standorten mit multilateraler Kooperation ihre Aktivitäten fortsetzen und haben dazu bereits neue Fördermittel akquiriert. Mit multilateraler Kooperation scheint somit eine größere Chance verbunden zu sein, die neu geschaffenen Strukturen und Angebote auch auf Dauer zu sichern. Auch einige Ergebnisse der Evaluation des Bundesprogramms der Jahre 2012 bis 2018 deuten in diese Richtung. Dort hatten „formalisierte Netzwerke“ mit multilateraler Kooperation eine leicht höhere Nachhaltigkeitsquote (vgl. Bartsch et al. 2020: 38).

Der Vergleich mit evaluierten Demenznetzwerken (vgl. Abschnitt 2.2) stützt die Vermutung, dass die konkrete Ausgestaltung der multilateralen Zusammenarbeit für den Fortbestand des Netzwerks und seiner Leistungen essenziell ist. Die im Rahmen von Evaluationen befragten Partner und anderen Beteiligten verweisen wie die im Rahmen der Fallstudien befragten Expertinnen und Experten auf die hohe Bedeutung von persönlichen Kontakten und den Aufbau von tragfähigen Beziehungen. Vor allem in der Arbeit an gemeinsamen Vorhaben entstehen Vertrauen und Verbindlichkeit, die wiederum die Voraussetzung für eine weitere Zusammenarbeit bilden.

Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse der Fallstudien sind die Lokalen Allianzen der dritten und vierten Förderwelle in einer Online-Befragung spezifischer zur Organisation der Zusammenarbeit befragt worden. Die meisten Lokalen Allianzen geben an, dass die operative Arbeit überwiegend durch Einzelpersonen, in der Regel durch die Projektkoordination, erledigt wird. Immerhin rund die Hälfte der befragten Lokalen Allianzen setzen einzelne ihrer Vorhaben auch im Rahmen von bilateraler Zusammenarbeit mit Partnern um. Nur vereinzelt wird in Formaten mit mehreren Partnern gearbeitet, um eine konkrete Aktivität umzusetzen. Auch Aufgaben der Planung und strategischen Ausrichtung der (institutionellen) Netzwerkarbeit werden in hohem Maße durch die Projektkoordination geleistet. Jedoch werden öfter auch Formen der multilateralen Kooperation praktiziert, um solche institutionellen Aufgaben zu bearbeiten. Knapp die Hälfte der Lokalen Allianzen gibt an, dass Reflexion und Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit vor allem in Zusammenarbeit mit anderen Partnern stattfinden.

Sowohl die Online-Befragung als auch die Fallstudien verweisen darauf, dass die Projektkoordinationen zu einem großen Teil sowohl operative als auch institutionelle Aufgaben der Lokalen Allianzen bearbeitet haben. Bei der Umsetzung der operativen Arbeit spielte bilaterale Zusammenarbeit mit einem Partner zumindest in einer relevanten Gruppe von Lokalen Allianzen eine gewisse Rolle. Wenn die institutionelle Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit angegangen wurde, dann beteiligten sich in einigen Allianzen auch mehrere oder alle Partner. Zumindest die multilaterale Zusammenarbeit scheint somit nur in einer Minderheit von Lokalen Allianzen praktiziert zu werden. Dementsprechend arbeitete nur dieser kleine Teil der Lokalen Allianzen als Netzwerk, so wie es im GIZ-Leitfaden definiert wird (vgl. Gajo et al. 2013).

Dass die Arbeit als Projektkoordination mit hohen Anforderungen und auch einem hohen Arbeitsaufwand verbunden ist, zeigen Ergebnisse der Online-Befragung. Für einen großen Teil der Projektkoordinationen war mit dieser Tätigkeit ein Aufwand verbunden, der mehr oder weniger deutlich über dem erwarteten Arbeitsanfall lag. Über einen hohen Aufwand haben auch die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner im Rahmen der Fallstudien ausführlich berichtet. An den Standorten mit bilateraler Kooperation hatte das damit zu tun, dass die Projektkoordinationen dort die neuen Angebote nicht nur organisiert, sondern sie (teilweise) auch selbst durchgeführt haben. An den Standorten mit multilateraler Kooperation resultierte der hohe Arbeitsaufwand aus den vielfältigen und hohen Anforderungen an die Steuerung der institutionellen und operativen Zusammenarbeit mit mehreren Partnern. Neben Organisation war vor allem Moderation gefragt, um eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre zu schaffen, immer wieder Impulse zu geben und am Ende gemeinsame Ziele aushandeln zu können.

6.3 Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit

Wie es nach dem Ende der Förderung weitergeht, ob neue Angebote und die geschaffenen Kooperationen fortgeführt werden können – diese Fragen haben sich auch die Partner der evaluierten Demenznetzwerke (siehe Bestandsaufnahme in Abschnitt 2.2) immer wieder gestellt. Diese Fragen waren in den ausgewerteten Projekten auch oft Anlass für Blockaden und Konflikte im Verlauf der Netzwerkarbeit. Und am Ende der Laufzeit waren in vielen Projekten nur Teillösungen gefunden worden. Deswegen ist es nur folgerichtig, dass im Bundesprogramm an die Lokalen Allianzen auch das Ziel ausgegeben wurde, für Nachhaltigkeit zu sorgen, so dass die neu geschaffenen Angebote und Kooperationen möglichst dauerhaft in die lokale Infrastruktur integriert werden können.

Wie die Analysen zur regionalen Verbreitung von Demenznetzwerken und Lokalen Allianzen zeigen, ist die langfristige Etablierung von Demenznetzwerken bisher nur teilweise gelungen. Das liegt möglicherweise daran, dass die Förderung von Netzwerkstrukturen in der Regel bei den Landkreisen ansetzt, diese sich aber sehr voneinander unterscheiden, sowohl was deren Fläche und als auch deren Bevölkerungszahl betrifft. Netzwerke, die langfristig Menschen mit Demenz in ihrem Sozialraum erreichen wollen, müssen diese Bedingungen berücksichtigen und unterschiedlich ansetzen, auch um nachhaltige Strukturen aufzubauen.

Die Ergebnisse der Fallstudien deuten aber, wie ausgeführt, darauf hin, dass Lokale Allianzen mit multilateraler Kooperation eine größere Chance haben, ihren Fortbestand zu sichern, als Lokale Allianzen, die auf bilaterale Kooperationen setzen (und den umfänglichen Einsatz der Projektkoordination bei der operativen Arbeit). Die Lokalen Allianzen an allen vier Standorten mit multilateraler Kooperation hatten am Ende der Projektlaufzeit eine Weiterfinanzierung durch die Kommune oder durch die Pflegekassen erreicht oder vorbereitet. An drei Standorten hatten die Lokalen Allianzen zu diesem Zeitpunkt auch eine strategische

Planung entwickelt, also diskutiert, wie es weitergehen soll, welche Aktivitäten aufgegeben, beibehalten oder dazu kommen sollen und welche neuen Partner geworben werden sollen. Am vierten Standort hatte sich die Lokale Allianz darauf eingestellt, die meisten Aktivitäten möglichst beizubehalten, ggf. aber etwas einzuschränken. Drei der vier Lokalen Allianzen mit multilateraler Kooperation standen von Anfang in enger Verbindung mit kommunalen Stellen oder Diensten. Dabei wurde der Kontakt zur kommunalen Sozial- bzw. Altenhilfeplanung im Laufe der Zeit intensiviert. In diesen drei Kommunen (Landkreis, zwei kreisfreie Städte) wurde schon länger eine aktive Altenpolitik verfolgt. Am vierten Standort waren alle diese günstigen Rahmenbedingungen allerdings nicht gegeben. Hier wurde die Lokale Allianz sogar gegen die anfänglichen Widerstände der Kommune durchgesetzt.

Der Plan von drei der vier Lokalen Allianzen mit bilateraler Kooperation war es am Ende der Projektlaufzeit, zumindest einige der neu geschaffenen Teilhabeangebote fortzuführen, sofern nur geringe Kosten anfallen oder das Angebot von einer Einrichtung übernommen wird. Von manchen Angeboten, die weitergeführt werden sollten, war zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht klar, wie die Finanzierung gesichert werden kann. Es zeichnete sich somit ab, dass einige der neu entwickelten Ansätze wieder aufgegeben werden müssen. Diese drei Lokalen Allianzen wurden nicht sehr aktiv von den kommunalen Entscheidungsträgern unterstützt. Am Standort der vierten Lokalen Allianz war das anders. Dort hatte die Kommune die Lokale Allianz von Anfang an aktiv unterstützt und hatte auch vor, dies weiter zu tun. Lokale Allianzen mit bilateralen Kooperationen wollten also zumindest einen Teil ihrer Aktivitäten fortsetzen, aber die weitere Finanzierung war oft noch ungewiss.

Die Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit sicherzustellen, erweist sich somit als sehr große Herausforderung. Es gelingt offenbar vielen Lokalen Allianzen nicht, für eine Fortsetzung ihrer Arbeit zu sorgen. Es müssen schon mehrere günstige Faktoren zusammenkommen, damit dies gelingen kann.

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Um die Ergebnisse der Evaluation des Bundesprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ einzuschätzen, wurden im vorherigen Kapitel insbesondere die neu geschaffenen Angebote und Aktivitäten, die realisierten Formen der Kooperation, die Arbeit der Projektkoordination und die Weiterentwicklung der Netzwerke nach Förderende (Nachhaltigkeit) in den Blick genommen und eingeordnet. Es zeigte sich:

- dass es den Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz gelungen ist, neue Angebote zur Unterstützung und zur sozialen Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu schaffen oder auszubauen sowie Information und Aufklärung der Öffentlichkeit zu intensivieren;
- dass die neuen Teilhabeangebote geschätzt werden, wenn sie von der Zielgruppe genutzt werden;
- dass die Lokalen Allianzen „Vernetzung“ vor Ort vorangebracht haben – sie wird überwiegend in Form von bilateraler Zusammenarbeit realisiert, wohingegen Netzwerke nicht stark verbreitet sind und es gibt auch Lokale Allianzen ohne Vernetzungsstrukturen;
- dass die Arbeit der Projektkoordinationen von herausragender strategischer Bedeutung für eine erfolgreiche Netzwerkentwicklung ist, aber oft „nebenher“ erledigt werden muss;
- dass es einem Teil der Lokalen Allianzen gelingt, eine Anschlussperspektive für die Zeit nach dem Ende der Förderung durch das Bundesprogramm zu organisieren und zumindest einige der neu geschaffenen Angebote zur Unterstützung und Teilhabe fortzuführen.

Auf der Grundlage dieser Einschätzungen werden folgende Handlungsempfehlungen für die unterschiedlichen Aufgaben abgeleitet:

7.1 Fortführung der Angebote zur Unterstützung und Teilhabe

Ein großer Teil der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz hat sich darauf konzentriert, Angebote zur Unterstützung und Teilhabe von Menschen mit Demenz zu überarbeiten, auszubauen oder sogar neu zu schaffen. Es wurden inklusive Bewegungsangebote (für Menschen mit und ohne Demenz) sowie inklusive Angebote zur Durchführung unterschiedlicher Freizeitaktivitäten (z. B. Wanderungen, Ausflüge, Veranstaltungen) geschaffen. Es wurden Erzählcafés, Kulturcafés, Erinnerungscafés u.Ä. neu aufgebaut oder verändert oder ausgebaut. Bei einem „Café“ handelt es sich, ungeachtet des konkreten Namens, in der Regel um ein Angebot, das der Begegnung, dem Austausch und der Geselligkeit dient und verschiedene Aktivitäten integriert. Ein Zusammensein bei Kaffee und Kuchen wird mit Spielen, Singen, Malen, Basteln, Kochen, Gedächtnistraining, Ausflügen und ggf. weiteren Aktivitäten kombiniert. Betreuungsgruppen funktionieren in vergleichbarer Weise. Zudem wurden Angehörigengruppen aufgebaut, die an einigen Standorten bewusst zeitlich so koordiniert sind, dass die demenziell erkrankte Person eine Betreuungsgruppe oder ein Café besuchen kann, während der oder die Angehörige zu derselben Zeit an der Selbsthilfegruppe teilnimmt. Dies erspart es den Angehörigen, eine Betreuung organisieren zu müssen, so dass sie eine Angehörigengruppe (oder ein anderes Angebot) ohne schlechtes Gewissen und ohne Zeitdruck besuchen können, wie die betroffenen Personen in den Interviewgesprächen hervorgehoben haben.

Vor allem die Angehörigen, mit denen offene Interviews geführt wurden, aber auch die befragten Fachkräfte geben an, dass die Teilhabeangebote gut ankommen und gerne wahrgenommen werden, wenn sie denn besucht werden. Dann werden schöne Erlebnisse und Erfahrungen geschildert, der Austausch mit „Gleichgesinnten“ hervorgehoben und die angenehme Atmosphäre gelobt. Nutzerinnen und Nutzer profitieren also von den Angeboten.

Immer wieder wird allerdings auch erwähnt, dass es (sehr) schwierig ist, die Zielgruppe zu erreichen. So erzählen Fachkräfte, dass es nicht ausreicht, einen Aushang zu machen oder eine Information in Print- oder Onlinemedien zu schalten. Vor allem im ländlichen Umfeld gibt es nach wie vor eine große Scheu, sich als Angehöriger eines Menschen mit Demenz zu „outen“. Wenn inklusive Angebote für Menschen mit und ohne Demenz beschrieben werden, zeigt sich, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen oft nur in geringer Zahl vertreten sind. Auch die befragten Angehörigen berichten über vielerlei Hemmnisse beim Zugang zu Unterstützung, etwa die eigene Scham, die Unübersichtlichkeit der Angebote und Hilfen oder der organisatorische Aufwand, um an Angeboten teilnehmen zu können.

Für die Weiterentwicklung von Angeboten zur Teilhabe und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen erscheint es ratsam, den **Zugang** zu Teilhabe- und Unterstützungsangeboten noch stärker in den Blick zu nehmen und die Ansätze der Niedrigschwelligkeit weiterzuentwickeln. Folgende Schritte sind denkbar:

- Information und Aufklärung sollten fortgesetzt, angepasst und ggf. intensiviert werden. Verständliche und differenzierte Informationen über eine demenzielle Erkrankung und die soziale Infrastruktur vor Ort sind die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Angeboten durch die Betroffenen. Im Rahmen der Evaluation des Bundesprogramms zeigte sich, dass mit Hilfe von Kampagnen, Ausstellungen und Filmen eine gewisse Aufmerksamkeit für das Thema erzeugt werden kann, zumindest im städtischen Raum, und dass im ländlichen Raum auf etablierten Wegen über die Durchführung einzelner Angebote informiert wird (z. B. in den Amts- und Gemeindeblättern). Sehr viel weniger verbreitet scheinen integrierte Formen der Information „aus einer Hand“ zu sein, die sich gleichermaßen auf die Krankheit, mögliche Leistungsansprüche, die Infrastruktur vor Ort, Fallbeispiele und Ähnliches mehr beziehen. Websites oder Demenzwegweiser etwa gehören nicht regelhaft zum Repertoire der untersuchten Lokalen Allianzen. An einigen Standorten haben sich aber – ungeplant – „Anlaufstellen“ herausgebildet, um einer entsprechenden Nachfrage auf Seiten der Betroffenen gerecht zu werden. Solche integrierten Formen der Information und Aufklärung sollten gestärkt werden. Um deren Implementation vor Ort zu erleichtern, könnte es hilfreich sein, durch die Netzwerkstelle „Prototypen“ zur Verfügung zu stellen, die an die lokalen Verhältnisse angepasst werden können.
- Es ist für die Angehörigen wegen ihrer vielfältigen Verpflichtungen oft mit hohem Organisationsaufwand verbunden, eine Teilnahme an Angeboten zu ermöglichen, sei es die des erkrankten Angehörigen oder die eigene. Die zeitliche Koordination von Angeboten, die sich einerseits an die Betroffenen und andererseits an ihre Angehörigen richten, ist eine Möglichkeit, den Zugang zu Angeboten zu erleichtern. Einige der Befragten betonten auch, dass sie Angebote eher in Anspruch nehmen, wenn eine gemeinsame Teilnahme möglich ist, weil dann der organisatorische Aufwand und auch der emotionale Stress geringer ausfallen. Es wäre wünschenswert, an weiteren organisatorischen Lösungen zu arbeiten, die den Aufwand für die Angehörigen begrenzen.

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Vorbehalte, Scham und Scheu der demenziell erkrankten Personen und der Angehörigen scheinen vor allem im ländlichen Umfeld noch stark verbreitet zu sein. Dementsprechend stellt es auf Seiten der Anbieter eine große Herausforderung dar, diese Zielgruppe zu erreichen. Neben Information und Aufklärung ist es offenbar erforderlich, die Betroffenen immer wieder zu ermutigen, Unterstützung tatsächlich in Anspruch zu nehmen bzw. an Kursen, Cafés oder Freizeitaktivitäten tatsächlich teilzunehmen (Empowerment). Hierbei scheint der direkte Kontakt mit anderen Betroffenen, aber auch der mit Fachkräften hilfreich zu sein. Sie können Überzeugungsarbeit leisten, immer wieder ermutigen und den Start in ein Angebot begleiten. Die Herausforderung besteht darin, Gelegenheiten zu schaffen oder zu vermehren, die eine gewisse Chance beinhalten, dass Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mit anderen Betroffenen und mit Fachkräften ins Gespräch kommen. Dies scheint z. B. in den Mehrgenerationenhäusern der Fall zu sein. In den Interviews wird mehrfach davon berichtet, dass im Rahmen von Angeboten, die sich an Seniorinnen und Senioren im Allgemeinen richten, immer wieder auch Menschen angetroffen werden, die demenziell erkranken. In diesem ihnen vertrauten Rahmen ist es eher möglich, das Gespräch miteinander zu suchen. Das gilt auch für andere Angebote und Formate, die sich allgemein an ältere Menschen richten und regelmäßig stattfinden. Hilfreich wäre es, wenn im Rahmen solcher Angebote für Seniorinnen und Senioren grundsätzlich eine gewisse „Demenzsensibilität“ gegeben ist, die es erlaubt, gut mit den betroffenen Personen umzugehen und Vertrauen aufzubauen.
- In offenen Interviews mit Nutzerinnen und Nutzern von Angeboten (nicht nur im Bereich von Demenz) wird immer wieder berichtet, dass die Betreffenden durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ von einem Angebot erfahren haben und ermutigt wurden, die gebotene Unterstützungsmöglichkeit zu nutzen. Mund-zu-Mund-Propaganda verknüpft somit Information mit Ermutigung und erleichtert den Zugang. Damit Mund-zu-Mund-Propaganda in Gang kommen und sich auswirken kann, braucht es Zeit. Es ist davon auszugehen, dass sich Informationen über Teilhabeangebote desto mehr verbreiten, je länger das Angebot existiert. Das bedeutet, dass die Sicherstellung der dauerhaften Existenz von Angeboten auch eine Bedingung für einen verbesserten Zugang ist.

7.2 Weiterentwicklung von Vernetzung

Die Ergebnisse der Evaluation legen den Schluss nahe, dass die Mehrheit der Lokalen Allianzen die Vernetzung vor Ort verbessern konnte, zumindest im Förderzeitraum. An den einzelnen Standorten sind allerdings unterschiedliche Formen der Vernetzung realisiert worden. An vielen Standorten konzentrierte sich der Aufbau von Vernetzung darauf, bestehende bilaterale Kooperationen zu erweitern oder neue bilaterale Kooperationen aufzubauen. Nur an einer kleinen Minderheit von Standorten wurden multilaterale Kooperationen praktiziert und „formalisierte“ Netzwerke aufgebaut. Beide Formen der Vernetzung haben dazu beigetragen, die lokale soziale Infrastruktur für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu verbessern. Angebote zur Unterstützung und sozialen Teilhabe wurden sowohl im Rahmen von bilateraler Kooperation als auch im Rahmen von Netzwerken geschaffen. Beide Formen der Vernetzung haben somit zur Erreichung eines der zentralen Ziele des Bundesprogramms beigetragen. Das gilt auch für Lokale Allianzen ohne Vernetzungsstrukturen.

Allerdings gibt es starke Hinweise darauf, dass Lokale Allianzen mit multilateraler, „formalisierte“ Kooperation eine größere Chance beinhalten, die für die Zielgruppe geschaffene Infrastruktur über den Förder-

zeitraum hinaus zu sichern und zudem an deren strategischer Fortentwicklung zu arbeiten. Lokale Allianzen mit bilateraler Kooperation haben in der Regel vor, nur einzelne Angebote fortzuführen, die bei einem Partner angesiedelt werden können. Ob diese Angebote finanziell auf Dauer gesichert sind, bleibt offen. Die Frage, inwieweit das Ziel des Bundesprogramms erreicht werden kann, die neue Infrastruktur auch längerfristig abzusichern, muss also differenziert beantwortet werden.

Wie ausgeführt, haben viele Lokale Allianzen vor allem bilaterale Kooperationen dazu genutzt, die gewünschten Angebote zur Unterstützung und Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen einzurichten und somit dazu beigetragen, dieses Ziel des Bundesprogramms zu erreichen. Das Vorgehen war oft pragmatisch, insofern an bestehenden Kontakten angeknüpft wurde, um nunmehr neue Aktivitäten zu entfalten. Wenn an bestehenden Kontakten angeknüpft wird, dann entfällt die Notwendigkeit, Arbeitsbeziehungen und Vertrauen aufzubauen. Auch die Tatsache, dass jeweils nur mit einem Partner verhandelt wird, macht es einfacher, ins Arbeiten zu kommen und Aktivitäten zu entfalten. In diesem Sinne kann man bilaterale Kooperationen als eine „niedrigschwellige“ Form der Vernetzung mit weniger hohen Anforderungen an Koordination und Steuerung verstehen. Solche Bedingungen erleichtern es auch, sich gleichzeitig fachlich einzuarbeiten sowie Wissen zu Demenz und Kompetenzen im Umgang mit Betroffenen aufzubauen. Da meist mehrere bilaterale Kooperationen gleichzeitig gestaltet werden müssen, ist das aber insgesamt trotzdem mit einem hohen, zusätzlichen Arbeitsaufwand für die Projektkoordination verbunden, zumal wenn letztere bei der Umsetzung von Angeboten selbst mit anpackt. Es überrascht daher nicht, dass Projektkoordinationen einen solchen Aufwand nicht auf Dauer betreiben können und deshalb einige Angebote mit dem Auslaufen der Förderung auch wieder aufgegeben werden. Dies gilt umso mehr, wenn gar keine Vernetzungsstrukturen vorliegen. Insofern geht die Niedrigschwelligkeit der Vernetzung an dieser Stelle auf Kosten der Nachhaltigkeit der neu geschaffenen Angebote.

Man kann die unterschiedlichen Formen der Kooperation, die realisiert werden, auch als unterschiedliche Stadien oder Stationen der Netzwerkentwicklung verstehen. Wie an verschiedenen Stellen in diesem Bericht ausgeführt wird, unterscheiden sich die Standorte im Blick auf die Ausgangsbedingungen. Es gibt einerseits Lokale Allianzen, die vor Ort vielfach an schon bestehenden Angeboten und Kooperationsstrukturen anknüpfen können, und andere Lokale Allianzen, die mehr oder weniger bei null anfangen müssen, was das Thema Demenz angeht. Daher erscheint es nachvollziehbar, dass nach Ablauf einer bestimmten Frist unterschiedliche Formen der Kooperation realisiert werden, oder anders gesprochen, ein anderes Stadium der Netzwerkentwicklung erreicht wird. Wenn jedoch auch Nachhaltigkeit angestrebt wird, dann spricht einiges dafür, auf multilaterale Kooperation als Endpunkt der Entwicklung hinzuarbeiten. In dieser Perspektive können bilaterale Kooperationen als ein Stand der Vernetzung aufgefasst werden, der mit gezielter Unterstützung zu einem formalisierten Netzwerk mit multilateraler Kooperation weiterentwickelt werden kann.

Für eine gezielte Unterstützung bei der Netzwerkentwicklung erscheint es ratsam, den Stand der Netzwerkentwicklung festzustellen. Vom Stand der Netzwerkentwicklung kann abgeleitet werden, welche weiteren Schritte und Aktionen erforderlich sind, um eine Kooperation weiterzuentwickeln. Der Vergleich der Lokalen Allianzen in den Fallstudien, die multilaterale Kooperation erfolgreich umgesetzt haben, zeigt auf, dass vor allem zwei Aufgaben oder Herausforderungen im Fokus stehen sollten:

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

- Multilaterale Kooperation lässt sich nur erreichen, wenn funktionierende **Arbeitsstrukturen** etabliert werden. Es sind regelmäßige Netzwerktreffen mit allen Partnern erforderlich (institutionelle Ebene der Kooperation). Sie dienen dazu, Arbeitsbeziehungen zu den anderen Partnern aufzubauen, Ziele der Zusammenarbeit zu definieren, die Netzwerkarbeit selbst zu organisieren und die Weiterentwicklung des Netzwerks zu diskutieren. Sobald Arbeitsschwerpunkte und konkrete Aktivitäten festgelegt sind, muss entschieden werden, wie das umgesetzt werden kann, ob z. B. Arbeitsgruppen eingerichtet werden sollen und welche Personen für die Erledigung welcher Aufgaben zuständig sind (operative Ebene der Kooperation). Eine Dokumentation der Netzwerkarbeit ist erforderlich (Protokolle, Newsletter, usw.), damit der Stand der Arbeit von allen Partnern nachvollzogen werden kann.
- Um ein Netzwerk zu etablieren, muss die Netzwerkarbeit mit den Partnern in der Lokalen Allianz organisiert werden. Dies gelingt vor allem mit einer guten **Projektkoordination**, wie die befragten Expertinnen und Experten an den Standorten der Fallstudien immer wieder betont haben. Dabei sind Aufgaben der Organisation, Koordination und Moderation des Netzwerks mit hohen Anforderungen verbunden. Es kann hilfreich sein, die Vielfalt der Aufgaben in Stellenbeschreibungen zu definieren. Zudem sollte die Person, die dieses Amt übernimmt, schon über entsprechende Kompetenzen und Erfahrungen in Projektmanagement verfügen. Gezielte Schulungen oder Coachings können bei der weiteren Kompetenzentwicklung unterstützen. Die komplexen Aufgaben der Netzwerkarbeit zu erledigen, erfordert darüber hinaus viel Zeit. Deshalb müssen entsprechende zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, z. B. ein bestimmter Stellenumfang definiert werden, der für diese Art von Arbeit reserviert wird. Der Projektkoordination kommt somit die Aufgabe zu, einen verbindlichen Rahmen zu organisieren, so dass die Netzwerkpartner als Team agieren können. Im besten Fall entwickelt sich dann auch ein **Wir-Gefühl**, d.h. eine hohe Identifizierung mit dem Netzwerk. Dies wiederum ist eine gute Voraussetzung für die Bereitschaft, weiter im Netzwerk zusammenzuarbeiten.

Auch die Einbindung der Kommune ist sehr bedeutsam für eine nachhaltige Etablierung von Netzwerkstrukturen. Kommunale Stellen oder Dienste waren an sieben von acht Lokalen Allianzen beteiligt, die im Rahmen der Fallstudien näher untersucht wurden. An diesen Standorten der Fallstudien war es also mehr oder weniger die Regel, dass sich mindestens ein kommunaler Partner an der Lokalen Allianz beteiligt hat. Erfolgreich im Sinne von nachhaltig waren vor allem diejenigen Lokalen Allianzen, die in einem kommunalen Umfeld mit „aktiver Altenpolitik“ agiert haben. Mit „aktiver Altenpolitik“ ist gemeint, dass die politischen Entscheidungsträger vor Ort schon vor längerer Zeit und in Auseinandersetzung mit dem demographischen Wandel einen kommunalpolitischen Schwerpunkt auf die Altenpolitik gelegt haben und in der Folge neben einer „Grundversorgung“ (Beratungsangebote, Veranstaltungen) auch spezielle Angebote für besondere Zielgruppen installiert (z. B. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen) sowie auch kooperative Arbeitsstrukturen geschaffen wurden, etwa in Form von Gremien (Runder Tisch) oder Netzwerken (Altenhilfennetzwerk). Kommunale Partner in einem solchen Umfeld bringen hilfreiche Erfahrungen, Kompetenzen und Kontakte mit und können sie entsprechend einbringen sowie umgekehrt die Interessen der Lokalen Allianz an unterschiedlichen Stellen einbringen und aktiv verfolgen.

Eine solche „aktive Altenpolitik“ kann natürlich nicht durch ein Förderprogramm wie das Bundesprogramm Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz hervorgebracht oder auch nur beeinflusst werden. Zu

einem gegebenen Zeitpunkt liegt sie vor oder sie liegt eben nicht vor. Gleichwohl kann aus Sicht der Evaluation sinnvoll an zwei Punkten angesetzt werden, um im kommunalen Umfeld im Sinne der Lokalen Allianzen aktiv zu werden:

- Wenn über die Zusammensetzung des Harten Kerns an Partnern für eine Lokale Allianz nachgedacht oder entschieden wird, sollte ein kommunaler Partner unbedingt berücksichtigt werden. Hilfreich ist, wenn dieser Partner selbst Teil der kommunalen Sozialverwaltung ist oder gute Beziehungen zur kommunalen Sozialverwaltung, der Kommunalpolitik im Allgemeinen oder relevanten Gremien pflegt. Ein solcher Partner verfügt in der Regel über einschlägige Informationen und Beziehungen, die förderlich dabei sind, die Lokalen Allianz vor Ort bekannt zu machen und um Unterstützung bei Entscheidungsträgern zu werben.
- Ein starker kommunaler Partner ist in der Regel sehr hilfreich, wie ausgeführt. Aber die Fallstudien liefern auch das Beispiel für einen Standort, der ein nachhaltiges Netzwerk mit multilateraler Kooperation etabliert hat, obwohl die Kommune keinerlei Unterstützung gewährt hat und im Gegen teil sogar blockiert hat. Diese Lokale Allianz war also auch ohne starken kommunalen Partner erfolgreich. Wie war das möglich? Von großer Bedeutung war, dass diese Lokale Allianz auf die Kirche und damit einen anderen starken Partner zurückgreifen konnte, der sich im kommunalen Umfeld einen Namen gemacht hatte. Namentlich das Mehrgenerationenhaus in Trägerschaft der Kirche hatte sich zu einem anerkannten sozialen Zentrum im Stadtteil entwickelt. Viele einschlägige Angebote waren dort schon angesiedelt, ebenso verfügte der Träger über einschlägige Kontakte zu anderen Diensten und (späteren) Partnern. Wenn also ein starker kommunaler Partner nicht greifbar ist, kann es Sinn machen, einen anderen starken Partner zu avisieren. Bedeutsam ist, über die Zusammensetzung des Harten Kerns der Partner strategisch zu entscheiden und auch zu analysieren, welche starken Partner erreichbar sind. An einigen Fallstudien-Standorten waren das Mehrgenerationenhäuser oder vergleichbare Einrichtungen.

7.3 Begleitung und Unterstützung durch die Netzwerkstelle

Die Unterstützung durch die Netzwerkstelle war beim Aufbau der Lokalen Allianzen oft hilfreich, wie viele der befragten Expertinnen und Experten an den Standorten der Fallstudien ausgeführt haben. Dabei sind die meisten Befragten von sich aus auf die Netzwerkstelle zu sprechen gekommen, was als ein Hinweis auf die Bedeutung der Zusammenarbeit gedeutet werden kann. Es wurde öfter herausgestellt, dass die Akteurinnen und Akteure vor Ort bei der Netzwerkarbeit auf Ideen und Vorschläge zurückgegriffen haben, von denen sie auf Veranstaltungen der Netzwerkstelle gehört hatten. Das waren aus Sicht der Befragten immer wieder wichtige Impulse für die weitere Arbeit. Als hilfreich wurden auch Hinweise darauf angesehen, wie die Arbeit in der Lokalen Allianz unter den Bedingungen der Corona-Pandemie aufgenommen oder fortgeführt werden kann. Die Möglichkeit des Austauschs mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Lokalen Allianzen wurde ebenfalls herausgestellt. Die während der Corona-Pandemie entwickelten digitalen Formate wurden auch als neue Möglichkeit geschätzt, in Kommunikation treten zu können, ohne eine lange, zeitaufwändige Reise antreten zu müssen. Gelegentlich sind auch kritische Anmerkungen gemacht worden. So wurde etwa der Hinweis gegeben, dass bei Schulungsveranstaltungen stärker der Stand der Entwicklung eines Netzwerks berücksichtigt werden sollte. So profitieren manche Lokalen Allianzen

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

sicherlich von einer Einführung in Öffentlichkeitsarbeit, während andere eher Vorschläge für eine fortgeschrittene Öffentlichkeitsarbeit erwarten, z. B. wenn die Lokale Allianz an einer schon länger etablierten Einrichtung angesiedelt ist, die im Handling der üblichen Öffentlichkeitsarbeit schon versiert ist.

Überwiegend scheinen die Angebote der Netzwerkstelle gut bei den Lokalen Allianzen anzukommen und hilfreiche Impulse zur Fortführung der Netzwerkarbeit geben zu können. Die Netzwerkstelle hat sich als Unterstützer der Lokalen Allianzen bewährt und einen Namen gemacht. Diese gute Verankerung und Akzeptanz im Feld könnte genutzt werden, um auch die weitere Entwicklung der Lokalen Allianzen zu flankieren und voranzutreiben.

- Wie die Ergebnisse der Evaluation zeigen, haben die einzelnen Lokalen Allianzen am Ende der Förderung durch das Bundesprogramm jeweils einen unterschiedlichen Stand der Netzwerkentwicklung erreicht, je nachdem, von welcher Ausgangssituation sie jeweils gestartet sind. Nur eine Minderheit an Lokalen Allianzen hat es geschafft, eine multilaterale Kooperation, also ein Netzwerk aufzubauen und zu verstetigen. Es wäre wünschenswert, wenn sich mehr Lokale Allianzen zu einem Netzwerk mit multilateraler Kooperation entwickeln würden. Denn damit wäre eine größere Chance verbunden, dass sich vor Ort eine Infrastruktur für die Zielgruppe entwickelt, die auch längerfristig Bestand hat. Ein Ansatzpunkt könnte sein, von den individuellen Ausgangsbedingungen einer einzelnen Lokalen Allianz auszugehen und den Stand ihrer Entwicklung zu analysieren, um davon abgeleitet und zusammen mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren eine Handlungsstrategie zu entwerfen, die sich stärker an Standards von Netzwerkentwicklung ausrichtet. Aufgabe der Netzwerkstelle wäre es wie bisher, Input zu geben und Ideen vorzustellen, allerdings mit dem Unterschied, dass dieser Input stärker auf die individuelle Netzwerkentwicklung zugeschnitten würde. Zu überlegen wäre auch, welches Maß an Verbindlichkeit im Rahmen einer solchen Begleitung oder eines solchen Coachings realisiert werden soll und wie es abgesichert werden kann.
- Eine gute Netzwerkkoordination ist essenziell für den Aufbau und Bestand von Netzwerken. Für die Begleitung von Lokalen Allianzen könnten von der Netzwerkstelle Schulungen entwickelt werden, die die Koordination gezielt unterstützen. Durch einen modularen Aufbau der Schulungen sollte an die spezifischen Situationen angeknüpft werden, um die koordinierenden Personen dort abzuholen, wo sie stehen. Denn eine modulare Gestaltung erlaubt auf die spezifischen Strukturen in Lokalen Allianzen, aber auch in den Bundesländern, einzugehen, damit diese schrittweise ausgebaut werden können. Anschließende Coaching-Angebote könnten die Schulungen unterstützen und auch deren Wirkung prüfen und sichern. Dieser Ansatz sollte außerdem nach Ende der Bundesförderung zur Unterstützung und zum weiteren Aufbau von Demenznetzwerken genutzt werden, um langfristig deren Bestand in ganz Deutschland zu sichern.
- Starke Partner innerhalb der Lokalen Allianzen sind für die Etablierung multilateraler Strukturen wichtig. Das ist im Idealfall die Kommune, kann aber auch ein Partner sein, der in der Kommune etabliert und breit aufgestellt ist. Hier kommen Mehrgenerationenhäuser oder Pflegestützpunkte in Betracht. Sie haben bereits über viele Jahre Strukturen aufgebaut, an die für den Aufbau eines Netzwerks angeknüpft werden kann. Solche Partner ausfindig zu machen, kann von der Netzwerkstelle mit übernommen werden.

- Damit Fördermittel gut genutzt werden können, ist die räumliche Ausrichtung der Netzwerke von Bedeutung und sollte gesteuert werden, damit diese sich nicht zu kleinräumig aufstellen. Hierfür spielt das Wissen um starke Partner vor Ort eine wichtige Rolle. Dort, wo es sie gibt, bietet sich eine Zusammenarbeit mit den Landesfachstellen an, weil diese ähnliche Interessen im jeweiligen Bundesland verfolgen.
- Die Ressourcen der Lokalen Allianzen sind sehr knapp bemessen. Umso gründlicher muss überlegt werden, wofür diese Ressourcen eingesetzt werden sollen und wofür eher nicht. Bedenkenswert wäre aus Sicht der Evaluation, für Standardaufgaben, die in allen Lokalen Allianzen anfallen, Vorlagen oder Prototypen zur Verfügung zu stellen, die dann an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden können.
- Die Netzwerkstelle übernimmt für das Bundesprogramm die Kommunikation mit den Lokalen Allianzen und „übersetzt“ dabei auch dessen Anforderungen für eine Förderung. Dabei besteht die Schwierigkeit, dass das Bundesprogramm einerseits niedrigschwellig die Schaffung von Teilhabeangeboten unterstützen möchte, gleichzeitig aber nachhaltige Netzwerkstrukturen für Menschen mit Demenz aufgebaut werden sollen. Teilhabeangebote können aber auch ohne den Aufbau von Demenznetzwerken entstehen. Für das Bundesprogramm sollte deutlich gemacht werden, dass nachhaltige Netzwerkstrukturen erwartet werden. Dafür könnte ein umfangreicheres Dokument verfasst werden, das auf fünf bis zehn Seiten die Erwartungen an die Lokalen Allianzen deutlich macht, so dass diese sich daran ausrichten können. Die Netzwerkstelle könnte dieses „Erwartungspapier“ für die modularen Schulungen nutzen, aber auch für eine klare und stringente Kommunikation mit den Lokalen Allianzen.

Literaturverzeichnis

Bartsch, Samera/Klockgether, Katharina/Naddaf, Zijad/Schobert, Berthold (2020): Wirkungen der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz. Ergebnisse aus Fallstudien und einer Online-Befragung. Köln: Univation - Institut für Evaluation. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wirkungen-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-154876>.

Bogner, Alexander/Littig, Beate/Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5>.

Bönisch, Sebastian (2017): Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Be- trachtung interorganisationaler Netzwerke. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-16003-6>.

Brandenburg, Hermann/Baczkiewicz, Carolin/Bauer, Judith/Zischka, Matthias (2014): Caritas Fachzentrum Demenz Eifel-Mosel-Ahr. Modellprojekt gemäß § 45c SGB XI. Teil 3. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/Endbericht_WB141218.pdf.

Brandes, Sven/Kwirand, Claudia/Altgeld, Thomas (2012): Bericht der wissenschaftlichen Begleitfor- schung zum Modellprojekt FIDEM. Frühzeitige Interventionen in der hausärztlichen Versorgung Demenz- kranker durch Implementierung nichtärztlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nie- dersachsen e. V.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Leuchtturmprojekt Demenz. Berlin. [https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/temedia/practicalexamplesdocuments_file/7a_Abschlussbe- richt_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf\(15.6.2021\)](https://www.demenzstrategie.at/fxdata/demenzstrategie/prod/temedia/practicalexamplesdocuments_file/7a_Abschlussbe- richt_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf(15.6.2021)).

Busch, Susanne/Beyer, Annette/Boettcher, Aisha Meriel/Cording, Linda/Schattschneider, Ralf/Szeymies, Ralph/Woock, Kristina (2016): Modellvorhaben nach § 45c SGB XI. Leben mit (beginnender) Demenz in Hamburg - LeDeHa. Abschlussbericht. Hamburg: Hochschule für angewandte Wissenschaften.

Demmer, Iris/Belz, Michael/Oberbach, Lea/Hummers, Eva/Wiltfang, Jens/Bartels, Claudia (2023): Evalu- ation zur Zufriedenheit mit und Be-/Entlastung durch ein hausarztzentriertes Demenzversorgungsmodell: Frühe Information und Hilfen bei Demenz (FIDEM) in Göttingen. In: Der Nervenarzt 94(11), S. 1034–1042. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01557-6>.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2024): Informationsblatt 1: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen (Stand: August 2024). [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeu-figkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf\(17.9.2024\)](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeu-figkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf(17.9.2024)).

Deutscher Bundestag (2021): Drucksache 19/30560. Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Aus- schuss) . [https://dserver.bundestag.de/btd/19/305/1930560.pdf\(16.12.2024\)](https://dserver.bundestag.de/btd/19/305/1930560.pdf(16.12.2024)).

Elm, Erik von/Schreiber, Gerhard/Haupt, Claudia Cornelia (2019): Methodische Anleitung Für Scoping Re- views (JBI-Methodologie). In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen Elsevier. 143, S. 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>.

Fidem Niedersachsen (2015): Frühzeitige Informationen und Hilfen bei Demenz. Handbuch FIDEM Nie- dersachsen, eine Handlungsanleitung zur Umsetzung des FIDEM-Konzepts. [https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/abgeschlossene-projekte-pdfs/handbuch-fidem-niedersach- sen.pdf\(26.11.2024\)](https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Projekte/abgeschlossene-projekte-pdfs/handbuch-fidem-niedersach- sen.pdf(26.11.2024)).

Fischer, Jörg (2018): Vernetzung. In: Düring, Diana/Krause, Hans-Ullrich/Peters, Friedhelm/Rätz, Regina/Rosenbauer, Nicole/Vollhase, Matthias (Hrg.): Kritisches Glossar. Hilfen zur Erziehung. Frankfurt a.M.: IGfH-Eigenverlag. S. 376–381.

Gajo, Michael/Schönfeld, Annika/Sülzer, Rolf/Longmuss, Jörg/Teller, Matthias/Neugebauer, Uwe (2013): Netzwerkevaluierung. Ein Leitfaden zur Bewertung von Kooperation in Netzwerken. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).

GKV-Spitzenverband (2020): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, von ehrenamtlichen Strukturen und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung der Selbsthilfe nach §45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI und zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 26.10.2020.

GKV-Spitzenverband (2021): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, von ehrenamtlichen Strukturen und von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen sowie zur Förderung der Selbsthilfe nach §45c Abs. 7 SGB XI i. V. m. § 45d SGB XI und zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI vom 24.07.2002 in der Fassung vom 20.12.2021. https://www.vdek.com/LVen/BAY/Vertragspartner/pflege-2/netzwerkfrderung/_jcr_content/par/download_1885985474/file.res/Empfehlungen%20des%20GKV-Spitzenverbandes%20und%20des%20Verbandes%20der%20Privaten%20Krankenversicherung%20e.V._Stand%202026.10.2020.pdf(11.6.2021).

Hoffmann, Wolfgang (2015): Multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland (DemNet-D). Sachbericht des Forschungsverbunds. Greifswald: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Zukunftswerkstatt_Demenz/A3_1_1a_2_3_Abschlussbericht_DZNE-Greifswald__Witten_Berlin_IfaS.pdf.

Hokema, Anna/Sulmann, Daniela (2009): Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie? In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut. S. 207–215.

Kirchen-Peters, Sabine (2017): Wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens „Landesfachstelle Demenz“. Abschlussbericht. Saarbrücken: iso-Institut.

Kirchen-Peters, Sabine/Hielscher, Volker (2012): Expertise „Nationale Demenzstrategien“: Vergleichende Analyse zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen für Deutschland. Saarbrücken: iso-Institut.

Kirstein, Katharina/Seidel, Jonas/Stehle, Esther/Friedrich, Detlef/Herten, Benjamin/Müller, Nils/Schulte-Coerne, Nora (2021): Literaturstudie zu innovativen Versorgungsansätzen für Menschen mit Demenz. Berlin: IEGUS-Institut.

Köhler, Leonore/Kraft, Manuela/Moisl, Dominique/Pfeifer, Veronika/Rehling, Brigitte (2010): Effektivität der vernetzten Versorgung demenzkranker Menschen im Demenz-Netzwerk Kreis Mettmann (UEDN). Endbericht. Frankfurt a.M.: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.

Köhler, Leonore/Meinke-Franze, Claudia/Hein, Jurgen/Fendrich, Konstanze/Heymann, Romy/Thyrian, Jochen/Hoffmann, Wolfgang (2014): Does an Interdisciplinary Network Improve Dementia Care? Results from the IDemUck-Study. In: Current Alzheimer Research 11(6), S. 538–548. <https://doi.org/10.2174/1567205011666140618100727>.

Kricheldorf, Cornelia/Aner, Kirsten (2021): Facetten der Versorgungsrealität von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 54(7), S. 633–635. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01965-w>.

Kuckartz, Udo/Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa. (= Grundgentexte Methoden).

Landua, Patrick/Stanke, Daniela (2023): Wie geht es weiter nach der Förderung im Bundesprogramm? Mainz: Landesfachstelle Demenz.

Mäder, Susanne (2021): Wirkungen der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz. Ergebnisse der Online-Befragung von Kreisen und kreisfreien Städten. Köln: Univation - Institut für Evaluation. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/181926/e3fe2258d9ddc24cod1cf652141d4fde/wirkungen-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz-onlinebefragung-von-kreisen-und-kreisfreien-staedten-data.pdf>.

Michalowsky, Bernhard/Afi, Adel/Holle, Bernhard/Thyrian, Jochen René/Hoffmann, Wolfgang (2023): Regionale Gesundheitsnetzwerke in Deutschland: Charakteristik und Finanzierung am Beispiel regionaler Demenznetzwerke. In: Das Gesundheitswesen 85(08/09), S. 725–731. <https://doi.org/10.1055/a-1901-8403>.

Nationale Demenzstrategie (2020): Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit. https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf.

Neugebauer, Uwe/Beywl, Wolfgang (2006): Methoden zur Netzwerkanalyse. In: Zeitschrift für Evaluation 5(2), S. 246–286.

Newerla, Andrea (2018): Evaluationsbericht des Modellprojektes „Demenz: Entlassung in die Lücke“. Gießen: Justus-Liebig-Universität. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hebis:26-opus-135037> (20.8.2024).

Nock, Lukas/Kirchen-Peters, Sabine (2016): Demenznetzwerke in Rheinland-Pfalz. Studie im Auftrag der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. iso-Report 4. Saarbrücken: iso-Institut. (= Berichte aus Forschung und Praxis) https://www.iso-institut.de/wp-content/uploads/2018/11/iso_Report_Nr.4_Demenznetzwerke-in-Rheinland-Pfalz.pdf.

Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas (2013): Sozialpädagogische Nutzerforschung. In: Graßhoff, Gunther (Hrg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 85–98.

Reis, Claus (2020): Kommunales Integrationsmanagement. Leitfaden für die Praxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748910114>.

Schäfer-Walkmann, Susanne/Deterding, Dorothee-Tamara (2010): Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern. Ein „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. Stuttgart: Duale Hochschule Baden-Württemberg (DHBW). https://www.projekteverein.de/8_dokumente/IDOB-EB-Sachbericht-BMG-Oktober2010.pdf (15.6.2021).

Schäfer-Walkmann, Susanne/Traub, Franziska/Peitz, Alessa (2017): Die hohe Kunst der Steuerung von Demenznetzwerken in Deutschland – Ergebnisse der DemNet-D-Studie. In: Schäfer-Walkmann, Susanne/Traub, Franziska (Hrg.): Evolution durch Vernetzung. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 47–58. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14809-6_3.

Schirra-Weirich, Liane/Wiegelmann, Henrik/Schmitt, Christine (2015): DemenzNetz StädteRegion Aachen. Case-Management für Menschen mit Demenz und ihre versorgenden Angehörigen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitevaluation. Aachen: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen. <https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/426>(20.8.2024).

Theilig, Andreas (2014): DemenzNetz Aachen: Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen der Modell-Förderung nach §45c SGB XI. Aachen: Alexianer Krankenhaus Aachen.

Thyrian, Jochen René/Boekholt, Melanie/Hoffmann, Wolfgang/Leiz, Maren/Monsees, Jessica/Schmachtenberg, Tim et al. (2020): Die Prävalenz an Demenz erkrankter Menschen in Deutschland – eine bundesweite Analyse auf Kreisebene. In: Der Nervenarzt 91(11), S. 1058–1061. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00923-y>.

Tschainer, Sabine (2007): Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern. Abschlussbericht (Teil 2). Modelle 2004-2007. München: aufschwungalt GbR. <https://aufschwungalt.de/wp-content/uploads/2023/08/24-abs-insel-2008Teil2.pdf>.

Tschainer, Sabine (2008): Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern. Modellprojekte 2004-2007: Ergebniszusammenfassung. München: aufschwungalt GbR. <https://aufschwungalt.de/wp-content/uploads/2023/08/15-modellezusammenPfleg.pdf>.

Tschainer, Sabine (2012): Modellprojekte im Rahmen des § 45c SGB XI in Bayern. Abschlussbericht (Teil 4). Modell Nürnberg 2007-2010. München: aufschwungalt GbR. <https://aufschwungalt.de/wp-content/uploads/2023/08/19-abNuernberg.pdf>.

Tschainer, Sabine/Hörmann, Brigitte (2006): Modellprojekte im Rahmen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Bayern. Abschlussbericht (Teil 1). Modelle 2004-2006. München: aufschwungalt GbR. <https://aufschwungalt.de/wp-content/uploads/2023/08/27-abTeil1endfassung.pdf>.

Witzel, Andreas/Reiter, Herwig (2022): Das problemzentrierte Interview - eine praxisorientierte Einführung. 1. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. (= Grundlagentexte Methoden) http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779955788(27.11.2024).

xit GmbH (2014): Evaluation zum Netzwerk Aktion Demenz. Abschlussbericht. Nürnberg: xit GmbH. https://www.diakonissenhaus.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/Netzwerk_Aktion_Demenz/Abschlussbericht_NAD_2014-12-10.pdf(15.6.2021).

www.iso-institut.de