

Verbesserte Entscheidungskompetenz am Lebensende durch vernetzte fachliche und regionale Koordination

Digitaler BAGFW - Fachtag am 16.November 2021, Breakout-Session 1

***Man muß ein Netz nicht bloß werfen,
sondern es auch flicken und ziehen.*** (Dt. Sprichwort)

.....
***Friedhelm Menzel, Palliativnetz Darmstadt (PaNDa)
Lehrbeauftragter für Hospiz- und Palliative Care, Hochschule Darmstadt,
1. Vorsitzender Evang. Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V., Pfr. i. R.***

Verbesserte Entscheidungskompetenz am Lebensende durch vernetztes fachliche und regionale Koordination

Präsentationsgliederung

1. Palliativnetz Darmstadt (= PaNDa)
2. Entscheidungskompetenz verstehen
3. Vernetzung – ein altes Versprechen
4. Perspektivwechsel in der Zusammenarbeit
5. Bestand: Aufgaben/Ziele/Bedarf/Risiko/Chance
6. Regionale Hospiz- und Palliativ-Netze (lt. Charta)
7. Koalitionsvereinbarung, Gesetz §39d SGB V, hess.FFR
8. Schritte in die regionale Netzwerkpraxis

1.1. Palliativnetz Darmstadt (= PaNDa)

- PaNDa = ehrenamtlich koordinierte und verbindliche Kooperation(ohne Rechtsform)
- Mitwirkende: amb. Hospiz- und Pflegedienste; stat. Hospize, Pflegeeinrichtungen, Kliniken, Ärzte, Beratungsdienste m. Palliativbezug, Apotheken, Seelsorge, Pflegestützpunkte,
- Ziele (lt. Kooperationsvereinb.): **Nahtlose „Palliativversorgung rund um die Uhr“**
 - Information der Öffentlichkeit zu Hospiz- und Palliativversorgung (z.B. Flyer)
 - Schließen von Behandlungslücken und Überwindung von Versorgungsgrenzen,
 - Bündelung von Sorgearbeit mit Multiprofessionalität
 - Erfahrungsaustausch von Fachkompetenzen und Schlüsselpersonen
 - wettbewerbsarme Kooperation beteiligter Berufsgruppen bzw. Einrichtungen
 - Kommunikation, u.a. gemeinsame Fort- und Weiterbildungen u. Kongresse,
 - unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden,
 - Symptome und Schmerzen lindern, auch zu psychosoz. U. spirit. Problemen,
 - gesicherte Lebensqualität, Integrität und Würde über abgestimmte Beratung.
- Das Palliativnetz Darmstadt will durch eine **qualifizierte regionale Koordination**:
 - 1. multiprofessionelle fachliche (Info, Beratung) und regionale Entwicklung,**
 - 2. Entscheidungsfähigkeit schwerstkranker Menschen fördern,**
 - 3. Qualifizierung zu ergebnisoffener Beratungskompetenz,**
 - 4. Fort- und Weiterbildung für informative, situative und persönliche Beratung,**
 - 5. Erfahrungsaustausch andere Netze (z.B. Demenz/Depression/Suizidpräv./TS)**

1.2. Palliativnetz Darmstadt (= PaNDa)

- Für die Koordination des PaNDa (ca. 30 Teiln.) ist das Zentrum für Palliativmedizin (E-Stift) zuständig.
- Die Koordination engagiert sich i.W. für
 - halbjährliche PaNDa-Versammlungen
 - gemeinsame Fortbildungen für EA/Berufsgruppen
 - Veranstaltungsplanung
 - website-Pflege für gute Netz-Öffentlichkeitsarbeit
 - Qualitätsabsprachen und -initiativen.
- PaNDa- Versammlung wählt alle 2 Jahre einen aus 3 Personen bestehenden Beirat (+ Ko-Stelle). Beirat beschließt nach Q-Prüfung über Neuaufnahmen.
- www.palliativnetz-darmstadt.de

2.1. Entscheidungskompetenz verstehen

- Entscheidungskompetenz ist vorhanden, wenn eine Person in einer bestimmten Situation in der Lage ist, bewusst zu handeln und sich zu entscheiden.
- Entscheidung können dann erfolgen, wenn Wahlmöglichkeiten bekannt sind und einleuchten (ggf. zwischen Handeln vs. gewolltem Unterlassen).
- Die Entscheidungskompetenz eines Menschen kann unterstützt werden, z.B. durch personelle (z. B. Beratung, Zuwendung) oder kommunikative Maßnahmen (Information, Diskussion, Netzwerke).

(vgl. [www. https://de.wikipedia.org/wiki/Entscheidungsfähigkeit](https://de.wikipedia.org/wiki/Entscheidungsfähigkeit))

2.2. Voraussetzungen für Entscheidungsfähigkeit

1. Persönliches Einsichts- und Urteilsvermögen
2. Handlungsfähigkeit (Erwartung von Akzeptanz)
3. Zugestandene Entscheidungsberechtigung (rechtl.+pers.)
4. Bereitschaft (ggf. auch Freude), sich zu entscheiden
5. Freiheit und Respekt gegenüber der Entscheidung
6. Vertrauen in die Information als Entscheidungsgrundlage
7. Überblick über viele Lösungsmöglichkeiten
8. Entscheidungswilligkeit nach umfassender Information
9. Ergebnisoffene Beratung
10. Sicherheit, Akzeptanz und Schutz der Entscheidung

(vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Entscheidungsfähigkeit>)

2.3. (Wie) kann ein Netzwerk zur individuellen Entscheidungskompetenz am Lebensende beitragen?

- 1. Klärung: Um welche Entscheidungen geht es?
- 2. Was verspricht Netzwerkarbeit (vs. mono-/bilat.)
- 3. Welche Kompetenzen sind im Netz vorhanden?
- 4. Wie können neue erweiterte Kompetenzen durch Zusammenwirken und Vernetzung entstehen?
- 5. Was bieten regional koordinierte Netzwerke mehr als fachliche multiprofessionelle Netzwerke
- 6. Wie könnten (und sollten) Betroffene und ihre Angehörigen im Netzwerk mitwirken?

3.1. Vernetzung – ein altes Versprechen an schwerstkranke u. sterbende Menschen

Auf Basis der WHO-Definition (2002) zum Palliative Care-Ansatz formulierten 2010 Unterzeichner der „Charta für schwerstkranke und sterbende Menschen“ in Leitsatz 2:

- ein Recht auf eine wirkungsvolle abgestimmte „medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung“ an jedem Lebensort,
- Angebote (...) sind untereinander so zu vernetzen, dass die Versorgungskontinuität gewährleistet ist,
- Versorgungsstrukturen sollen „vernetzt und bedarfsgerecht für Menschen jeden Alters und mit den verschiedensten Erkrankungen mit hoher Qualität so weiterentwickelt werden, dass alle Betroffenen Zugang dazu erhalten.“

3.2. Vernetzung basiert auf Zusammenarbeit, Multiprofessionalität und Intersektoralität

- Stationäre Hospize hatten sich 1998 als „**Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem**“ verstanden. „Sie sind integraler Bestandteil eines ambulanten ehrenamtlichen Hospizdienstes.“ (RahmV stat. 1998)
- Ambulante Hospizdienste müssen „Teil einer vernetzten Versorgungsstruktur im regionalen Gesundheits- und Sozialsystem sein; sie arbeiten **im lokalen und kommunalen Verbund** mit Initiativen des sozialen Engagements eng zusammen“. „Zwischen dem ambulanten Hospizdienst und Einrichtungen ist ein vernetztes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen. (RahmV amb. Hospizarbeit 2002)
- 2007 entstand der fallbezogene integrative (med. + pfleg.) Ansatz (§37b SGB V) als Rechtsanspruch (ohne psych.soz. Berufe!).
- Die regionale Vernetzung blieb „freiwillig“ (auch wenn 1998, 2002, 2007 einzelne „lokale Netze“ entstanden). Weder Kassen noch Kommunen waren nicht zu deren Finanzierung bereit.

4.1. Perspektivwechsel für Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen (ab 2016)

- Die Hospiz- u. Palliativgesetzgebung des Bundes formulierte im neuen § 114 (1) SGB XI einen Perspektivwechsel: „Vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ sind (ab 1.1.2014) „verpflichtet, die Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar nach einer Regelprüfung darüber zu informieren, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung in den Einrichtungen geregelt sind. Zusätzlich sind sie ab dem 1. Juli 2016 „zur „Zusammenarbeit mit Hospiz- und Palliativnetzen“ verpflichtet.
- **§114 (1) SGB XI** betont für stationäre Pflegeeinrichtungen eine neue Verpflichtung: 1.(...); 2(...) ...
3. ab dem 1. Juli 2016 auf die Zusammenarbeit mit einem Hospiz- und Palliativnetz.“

4.2. Charta-Handlungsempfehlung (2017)

Nach mehrjähriger Beratung der Charta-Akteure erschienen 2017 „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie“: www.charta-zur-Betreuung-Sterbender.de. Dabei nimmt Leitsatz 2 hinsichtlich noch bestehender struktureller Defizite vor allem drei Handlungsfelder in den Blick. Handlungsfeld 3 „Regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke“ verweist auf die Unterschiede in informellen Zusammenarbeitsstrukturen hin. (S.80 ff).

Folgende Bereiche werden als verbesserungsbedürftig aufgeführt:

1. Unterstützung durch Gebietskörperschaften und Bundesländer;
2. Formelle Zusammenarbeitsstrukturen der unterschiedlichen Akteure;
3. Eine abgestimmte multiprofessionelle, berufsgruppen-, institutionen- und sektorenübergreifende hospizlich-palliative Versorgung;
4. Nutzung der Potentiale und Synergien in regionalen Strukturen;
5. schlecht vernetzte Strukturen auf Einzelfallebene und Systemebene;
6. Kommunikation und koordinierte Kooperation der Akteure (Case- und Care-Management)
7. Effektives Zusammenwirken der Ebenen für hochwertige bedürfnisorientierte Versorgung.

5.1. Bestandsaufnahme: Netzwerkaufgaben

- Austausch: 90,59%
- Qualitätssicherung: 64,71%
- Weiterbildung Aktuelles: 64,71%
- Gemeins. Veranstaltung: 41,18%
- Interdisziplinäre FoBi's: 36,47%
- Sonstiges: 30,59%
- Fallbesprechungen: 14,12%

.....

(s. Umfrage-Ergebnis „Hospiz- und Palliativnetzwerken“ in HESSEN, 2017 durchgeführt von KASA bei HAGE e.V.; (n=90), Von Tina Saas, Elisabeth Terno)

5.2. Bestandsaufnahme: Zielgruppen u. Strukturelemente

- Gesundheitseinrichtungen: 61,9%
- Bevölkerung 19,0%
- PatientInnen und Angehörige: 16,7%
- Netzwerkteilnehmende: 16,7%
- Ehrenamtliche: 14,3%
- Polit. VertreterInnen: 3,6%
- Turnus: 2x(37,3%)/4x(26,5%)/12x(10,8%)/50x3,6%)
- Teilnehmende: -10 (35,4%), -30(47,6%), -50 (14,6%)
- Leitung (58%), Koordination (44%),
- Finanzierung: Eigen (33,3%), Mitgl.beitr. (20%), Komm.(16%), Spenden (14,7, keine Kosten (8%)

(s. Umfrage-Ergebnis „Hospiz- und Palliativnetzwerken“ in HESSEN, 2017 durchgeführt von KASA bei HAGE e.V.; (n=90), von Tina Saas, Elisabeth Terno)

5.3. Bestandsaufnahme: Netzwerk-Unterstützungsbedarf

- Aufwandsentschädigung f. Ärzte/Pflegedienste
- Zeitressourcen für Nw-Orga
- Kassenfinanzierung
- Aufklärung der Bevölkerung zu Angeboten fehlt
- Kontakt zu Allg.Medizin / Hausärzten ausbauen
- Verbesserung d. gesetzl. Rahmenbedingungen(RV)
- Mehr Unterstützung durch Politik
- Förderung von Modellprojekten

.....
(s. Umfrage-Ergebnis „Hospiz- und Palliativnetzwerken“ in HESSEN, 2017
durchgeführt von KASA bei HAGE e.V.; (n=90), Von Tina Saas, Elisabeth Terno)

5.4. Bestandsaufnahme: Netzwerk-Probleme und -Risiken

- Konkurrenzdenken bestimmt die Zusammenarbeit
- fehlende Zeit
- fehlendes Personal(-kapazität) für Koordination
- mangelnde Kommunikation
- Differenzen bei Datenschutzfragen
- Haftungsfrage
- Rechtsformprobleme
- Ressourcenverlust durch viel Selbstverwaltung
- Zu viele nicht finanzierte Kosten

5.5. Netzwerkchancen

Chancen der Netzwerke:

a. Regionale Netzwerke stellen eine **Abkehr von einer eher einrichtungsbezogenen hierarchisch-dirigistischen Strategie** dar. Regionale Netzwerke können - im Ggs. zu Kartellen - **den Nutzenden und Betroffenen dienen**.

b. Netzwerke präferieren statt eigener wirtschaftlicher – oft konkurrierender - Ziele die **Optimierung der Kooperationen und Koordination zugunsten schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen**. Netzwerke können disparate und konkurrierende Ziele einzelner Akteure/Gruppen neu auszurichten und für Nutzende bündeln.

Schwierigkeiten können sein oder werden:

Haftung, geeignete Rechtsform, Finanzierung, Eigeninteressen.

Vorsicht: Netzwerke können erhebliche zentrifugale Kräfte auslösen und die Entwicklung kooperativer Netzwerkprozesse auch erschweren!

6.1. Attribute regionaler HPN (lt. Charta)

- Akteure bringen Versorgungskontinuität und –qualität mit;
- Alle Akteure verfolgen eine gemeinsame Versorgungslogik;
- Akteure wollen Transparenz für alle Sorgearbeitsbeteiligte;
- frühe Beratung und individualisierte Betreuung;
- Akteure stehen für die Rechte schwerstkranker und sterbender Menschen;
- Akteure kommunizieren, kooperieren, koordinieren (sich);
- Akteure vermeiden und reduzieren Versorgungsbrüche und bearbeiten ihre Schnittstellen gemeinsam.

(vgl. „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie“, 2017, S.81-83)

6.2 Rahmen für regionale HP-Netzwerke (lt. Charta)

- regionale Hospiz- und Palliativnetzwerke orientieren sich an Gebietskörperschaftsgrenzen
- finden Rechtsform / docken an vorhandene an
- beziehen die an der Versorgung Mitbeteiligten wie Kommune und Kranken- und Pflegekassen ein
- bilden gemeinsam koordinierte Organisation
- suchen Mischfinanzierung, z.B. Mitgliedsbeiträge und kommunale u. Krvers.-Zuschuss und / oder Spenden

(vgl. „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer nationalen Strategie“, 2017, S.84-86)

7.1 Auftrag in Koalitionsvereinbarung vom 7.2.2018

Die GroKo-Koalitionsvereinbarung 2018 formulierte:

„Wir werden die Hospiz- und Palliativversorgung weiter stärken, insbesondere durch

1. Kostenübernahme für die Koordination von Hospiz- und Palliativversorgungsnetzwerken

(sowie durch Verbesserungen
2. bei der Versorgung von Kindern und
3. in Altenpflegeeinrichtungen.“)

7.2. §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkoordinator/in

Die Umsetzung der Koalitionsvereinbarung beriet der Dt. Bundestag (im Rahmen d. GVWG) bis zum Beschluss v.11.6.21:

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fördern gemeinsam und einheitlich

- in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt
- die Koordination der Aktivitäten
- in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk
- durch eine/n Netzwerkkoordinator/in.

(Forts. Nächste Folie)

Ref.entw.: 23.10.20 / Kab.entw. 23.2.21 / Beschluss 11.6.21

7.3. §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkordinator/in (Forts. §39d(1) SGBV)

- Die Förderung setzt voraus, dass der Kreis/die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt ist.
- Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination beträgt maximal 15.000€ je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkordinators.
- Die Fördermittel durch eine Umlage gem. Anteil ihrer eigenen Mitglieder gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweilig. Bundesland.
- Im Fall einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung erhöht sich das Fördervolumen um den Betrag der Beteiligung.

7.4. §39d SGB V Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch eine/n Netzwerkkordinator/in

(2) **Ziel der Förderung** ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen.

Netzwerkdefinition:

„Verschiedene Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen.“

7.5. §39d(2) SGB V - übergreifende Koordinierungstätigkeit

- 1. **Unterstützung der Kooperation der Mitglieder**
des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes und die Abstimmung und Koordination ihrer Aktivitäten im Bereich der Hospiz-u. Palliativversorgung,
- 2. **Information der Öffentlichkeit**
über die Tätigkeiten und Versorgungsangebote der Mitglieder des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes in enger Abstimmung mit weiteren informierenden Stellen auf Kommunal- und Landesebene,
- 3. **Initiierung, Koordinierung und Vermittlung von interdisziplinären Fort- und Weiterbildungsangeboten**
zur Hospiz- und Palliativversorgung sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen zur Netzwerktätigkeit,
- 4. **Organisation regelmäßiger Treffen der Mitglieder**
des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes zur stetigen bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Netzwerkstrukturen und zur gezielten Weiterentwicklung der Versorgungsangebote entsprechend dem regionalen Bedarf,
- 5. **Unterstützung von Kooperationen der Mitglieder**
des regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerkes mit anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten wie Pflegestützpunkten, lokalen Demenznetzwerken, Einrichtungen der Altenhilfe sowie kommunalen Behörden kirchl. Einrichtungen,
- 6. **Ermöglichung eines regelmäßigen Erfahrungsaustausches**
mit anderen koordinierenden Personen u. Einrichtungen auf Kommunal- und Landesebene.

7.6 ab 1.4.2022: Förderrichtlinien (gem. §39d (3) SGB V)

- Förderrichtlinien erscheinen erstmals zum 31.3.2022
- Nachweis und Transparenz über Finanzierungsquellen
- Beteiligung bei der Erstellung der Förderrichtlinien: maßgebliche Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, die kommunalen Spitzenverbände, Verband der priv. KV,
- Der Spitzenverband Bund der KK berichtet dem BMG bis zum 31.3.25 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung
- Struktur der Netzwerke, geförderte Koordinierung, Fördermittelhöhe

7.7. Kritik an § 39d SGB V zur Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch Netzwerkkoordination

Kritik an §39d SGB V.

Am 11.6.21 nicht beschlossenen Forderungen (Bundesrat, DHPV):

- BR, DHPV: Förderbetrag 45.000 €! (GKV u. Geb.Kö)
- DHPV: Keine eigene Förderrichtlinie nach § 39d für die Kinderhospizarbeit trotz besonderer Belange
 - lange Verläufe
 - wenige Begleitungen
 - Gebietsgröße
- BAGFW begrüßt Instanz zur Koordinierung, weil HPN so am erfolgreichsten und effektivsten arbeiten. Kritik erfuhr die Nichtbetonung ehrenamtlich Engagierter.
- Noch zu klären sind die erforderlichen Qualifikationen für Netzwerk-KoordinatorInnen, aber auch deren Zusammenarbeit auf Landesebene

7.8. Richtlinien für die Förderung regionaler Netzwerkarbeit in der Hospizarbeit und Palliativversorgung in Hessen (Staatsanz.H. 26.4.21 S.592ff)

- Jährlich gefördert wird die Arbeit in je einem regionalen Netzwerk (mit mind. 5 Nw-Partnern) in Landkreisen und kreisfreien Städte (1.J.: 100% / 2.J.: 70%/ 3.J.: 40%) für
 - a. Neueinrichtung Nw-Moderation(450/315/180€); nach Förderzeitraum verpflichten sich die Nw-Mitglieder die Nw-Moderation weiter zu finanzieren
 - b. Sachausgaben 4-6 Nw-Treffen (250/175/100€);
 - c. Nw-Maßnahmen/Veranstaltungen(bis 2.500€);

8.1. Schritte in eine neue regionale Netzwerkpraxis

- Evaluation zum Ist-Stand
- Anforderungen an die Netzwerkpartner definieren
- Finden der Netzwerkpartner
- Einbindung in die Gebietskörperschaft(en)
- Einzugsbereich Regionales HP-Netzwerk
- Pflichten und Rechte der Netzwerkpartner klären
- Aufgaben des Netzwerkes beschreiben
- Aufgaben der Netzwerkkoordination vereinbaren
- Ressourcen des Netzwerkes sichern
- (Mit-)Nutzung der Ressourcen der Netzwerkpartner
- Einfluss von Finanzierenden/Auftraggeber eingrenzen

8.2. Netzwerkmerkmale in Umsetzung beachten / nutzen

1. Netzumfang: Akteure: Träger, Einrichtg., Berufsgr., EA, Individ.

2. Netzdefinition: Sozial-/Wirkungsraum; Einzugsber.;

3. Netzdichte: Anzahl: Pers./Akteure, Wirkintensität in Region;

4. Netzzweck: Plattform, Forum, Erf.austausch, Fall/Systemeb.

5. Netzwerkfunktion: Entlastung/ Ergänzg. vorh. Hilfesysteme;

6. Netzziele: z.B. multiinstitutionelle/- prof. Kommunikation;
flächendeckende sektorenübergreif. Basis-u. Spezialversorg.;

7. Netzstruktur: Statut, Versammlungen / Gremien, Turnus,
Schnittstellen, Leitung / Sprechende, Steuerung, Zulassung /
Aufnahme zu Mitarbeit, Rechtsform, (digitale) Kommunikation

8. Netzfinanzen: §39d; Länder, Beiträge, Zuschüsse, Spenden;

19. Netzqualität: Standards, Anforderungen, Verbindlichkeit,
Offenheit, Regeln, Sanktionen, FoBi, Qualizirkel, Öffentl.arb.;

8.3. Regionale HP-Netzwerke können

- 1. Hospizarbeit und Palliativversorgung bekannt(er) machen;
- 2. Schwerstkranke / Sterbende vor Ort informieren und stützen;
- 3. Entscheidungskompetenz am Lebensende fördern;
- 4. Die Idee wachhalten: „Netzwerken als Hoffnung“;
- 5. Würde sichern und Lebensqualität fördern;
- 6. „Sorge“ (care) statt „Versorgen“ gemeinsam üben und lernen;
- 7. Versorgungslücken und – brüche schließen;
- 8. Multiprofessionalität u. Intersektoralität stärken;
- 9. Solidarisches Handeln zeigen, Konkurrenzen klein halten;
- 10. Fachliche „Ränder“, Politik, Öffentlichkeit finden;
- 11. Ressourcen schätzen, Engagement qualifizieren und da sein;
- 12. Vertrauen leben, Nächstenliebe üben, Verlässlichkeit schaffen;
- 13. Vorbild für andere Netzwerke werden und sich austauschen;

- Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
- Friedhelm Menzel
- menzel.friedhelm@gmail.com