

Demenznetzwerke mit Angehörigen zusammen gestalten

AnKer Werkzeugkoffer

Projekt **AnKer** – Angehörige als Koopera-
tionspartner:innen in der Versorgung von
Personen mit Demenz

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Demenznetzwerke	4

Themenblätter

1 Ausgangslage klären	7
2 Netzwerksteuerung festlegen	9
3 Werte und Ziele klären	12
4 Angebote abstimmen	14
5 Angebote entwickeln	16
6 Einzelfallarbeit mit Angehörigen	17
7 Ziele des Netzwerks überprüfen	19
8 Angebote verbessern	22

Arbeitshilfen

1 Netzwerkkarte	26
2 Stakeholdermatrix	28
3 Organisationsbeispiele	29
4 Ideenliste für Werte	30
5 Instrument zur Selbstevaluation	31
6 Zielbaum	45
7 Drehbuch Fallwerkstatt	46
8 Drehbuch Zukunftswerkstatt	55
9 Manual Case Management	60

Netzwerk-Beispiele aus dem Projekt AnKer

Einleitung	65
Bassersdorf ZH	68
Chur GR	71
Rapperswil-Jona SG	74
Schaffhausen SH	77

Anhang

Literaturverzeichnis	81
Impressum	83

Einleitung

Worum geht es?

Eine Demenzerkrankung betrifft das ganze Leben der betroffenen Person und ihres sozialen Umfelds.

Partnerinnen, Partner, Kinder oder Geschwister sind unentbehrlich in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Nicht nur, solange die Person in der gewohnten Wohnumgebung bleiben kann, bilden sie die Verbindung zu professionellen Diensten. Mit fortschreitender Krankheit müssen sie viele Entscheidungen selbst fällen und sind in ihrer Privatsphäre mit betroffen von Interventionen.

Dennoch werden betreuende Angehörige meist von den professionell Unterstützenden (Akutmedizin, Therapie, Pflege, Sozialarbeit usw.) nicht als Kooperationspartnerinnen und -partner auf Augenhöhe wahrgenommen, sondern als Teil des Patientensystems oder als selbst unterstützungsbedürftige Klientinnen und Klienten.

Angesichts dieser höchst unterschiedlichen Sichtweisen gilt die Passung der professionellen Angebote zu den tatsächlichen Bedürfnissen als eines der zentralen Probleme. Stellvertretend dafür ein Zitat aus der bisher grössten Befragung von betreuenden Angehörigen (nicht ausschliesslich von Menschen mit Demenz) in der Schweiz:

«Insgesamt ist die ungenügende Passung zwischen den genannten Bedürfnissen und der benötigten bzw. nicht in Anspruch genommenen Unterstützung für betreuende Angehörige beträchtlich. Ein wichtiger Grund besteht darin, dass sie zu kompliziert sind oder zu viel Zeitaufwand bedeuten» (Otto et al., 2019, S. 73).

An der Unterstützung von Menschen mit Demenz sind verschiedenste Organisationen und Professionen aus den Bereichen Medizin, Therapie, Pflege und Sozialarbeit beteiligt, die alle ihren eigenen Beitrag leisten. Eine gute Abstimmung zwischen diesen Organisationen sowie personenzentrierte Unter-

stützungsmassnahmen für die Personen mit Demenz und die betreuenden Angehörigen sind elementar.

Der Werkzeugkoffer

Der Werkzeugkoffer bietet professionellen Akteurinnen und Akteuren und Akteurs-Netzwerken (Demenznetzwerke) im Bereich der Demenzversorgung praktische Handreichungen, um mit Angehörigen auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Die Netzwerke sollen damit Angehörigen die Möglichkeit geben, die Angebote mitzuentwickeln und passgenau zu deren Bedürfnissen zu gestalten.

Die Themen beziehen sich auf verschiedene Facetten und Phasen von Entwicklungsprozessen in Netzwerken und werden bewusst knapp und übersichtlich präsentiert. Der Werkzeugkoffer muss nicht notwendigerweise Schritt für Schritt abgearbeitet werden. Die offene Form ermöglicht es allen Netzwerken in unterschiedlichen Entwicklungsphasen und Organisationsstrukturen davon zu profitieren.

Der erste Teil des Werkzeugkoffers besteht aus Themenblättern zu Kernthemen der Netzwerkentwicklung. Am Ende jedes Themenblatts gibt es Hinweise auf praktische Instrumente und weiterführende Literatur. Diese Arbeitshilfen sind im zweiten Teil zu finden. Im dritten Teil werden vier Beispiele von Netzwerken in der deutschen Schweiz vorgestellt. Diese haben am Projekt *AnKer - Angehörige als Kooperationspartner*innen in der Versorgung von Personen mit Demenz (2021-2022)* teilgenommen. Der Werkzeugkoffer basiert auf dessen Ergebnissen 2021-2022 und aus weiteren Literaturquellen. Das Ziel von AnKer bestand darin, in vier unterschiedlichen lokalen Netzwerken Angebote für Angehörige leichter zugänglich zu machen und sie in die Entwicklung des Netzwerks einzubeziehen.

Das Projekt wurde von der Ostschweizer Fachhochschule OST geleitet und grosszügig gefördert von Alzheimer Schweiz und der Stiftung Ebnet, Teufen.

Demenznetzwerke

Was sind Demenznetzwerke?

In einem Demenznetzwerk schliessen sich Fachstellen, Pflegedienste, Hausarztpraxen, professionelle Einrichtungen usw. und Einzelpersonen (Angehörige, Betroffene) zu einem Betreuungsnetz für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zusammen. Die Vernetzung ist wichtig, weil die Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren betreuenden Angehörigen zu Hause nicht von einem Dienst allein bewältigt werden kann.

Demenznetzwerke sollen Abhilfe schaffen. Sie zielen darauf ab, die Behandlung und Pflege von Menschen mit Demenz zu verbessern, indem sie die Abstimmung unter verschiedenen Praxisakteuren und ihre Zusammenarbeit vorantreiben. Demenznetzwerke unterscheiden sich sowohl in ihren Strukturen als auch in ihren Abläufen.

Netzwerkziele

In Demenznetzwerken sollen bestehende Angebote für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen zusammengeführt und verknüpft werden.

Häufige Ziele von Demenznetzwerken

- Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige möglichst früh im Krankheitsverlauf zu erreichen und in das Versorgungsnetz zu integrieren.
- Umfassende Informationen an betreuende Angehörige und Demenzkranke zu vermitteln.
- Die Belastung für betreuende Angehörige zu verringern.
- So weit möglich Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz zu erhalten und zu fördern.
- Die Vernetzung zwischen den Akteuren des Demenznetzes zu verbessern.
- Den Austausch von Wissen innerhalb und ausserhalb des Netzes zu optimieren.

Schnell wird deutlich, dass die autonomen Akteure offen oder auch versteckt eigene Interessen und Versorgungsziele verfolgen. Daher ist die Entwicklung gemeinsamer Ziele zentral für ein arbeitsfähiges Demenznetzwerk. Dabei sollten betreuende Angehörige aktiv einbezogen werden. Der Einbezug auf Augenhöhe ist mehrfach in der Forschung als zentral für passgenaue Unterstützungsnetzwerke bestätigt worden. Gleichzeitig findet diese Form der Mitwirkung in Netzwerken bisher kaum statt und hat dieses Projekt sich dies zum Ziel gesetzt (Ackermann 2019; McCabe et al. 2016).

Wichtig: Demenznetzwerke sind nicht statisch, sondern können sich im Laufe ihrer Arbeit ändern. Daher ist eine regelmässige Überprüfung der Netzwerkarbeit wichtig. Fragen, die dabei gestellt werden können: Passen die einmal gesetzten Ziele noch? Gibt es Veränderungen bei den Netzwerkmitgliedern? Sollten neue Mitglieder dazukommen? Ist die Vernetzung genügend stark? Ist die bestehende Organisationsform noch ideal?

Netzwerkstrukturen und Rechtsformen

Der erfolgreiche und nachhaltige Betrieb eines Demenznetzwerks erfordert eine Steuerung, die eng auf die strategische Ausrichtung und die Faktoren abgestimmt ist, die das Netzwerk bestimmen. Zu diesen Faktoren gehören beispielsweise die Ziele, die Organisationsstrukturen, und die Akteure und Akteurinnen eines Netzwerks.

Ein zentraler Aspekt zur Ausgestaltung von Netzwerkarbeit und Finanzierungsaspekten ist die Rechtsform von Netzwerken.

Auch hier zeigt sich eine grosse Heterogenität der bestehenden Demenznetzwerke. Einige Netzwerke sind in Form eines Vereins organisiert, in denen die Akteure weitgehend oder vollständig auf ehrenamtlicher Basis arbeiten. Andere Netzwerke werden durch eine Gemeinde oder einen anderen öffentlichen

Demenznetze

Träger betrieben, während wieder andere Teile eines privatwirtschaftlichen Verbundes sind.

Koordinationsstellen

Mit diesen unterschiedlichen Strukturen gehen häufig auch grosse Unterschiede der Finanzierungsgrundlagen einher. So besitzen meist nur öffentliche oder privatwirtschaftliche Netzwerke eine festangestellte Person zur Koordinierung des Netzwerks. Das Fehlen einer zentralen Koordinationsstelle erschwert eine systematische Entwicklung und Umsetzung von Netzwerkprozessen sowie auch die Einbindung externer Schlüsselpersonen (z.B. Hausärzte) oft erheblich. Es erschwert auch eine angemessene Formalisierung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen der Akteure nach innen und aussen und schadet der Transparenz des Wissensaustauschs innerhalb des Netzwerks und zu externen Schlüsselpersonen.

Themenblätter

1 Ausgangslage klären

Worum geht es?

Jede Organisation, die Dienstleistungen für Menschen mit Demenz und betreuende Angehörige anbietet, ist vernetzt mit anderen Diensten. Die Vielschichtigkeit der Herausforderungen in den Pflege- und Betreuungsverhältnissen erfordert immer die Abstimmung und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren. Was braucht es aber, dass solche Netzwerke koordiniert, effizient und für alle Beteiligten transparent wirken können?

Netzwerke sind im Unterschied zu Organisationen nicht statisch, sondern können sich höchst flexibel an neue Bedingungen ihrer Umwelt oder neue Fragestellungen anpassen. Ihre Zusammensetzung kann sich immer wieder verändern, indem Mitglieder neu hinzukommen und andere sich verabschieden. Netzwerke können deshalb gestaltet werden.

Voraussetzung

- Die 5 Bedingungen für funktionierende Netzwerke sind bekannt.
- Bestehende Vernetzungen sind erhoben und abgebildet.

Umsetzung

- Auftrag zur Mitwirkung Angehöriger wird vereinbart.
- Fehlende professionelle Partner sowie Angehörige werden eingeladen.
- Die weiteren Entwicklungsschritte werden geplant.

Wichtig

- Alle 5 Bedingungen gleichermaßen beachten.
- Schrittweise vorgehen und Erfolge zeigen.

Angehörigeneinbezug

- Angehörige einbeziehen, sobald die Zielrichtung geklärt ist.

Aber sie brauchen auch fortwährende Pflege, damit sie nicht auseinanderfallen, einschlafen oder unzweckmässig agieren.

Vorbereitung

1) Bevor Sie anfangen, Ihr Netzwerk zugunsten betreuender Angehöriger von Menschen mit Demenz zu optimieren oder erst formell zu gründen, machen Sie sich bewusst, was ein wirksames Netzwerk ausmacht.

Bei aller Verschiedenheit weisen Netzwerke fünf Bedingungen auf, die alle wichtig sind, damit sie funktionieren (Kaats und Opheij, 2014).

- Die Netzwerkpartner teilen eine **Vision**, die attraktiv und bedeutsam für alle ist. Sie passt zu den Strategien der einzelnen Partner.
- Das Netzwerk erkennt unterschiedliche **Interessen** der Partner an, legt Interessen offen und bietet Raum für Verhandlungen.
- Die Partner pflegen persönlichen Austausch und **Beziehungen**, vertrauen einander, pflegen einen respektvollen Umgang und vermeiden einseitige Dominanz einzelner Partner.
- Das Netzwerk verfügt über eine **Organisationsform**, die den gemeinsamen Zielen und den Bedürfnissen entspricht und verfügt über klare Abmachungen. Die Partner bringen sich genügend ein und unterstützen die Zusammenarbeit.
- Das Netzwerk gestaltet einen bewussten **Prozess**, in dem es sich Ziele setzt und diese in sinnvollen Schritten umsetzt. Dabei werden Rollen und Verantwortlichkeiten klar und verbindlich verteilt. Ziele und Zielerreichung werden periodisch überprüft, bevor ein neuer Zyklus startet.

Ausgangslage klären

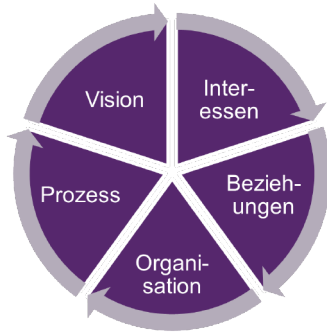


Abb. 1. Bedingungen für gute Zusammenarbeit. Eigene Darstellung nach (Kaats und Opheij 2014, S. 43)

2) Überlegen Sie, auf welchen bestehenden Netzen Sie aufbauen können. Bestehen diese einfach aus persönlichen Beziehungen, d.h. aus Personen oder Diensten, mit denen Sie sich immer mal wieder oder regelmässig austauschen? Gibt es eine organisatorische Struktur? Sind Zielsetzungen des Netzwerks für alle Partner klar? Wer gehört bereits dazu, und wer sollte noch dazu kommen? (vgl. Themenblätter [3 Werte und Ziele klären](#) und [2 Netzwerksteuerung festlegen](#))

Umsetzung

1) Einigen Sie sich mit den Netzwerkpartnern auf den gemeinsamen Auftrag, die Mitwirkung betreuender Angehöriger zu ermöglichen und die Passung ihrer Bedürfnisse und der Angebote der Netzwerkpartner zu verbessern.

2) Laden Sie noch nicht beteiligte Netzwerkpartner und besonders betreuende Angehörige (auch ehemalige) zur Mitarbeit ein. Stellen Sie sicher, dass sie diese angemessen entschädigen können.

3) Überprüfen Sie die in den folgenden Blättern vorgeschlagenen Entwicklungsschritte unter dem Aspekt «Einbezug betreuender Angehöriger» im Netzwerk und vervollständigen Sie deren Umsetzung. Planen Sie dies als Prozess in einzelnen Schritten und setzen Sie dafür angemessene Termine fest.

Überprüfung

Nehmen Sie wiederholte Standortbestimmungen vor (vgl. Arbeitshilfe [2 Stakeholdermatrix](#) und Themenblatt [7 Ziele des Netzwerks überprüfen](#)).

Wichtig

1) Schenken Sie allen fünf Netzwerk-Bedingungen Ihre Aufmerksamkeit.

2) Geben Sie sich Zeit für die Entwicklung und machen Sie Teilerfolge sichtbar.

Instrumente

- [1 Netzwerkkarte](#)
- [2 Stakeholdermatrix](#)

2 Netzwerksteuerung festlegen

Worum geht es?

In diesem Schritt klären Sie, mit welcher Steuerungsform das Netzwerk auf Angehörige zugehen möchte und wie Angehörige Sie bei diesem Entwicklungsprozess unterstützen können.

Voraussetzung

- 1) Im Netzwerk wurde geklärt, wer mit welchen Motiven und Ressourcen teilnimmt. (vgl. Themenblatt [1 Ausgangslage klären](#))
- 2) Die Teilnehmenden haben sich auf gemeinsame Zielsetzungen verständigt, die von allen getragen werden. (vgl. Themenblatt [3 Werte und Ziele klären](#))
- 3) Sie kennen mögliche Organisationsstrukturen

Voraussetzung

- Motive und Ressourcen sind geklärt.

Umsetzung

- Modell für Netzwerksteuerung festlegen
- Modell für Angehörigen-Einbezug wählen

Wichtig

- Die geplante Massnahmen müssen auf die gegebenen Ressourcen abgestimmt sein.

Angehörigeneinbezug

- Kontaktaufnahme mit Angehörigen von Menschen mit Demenz über lokale Anlaufstellen (z.B. Hausärzte, Spitex).
- Veranstaltung von Befragungen oder Workshops

Es bieten sich verschiedenen Steuerungsmodelle für Netzwerke an, die direkten Einfluss auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen besitzen. Bei zentral gesteuerten Netzwerken (siehe [Abb. 1](#)) läuft der Kontakt über eine zentrale Koordinationsstelle, die auch dementsprechend einfach beworben und von Angehörigen gefunden werden kann. Jedoch gibt es ein hohes Ausfallrisiko, wenn nur eine oder zwei Personen diese Aufgabe übernehmen.

Aktives Aufsuchen der Angehörigen zuhause ist schwieriger umzusetzen, wenn die Verankerung der Stellen im nahen Umfeld der Angehörigen (Quartier, Dorfteil, Siedlung usw.) fehlt. In einem vollständig dezentralen Netzwerk ([Abb. 2](#)) sind die einzelnen Anbieter weiter verteilt und es bieten sich dementsprechend mehr Anlaufstellen. Allerdings ist es schwieriger und aufwendiger, die Stellen einheitlich bekannt zu machen. Es besteht das anhaltende Risiko einer Fragmentierung und von Wissenslücken unter den Anbietern. Eine Mischform ist ein Netzwerk mit einer zentralen Struktur und «Nebenstellen» ([Abb. 3](#)), die einen guten Teil der Informationsarbeit der Zentralstelle mit leisten können. Diese Form ist bei Betrieb mehrerer Nebenstellen ebenfalls ressourcenintensiver als Modell 1 ([Abb. 1](#)), jedoch können aufsuchende Zugänge gut aufgebaut werden, da sich die Nebenstellen besser in den Quartieren vernetzen lassen. Durch wenige «Nebenstellen», die eng mit der Zentralstelle vernetzt sind, verringert sich das Risiko einer neuen Fragmentierung oder von Wissensinseln im Vergleich zu rein dezentralen Strukturen. Diskutieren sie potenzielle Vor- und Nachteile mit den Netzwerkakteuren aber vor allem auch mit den ansässigen Angehörigen.

Umsetzung

- 1) Benennen Sie eine zentrale Person zur Entwicklung des Netzwerk-Steuerungskonzepts

Netzwerksteuerung festlegen

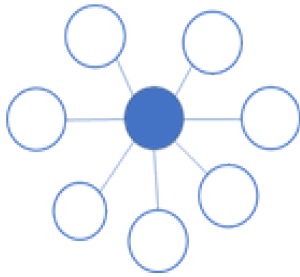


Abb. 1. Zentrale Steuerung

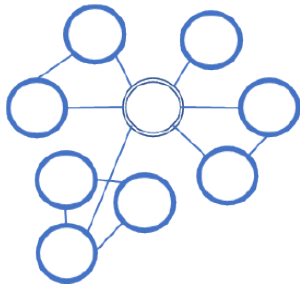


Abb. 2. Dezentrale Steuerung

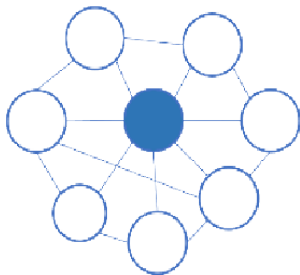


Abb. 3. Mischform

2) Schliessen Sie Angehörige in die Entwicklung des Steuerungskonzepts ein.

Klären Sie Präferenzen der Angehörigen und Voraussetzungen für die gelingende Netzwerkarbeit. Die Angehörigen können dabei einmal oder mehrmals in Austauschgefässe des Netzwerks eingeladen werden oder als Beirat wirken («zugehend» s. unten Abb. 4). Der Austausch kann dabei in Form von Gruppendiskussionen, Workshops oder informellen Frageunden geschehen. Möglich ist auch eine Befragung

von Angehörigen zuhause («aufsuchend», Abb. 5). Dies vereinfacht die Teilnahme für die betreuenden Angehörigen deutlich und fördert deren Beteiligung. Gleichzeitig ist Ihr eigener Aufwand grösser. Sie können auch online einbezogen werden, indem sie in einer Netzwerksitzung zugeschaltet werden (Abb. 6). Das setzt allerdings technisches Wissen seitens der Angehörigen wie der Organisatoren voraus. Einfache Austauschplattformen wären WhatsApp- (punkto Datenschutz nicht unproblematisch) oder Signal-Gruppen, die durch die zuständige Person im Netzwerk eingerichtet werden könnten.

Wichtig ist, dass Sie ihre Erwartungen und die Ressourcen und Interessen der Angehörigen in Einklang bringen, um Enttäuschungen zu vermeiden. Eventuelle Absenzen von Angehörigen müssen immer mit eingeplant werden. Denken Sie daran, dass berufstätige Angehörige bei Treffen während üblichen Bürozeiten nicht teilnehmen können und diese deshalb in den Vorabend verlegt werden sollten. Moderieren Sie die Treffen zielbezogen und beschränken Sie dadurch die Dauer.

Die Organisation von kurzfristigen Betreuungsangeboten für die Menschen mit Demenz während Treffen mit Angehörigen wäre wünschenswert, um ihre Teilnahme zu fördern.

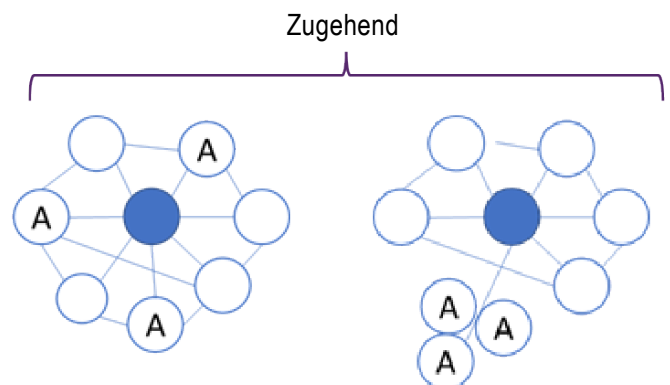


Abb. 4. Integration in vorhandene Netzwerkgefässe

Abb. 5. Beirat

Netzwerksteuerung festlegen

Zugehend oder aufsuchend



Abb. 6. Einzelbefragungen

Virtuell

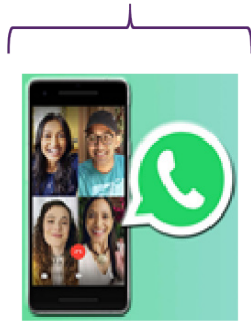


Abb. 7. Online-Austausch

Des Weiteren sollten alle Ergebnisse gut protokolliert werden, damit auch Abwesende den Anschluss nicht verlieren.

Überprüfung

1) Fragen Sie nach 1-3 Sitzungen bei den Angehörigen nach, wie sie sich fühlen im Netzwerk. Haben sie genügend Informationen? Können sie sich angemessen einbringen? Sind der Aufwand und der Ertrag passend?

2) Reflektieren Sie mit allen Netzwerkpartnern (einschliesslich der Angehörigen), wie die Netzwerkarbeit gegenseitig wahrgenommen wird, und was sich mit der Mitarbeit der Angehörigenvertretung geändert hat.

Wichtig

1) Schauen Sie sich vorab die eigenen und bestehenden fremden Ressourcen in der Region an (Ressourcenlandkarte): Können Sie die geplante Struktur überhaupt zeitlich und finanziell stemmen? Können oder müssen neue Kooperationen geschlossen werden, um die angestrebte Netzwerksteuerung zu ermöglichen?

(vgl. Themenblatt 1 **Ausgangslage klären**)

2) Weitere Hinweise, wie genau Sie die Entwicklung der Netzwerksteuerung mit Angehörigen unter Berücksichtigung der jeweiligen Vor- und Nachteile umsetzen können, finden sie auch im Themenblatt 3 **Werte und Ziele klären**. Die dort beschriebene Karten-Methode lässt sich auch für diesen Prozess verwenden.

3) Klären Sie ab, welche Angehörigen (unter Berücksichtigung der Pflegesituation und des Betroffenheitsgrads) bei diesem Entwicklungsschritt mitwirken können. Müssen es aktiv Betreuende sein oder können es auch ehemalige betreuende Angehörige sein?

Instrumente und weiterführende Literatur

- 5 Instrument zur Selbstevaluation
- 3 Organisationsbeispiele
- LID (2018). **Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung von regionalen Demenznetzwerken**
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016). **Miteinander – Füreinander. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Gemeinschaft**

3 Werte und Ziele klären

Worum geht es?

Damit das Netzwerk die Unterstützung für Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen verbessern und dabei die Angehörigen auf Augenhöhe einbeziehen kann, sollen wichtige Werte der Teilnehmenden sichtbar werden. Gemeinsam werden die übergeordneten strategischen Ziele für die Zusammenarbeit formuliert, hinter denen alle stehen können.

Vorbereitung

1) Eine neue Gruppe von Akteurinnen und Akteuren in der Demenzversorgung oder ein bestehendes Netzwerk hat sich entschlossen, betreuende Angehörige in die Netzwerkarbeit einzubeziehen.

2) Alle Stakeholder, v.a. auch interessierte Angehörige (mit aktueller oder früherer Betreuungserfahrung) wurden angesprochen und eingeladen.

3) Ein gemeinsames Treffen in geeignetem Rahmen ist organisiert.

Umsetzung

1) Die Teilnehmenden schreiben stichwortartig auf Karten Antworten auf die Fragen:

Was ist mir in der Zusammenarbeit im Netzwerk wichtig? (*Werte, Ziele*)

Was soll das Netzwerk leisten oder anbieten? (*'output'*)

Was soll das Netzwerk verändern oder erreichen? (*'outcome'*)

Die Karten der Angehörigen haben eine andere Farbe. Option: Zur Vorbereitung reflektieren die professionellen Teilnehmenden ihre Angebote mit dem **5 Instrument zur Selbstevaluation** vor dem Treffen.

2) Die Antwortkarten werden von den Teilnehmenden an einer Wand nach einem Muster (**Abb. 1**) geordnet und priorisiert.

3) Bereinigung: Sind die Karten in der richtigen Zeile?

Doppelte Karten in der gleichen Zeile werden übereinander gehängt oder entfernt.

4) Konzentrieren Sie sich in der anschließenden Diskussion auf die Spalte «sehr wichtig»: Gibt es unterschiedliche oder widersprüchliche Ziele oder Werte?

Wenn ja, sind sie wirklich sehr wichtig?

Können Karten in die zweite oder dritte Spalte verschoben werden?

5) Formulieren Sie anschliessend die Zielsetzungen des Netzwerks auf den drei Ebenen als strategische Ziele aus. Prüfen Sie dafür folgendes:

Wurden die Anliegen der Angehörigen genügend ernst genommen?

Sind die Ziele genügend ehrgeizig, dass sie motivieren und nicht zu hochgesteckt, so dass Enttäuschungen vorprogrammiert sind?

Voraussetzung

- Stakeholder, besonders betreuende Angehörige, sind zur Mitarbeit motiviert.

Umsetzung

- Interessen und Werte werden offengelegt.
- Gemeinsame Ziele werden ausgehandelt.

Wichtig

- Die Position der betreuenden Angehörigen stark gewichten.

Angehörigeneinbezug

- Angehörige einladen und in die Zieldiskussion vollwertig einbeziehen.

Werte und Ziele klären












	sehr wichtig 	neutral 	weniger wichtig 
Wichtig in der Zusammenarbeit (Werte)			
Leisten oder anbieten (output)			
Verändern oder erreichen (outcome)			

Abb. 1. Ordnen der Antwortkarten

Überprüfung

Die Ziele sollten - besonders nach grösseren Veränderungen in der Zusammensetzung des Netzwerks – periodisch überprüft werden. Was wurde schon erreicht? Was ist nach wie vor wichtig und wird weiterverfolgt? Was muss aufgrund von veränderten Bedürfnissen neu aufgenommen werden? (vgl. Themenblatt [7 Ziele des Netzwerks überprüfen](#))

Wichtig

1) Die Karten der Angehörigen sollten im Schritt 3 hohe Priorität behalten. Deshalb sollen sie an der Farbe erkennbar sein.

2) Rechnen Sie für den Schritt 3 genügend Zeit ein.

3) Die definitive Ausformulierung der Ziele kann auch nach dem Treffen geschehen.

Instrumente

- [4 Ideenliste für Werte](#)
- [5 Instrument zur Selbstevaluation](#)
- [Vorlage 6 Zielbaum](#)

4 Angebote abstimmen

Worum geht es?

In komplexen Pflege- und Betreuungssituationen sind oft eine Vielzahl von pflegerischen Diensten, medizinisch-therapeutischen Einrichtungen und sozialarbeiterischen Fachstellen beteiligt. Damit die betreuenden Angehörigen und ihre Menschen mit Demenz optimal unterstützt werden, müssen Netzwerk-Angebote aufeinander abgestimmt und miteinander verschränkt werden. Dazu werden Abläufe und Schnittstellen anhand von Fallbeispielen analysiert. Dadurch wird deutlich, wo z.B. Angebote zu wenig bekannt sind oder wo Nahtstellen zwischen verschiedenen Angeboten verbessert werden könnten.

Vorbereitung

1) Ein halbtägiger Workshop wird organisiert in einem Raum, der gross genug ist, dass sich die Teilnehmenden frei bewegen können.

2) Unter den Teilnehmenden wurden 4-5 anonymisierte Fallbeispiele gesammelt, oder es wird mit den Beispielfällen (vgl. [7 Drehbuch Fallwerkstatt](#) mit Fallbeispielen) gearbeitet.

Umsetzung

1) Stellen Sie die vorbereiteten Fälle vor, aber nur die Ausgangssituation. Klären Sie Verständnisfragen dazu. (vgl. [7 Drehbuch Fallwerkstatt](#))

2) Stellen Sie die Fälle in Gruppen von ca. 5-12 Personen dar: Stellen Sie zunächst die Ausgangssituation auf, indem Teilnehmende die verschiedenen Rollen übernehmen: Spitex, Alzheimerberaterin, Partnerin, Hausärztin usw. Beginnen Sie mit der betroffenen Familie und fügen Sie dann weitere Personen hinzu. Wer kommt wann dazu, mit welcher Leistung? Wie wird im Netzwerk eine solche Situation heute bearbeitet? Zeichnen Sie die Situation auf einem Flipchart auf.

3) Eskalation: Die Krankheit kommt in eine neue Phase. Wie geht es jetzt weiter? Zeichnen Sie auch diese Situation auf.

4) Stellen Sie weitere Eskalationsstufen auf und zeichnen Sie sie auf.

5) Austausch im Plenum: Was funktioniert heute gut, wo sind Schwachstellen, wo sollten weitere Akteurinnen und Akteure beigezogen werden, wo besteht Entwicklungspotential? Halten Sie die Ergebnisse auf Flipcharts fest.

An einem halben Tag sollte es möglich sein, in jeder Gruppe mind. ein weiteres, sich möglichst vom ersten unterscheidendes Fallbeispiel zu bearbeiten.

6) Die Ideen (Entwicklungspotentiale) werden z.B. in Form einer Zukunftswerkstatt zu Projektideen entwickelt (vgl. Themenblatt [5 Angebote entwickeln](#)).

Voraussetzung

- Fallbeispiele, wenn möglich von den Teilnehmenden

Umsetzung

- Halbtägiger Workshop zur Rekonstruktion der Fallbearbeitung in Gruppen mittels Aufstellungen.

Wichtig

- Heutige Situation darstellen, nicht ideale Lösung
- Angehörige teilnehmen lassen, um ihre Perspektive direkt zu erhalten.

Angehörigeneinbezug

- Teilnahme an der Fallwerkstatt

Angebote abstimmen

Überprüfung

1) Wie weit können die bearbeiteten Fälle die ganze Breite abdecken? Würden bei anderen Konstellationen noch weitere Schwachstellen, Unklarheiten, Lücken oder Doppelspurigkeit sichtbar?

2) Beschliessen Sie konkrete Veränderungsziele und das weitere Vorgehen. Überprüfen Sie zu einem späteren Zeitpunkt, ob wichtige Erkenntnisse tatsächlich umgesetzt wurden?

(vgl. Themenblatt **7 Ziele des Netzwerks überprüfen**)

Wichtig

1) Bei den Aufstellungen geht es um die Abbildung der heutigen Situation, nicht um eine ideale Lösung des Falls.

2) Die bearbeiteten Fälle sollten ein breites Spektrum häufiger Situationen abbilden. Es kann aber auch aufschlussreich sein, wenn zwei verschiedene Gruppen das gleiche Beispiel bearbeiten.

3) Darauf achten, ob es in der Wirklichkeit eine bewusste Koordination und Steuerung des Fallprozesses (Fallführung) gibt.

Instrument

- **7 Drehbuch Fallwerkstatt** mit Fallbeispielen

5 Angebote entwickeln

Worum geht es?

Bestehende Angebote werden gemeinsam mit betreuenden Angehörigen besser auf deren Bedürfnisse abgestimmt. Oder neue Angebote werden entwickelt, um weitere Bedürfnisse decken zu können. Mit der Methode Zukunftswerkstatt werden in drei Schritten aus Ideen konkrete Projektvorhaben gefunden, die anschliessend praktisch umgesetzt werden sollen.

Vorbereitung

1) In einem vorgängigen Treffen wird mit dem **5 Instrument zur Selbstevaluation** ein Themenbereich oder werden mehrere Themenbereiche bestimmt, in dem bzw. in denen Verbesserungen vorgenommen werden sollen (z.B. Information und Zugänge; Beratung und Unterstützung; Zusammenarbeit)

2) Ergänzend oder alternativ kann auch eine breitere Bedarfsabklärung bzw. Ist-Soll-Analyse durchgeführt werden.

3) Ein Tagesworkshop wird geplant in einer Umgebung, die zeitweise die Arbeit in Kleingruppen zulässt. Dazu werden auch einige betreuende Angehörige eingeladen. Der Workshop wird zeitlich so angesetzt (z.B. am Samstag), dass möglichst viele interessierte, auch berufstätige Angehörige teilnehmen können.

Umsetzung

(vgl. **8 Drehbuch Zukunftswerkstatt**)

1) Kritikphase: Was ist im thematisierten Bereich aktuell unbefriedigend? Lücken, Qualität, Erreichbarkeit, Ressourcen usw.

2) Ideenphase: Welche Ideen gibt es, um Verbesserungen zu erzielen? Auch Luftschlösser und ganz verrückte Ideen sind erlaubt!

3) Realisierungsphase: Welche Ideen sollen wie umgesetzt werden? Wen braucht es noch zur Unterstützung einzelner Projekte? Konkrete nächste Schritte vereinbaren.

Voraussetzung

- Der Themenbereich und das Angebotsziel wurden vorgängig bestimmt.

Umsetzung

- Zukunftswerkstatt

Wichtig

- Konzentration auf Möglichkeiten statt auf Hindernisse

Angehörigeneinbezug

- Als Teilnehmende der Zukunftswerkstatt
- Bei der Ist-Soll-Analyse befragen
- Projektideen von Angehörigen beurteilen lassen

Überprüfung

Informieren Sie sich nach der Veranstaltung gegenseitig, z.B. in nachfolgenden Treffen, über die Fortschritte in der Umsetzung der Projekte. Stimmen Sie diese, wenn nötig, gegenseitig ab.

Wichtig

1) Planen Sie genügend Zeit für die Zukunftswerkstatt und die Umsetzung der Projekte ein.

2) Konzentrieren Sie sich nach der Kritikphase auf Möglichkeiten für Verbesserungen, nicht auf mögliche Hindernisse. Würdigen Sie auch kleine Veränderungsideen. Grosse Veränderungen geschehen oft in kleinen Schritten!

Instrument

- **8 Drehbuch Zukunftswerkstatt**

6 Einzelfallarbeit mit Angehörigen

Worum geht es?

Wenn es im Einzelfall um konkrete Unterstützungsleistungen für Menschen mit Demenz geht, sind oft mehrere Stellen im Netzwerk beteiligt. Für manche betroffene Angehörige ist eine zentrale Ansprechperson wichtig, welche die verschiedenen Leistungen mit ihr koordiniert. Diese Koordination allein leisten zu müssen, kann für Angehörige eine grosse Belastung sein. Wenn keine Case-Managementstelle vorhanden ist, sollte pro Fall die Zuständigkeit für die übergreifende Fallführung eindeutig festgelegt und kommuniziert werden, falls die Angehörigen dies zu ihrer Unterstützung wünschen.

Vorbereitung

- 1) Die Netzwerksteuerung ist festgelegt.
- 2) Angehörige sind einbezogen.
- 3) Alle Beteiligten haben ein ähnliches Verständnis von Fallmanagement

Umsetzung

Falls keine Case Management-Stelle zur Verfügung steht, vereinbaren Sie im Netzwerk, nach welchen Kriterien wem die Rolle der übergreifenden Fallführung übertragen wird. Hausärztinnen und -ärzte sind häufig die ersten Anlaufstellen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen. Ein Teil von ihnen übernehmen gerne selbst die Fallführung, besonders im medizinisch-pflegerischen Bereich. Wo sie dies nicht wollen oder z.B. aus ungenügenden zeitlichen Ressourcen nicht können, kann die Aufgabe auch eine andere Vertrauensperson für die Betroffenen übernehmen.

Vereinbaren Sie im Netzwerk, welche Aufgaben und Kompetenzen mit der Fallführungsrolle verbunden sind.

Eine der zentralen Aufgaben ist dafür zu sorgen, dass die nötigen Informationen zwischen den direkten

Voraussetzung

- Netzwerksteuerung ist festgelegt
- Angehörige sind einbezogen

Umsetzung

- Befragung zu präferierten Informationsprozessen bei Angehörigen
- Fallmanagement-Vorgehen entwickeln

Wichtig

- Klare Zuständigkeiten für Fallmanagement

Angehörigeneinbezug

- Wahl der Vertrauensperson
- Wahl der Kommunikationskanäle

Betroffenen, den Angehörigen und den direkten Beteiligten im Netzwerk fließen, und zwar 'vertikal' zwischen Betroffenen und Leistungsanbietenden als auch 'horizontal' zwischen den Anbietenden. Klären Sie mit den Angehörigen, auf welchen Kanälen am einfachsten (und dennoch sicher) kommuniziert werden soll.

Klären Sie, welche Arbeitsformen (wie Beratungsgespräche, Runde Tische, Videokonferenzen) die zentralen Anliegen eines guten Fallmanagements am besten unterstützen können, nämlich

- **Transparenz:** Alle Betroffenen sind über wichtige Ziele, Entscheidungen und Verläufe informiert.
- **Beteiligung:** Alle Betroffenen sind in Entscheidungen angemessen einbezogen und können ihre Positionen einbringen.
- **Teilhabe und Selbstbestimmung:** Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können aufgrund vollständiger Informationen über mögliche Un-

Einzelfallarbeit mit Angehörigen

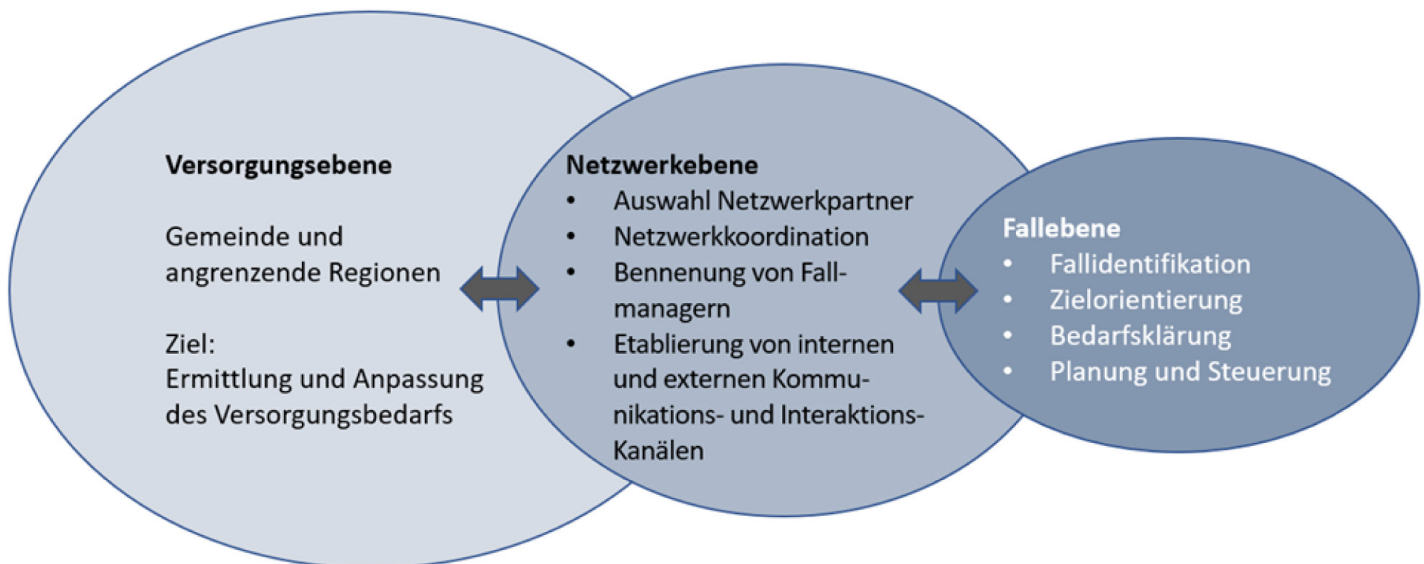


Abb. 1. Ebenen des Case Managements

terstützungsleistungen eigene Entscheidungen fällen.

- Klären Sie im Netzwerk, ob gemeinsame Instrumente diese Anliegen und eine effiziente Arbeitsweise ebenfalls unterstützen können, z.B. ein Prozessmodell, eine korrekte Schweigepflichtentbindung, eine Ziel- und Massnahmenplanung oder ein Evaluationsinstrument.
- Angehörige sollen Prozesse anpassen können (z.B. Vertrauensperson für die übergreifende Fallführung oder Kommunikationskanäle bestimmen)

Überprüfung

1) Planen Sie die Verbesserung des Fallmanagements schrittweise, aber mit konkreten Zielen.

2) Wenn Sie eine Weile Erfahrungen gesammelt haben, überprüfen Sie, ob die Ziele erreicht werden konnten, und mit welcher Wirkung auf die Unterstützung der konkreten Fälle (vgl. Themenblatt 7 **Ziele des Netzwerks überprüfen**).

Wichtig

1) Definieren Sie gemeinsam Aufgaben und Zuständigkeiten so, dass sie mit den verfügbaren Ressourcen zu bewältigen sind und von allen mitgetragen werden können.

2) Führen Sie schrittweise, aber stetig Verbesserungen ein und freuen Sie sich über Teilerfolge.

Weiterführende Literatur

- **Manual Case-Management** Steuernde Einzelfallhilfe für die Regelversorgung.

7 Ziele des Netzwerks überprüfen

Worum geht es?

In diesem Schritt überprüfen Sie bestehende Netzwerkziele und beziehen dabei betreuende Angehörige mitgestaltend ein.

Voraussetzung

- 1) Im Netzwerk wurde geklärt, welche Ziele erreicht werden sollen.
- 2) Es wurde benannt, wer mit welchen Massnahmen und Ressourcen zur Zielerreichung beitragen soll.
- 3) Sie kennen Messgrössen für ein erreichtes Ziel und wissen, wie Sie diese erheben können.

Umsetzung

- 1) Visualisieren Sie den Soll- und Ist- Zustand der Netzwerkziele

Wenn Sie vorab Ihre Ziele und Zielgrössen festgehalten haben, können Sie auf diese nun zugreifen und in einer Tabelle wie im Beispiel (Tab. 1) darstellen. Nun können Sie die Ziele reflektieren und als erreicht festhalten oder Änderungsbedarf benennen. Halten

Voraussetzung

- Netzwerkziele sind definiert.

Umsetzung

- Modell für Zielüberprüfung festlegen
- Befragungsansatz auswählen

Wichtig

- Die geplante Massnahmen müssen auf die gegebenen Ressourcen abgestimmt sein.

Angehörigeneinbezug

- Kontaktaufnahme mit Angehörigen aus dem Netzwerk

Sie wieder einen Zeitraum fest, bis wann diese erreicht werden sollen.

Nennen Sie das ursprüngliche Ziel und halten Sie fest, woran sie erkennen, dass das Ziel erreicht ist; bis wann es erreicht sein sollte; wie weit es erreicht wurde; was noch gemacht werden kann, um es zu erreichen oder wie das Ziel neu formuliert werden soll; und bis wann dies wiederum geschehen soll.

Machen Sie die Zielüberprüfung am besten im Rahmen einer Gruppendiskussion, denn auf Ergebnisse müssen sich alle NW-Mitglieder einigen können.

- 2) Im nächsten Schritt sind die Angehörigen dran. Lassen Sie auch sie diese die Zielerreichung beurteilen. Dieses Vorgehen hat mehrere Vorteile:

Sie erfahren direkt, wie Angehörige die Zielerreichung aus ihrer Sicht beurteilen.

Die Angehörigen können Ziele anders verstanden haben und beurteilen sie deshalb anders. Missverständnisse können so aufgedeckt und ausgeräumt werden.

Die Angehörigen werden in die strategische Ausgestaltung des Netzwerks einbezogen und wertgeschätzt.

- 3) Wenn die bisherigen Ziele evaluiert worden sind und das weitere Vorgehen besprochen wurde, werden die Ziele priorisiert: Ist das Ziel überhaupt noch wichtig, oder hat es sich inzwischen erledigt? Bei nicht erreichten Zielen wird festgelegt, wie wichtig sie sind. Die wichtigsten sollen besonders dringlich in Angriff genommen werden.

Ziele des Netzwerks überprüfen

Personen	Ursprungsziel	Messgrösse	Zeitraum	Stand	Reflexion/Massnahmen	Zeitraum
Netzwerk-Akteure						
Angehörige						

Priorität (ankreuzen): +++++ // ++++ // ++ // + // -

Tab. 1. Zielüberprüfung

4) Um die betreuenden Angehörigen erweitert in die Zielüberprüfung einzubeziehen, können Sie eine Befragung durchführen.

Wichtig ist, dass Sie den Angehörigen das Ziel der Befragung gut erläutern. Um den Aufwand kurz zu halten, können Sie standardisierte Fragebögen mit Freitextfeldern nutzen. Sie können dafür ein herkömmliches Textprogramm nutzen, oder mit speziellen Programmen im Internet eine Online-Befragung aufsetzen. Sie können auch eine telefonische Befragung vornehmen. Falls Sie mehr Ressourcen haben, können Sie auch kurze Interviews mit Angehörigen zu deren Einschätzung der Netzwerkziele durchführen. Inwiefern Sie zu Angehörigen nach Hause gehen, sie ins Netzwerk einladen oder die Befragung per Mail realisieren, ist immer eine Frage Ihrer Ressourcen und derjenigen der Angehörigen. Meist führen aufsuchende Massnahmen zu einer höheren Beteiligung der Angehörigen. Wägen Sie die Vor- und Nachteile von schriftlichen und mündlichen Befragungen ab (Tab. 2).

Überprüfung

1) Fragen Sie vor den Befragungen bei den Angehörigen nach, ob sie die Zielsetzung wirklich verstanden haben.

2) Verdeutlichen Sie, dass es nicht um positive oder negative Antworten geht, sondern darum, so zu antworten, wie man empfindet.

Wichtig

1) Nach der Überprüfung der Ziele sollte auch diskutiert werden, ob sie sinnvoll waren und tatsächlich gemessen werden konnte. Legen Sie allenfalls angepasste Ziele mit den Angehörigen fest.

2) «Nach dem Spiel ist vor dem Spiel»: Nach der Zielevaluation und Zielanpassung beginnt der Netzwerkkreislauf von vorne: Die neuen Ziele müssen umgesetzt und bestehende Netzwerkstrukturen daran angepasst werden.

Instrument und weiterführende Literatur

- 5 Instrument zur Selbstevaluation
- Fässler, Sarah; Studer, Sibylle (2019): [Wirkungsevaluation von Interventionen](#)

Ziele des Netzwerks überprüfen

Befragungsform	Vorteile	Nachteile
Schriftliche Befragung (per Brief oder Online)	<ul style="list-style-type: none"> • grosse Personenanzahl zeitgleich befragbar ohne Mehraufwand • weniger Risiko sozial erwünschter Antworten, als wenn Interviewer anwesend • schnelle Umsetzbarkeit der Befragung (bei Massenversand per E-Mail) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen erstellen ist anspruchsvoll • geringe Antwortraten (ca. 5 bis 30 Prozent) • keine Kontrolle, wer wie ausfüllt (z.B. Reihenfolge der Fragenbeantwortung) • unverständene Fragen oder unverständliche Antworten können nicht erklärt werden
Mündliche Befragung (vor Ort oder per Telefon)	<ul style="list-style-type: none"> • gut kontrollierbare Interviewsituation • Fragen spontan anpassbar, damit sie so gut wie möglich passen • kaum Einschränkungen bei der inhaltlichen Tiefe der Befragung (befragte Person kann besser einbezogen werden) • Unklarheiten können oft erkannt und beseitigt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • nur eine oder wenige Personen sind zeitgleich befragbar • aufwändige Terminfindung • meist hoher Zeitaufwand • Verzerrung durch sozial erwünschte Antworten (je nach Thema) möglich

Tab. 2. Schriftliche und mündliche Befragung

8 Angebote verbessern

Worum geht es?

In diesem Schritt klären Sie, ob die Angebote den definierten Zielen entsprechen und wie Sie systematische Anpassungen vornehmen können.

Voraussetzung

1) Im Netzwerk wurden die Ziele zu den Angeboten überprüft und Anpassungsbedarf festgestellt.

2) Sie haben einen klaren Ablaufplan, um den Austausch zu strukturieren und zu protokollieren. Damit können Sie später abermals die Zielerreichung evaluieren. Sie können untenstehende **Tabelle 1** dafür nutzen.

Umsetzung

1) Visualisieren Sie den geplanten Ablauf der Angebotsanpassung

Optimalerweise haben Sie bereits Ihre Ziele, die mit Netzwerkangeboten zu tun haben, überprüft. Dabei kann es um die Weiterentwicklung oder Neuausrichtung solcher Angebote gehen.

Voraussetzung

- Bestehende Angebote wurden reflektiert.

Umsetzung

- Relevante Akteure sind versammelt.
- Workshopansatz wurde ausgewählt.

Wichtig

- Die geplanten Massnahmen müssen auf die gegebenen Ressourcen abgestimmt sein.

Angehörigeneinbezug

- Kontaktaufnahme mit Angehörigen aus dem Netzwerk

Ein Wirkmodell kann helfen, diesen Prozess zu planen und später die Zielerreichung zu überprüfen. **Tabelle 1** zeigt ein solches Wirkmodell.

2) Schliessen Sie Angehörige in die Angebotsweiterentwicklung mit ein

Spätestens nachdem Sie als NW-Akteure die erste Tabellenzeile ausgefüllt haben, sollten Sie Angehörige zu der zweiten Tabellenzeile befragen (vgl. Themenblatt **7 Ziele des Netzwerks überprüfen**). Am besten diskutieren Sie und die Angehörigen gemeinsam die Vorgehensweise und Überlegungen, um die Angebote zu verbessern. Eine bewährte Form dafür ist das World-Café.

Ein World-Café dauert mindestens 45 Minuten bis drei Stunden. Die Teilnehmenden stehen oder sitzen im Raum verteilt an Tischen oder Flipchart-Ständern mit idealerweise vier, maximal sechs Personen. Die Standorte (Tische oder Flipchart-Ständer) sind mit je einem bis zwei leeren Flipcharts belegt. Zu jedem diskutierenden Inhaltsbereich wird jedem Standort ein Moderator (NW-Akteur) zugeordnet. Bei jedem Standort sollten auch betreuende Angehörige teilnehmen.

Nach ca. 15-minütigem Austausch wechseln alle Teilnehmenden ausser der Moderationsperson die Standorte und diskutieren zum nächsten Thema weiter. So kann jede Person zu jedem Inhaltsbereich seine Meinung kundtun und mitgestalten.

Nach Ende der Sammlungsphase werden von der Moderationsperson zentrale Ergebnisse von jedem Standort nochmal strukturiert auf einem neuen Flipchart festgehalten und im Anschluss im Plenum präsentiert.

In **Abb. 1. World-Café** werden die beschriebenen Abläufe bildlich dargestellt:

Angebote verbessern

Neues oder optimiertes Angebot	Ressourcen	Umsetzung	Ergebnis oder Wirkung
...	Personell Zeitlich Materiell Finanziell
Ist das Angebot passend für die Zielgruppe?	Reichen die Ressourcen aus?	Welche Rolle können die Angehörigen übernehmen?	Ist das Ergebnis für die Angehörigen so optimal?

Tab. 1. Wirkmodell

Überprüfung

Fragen Sie vor den Angehörigen nach, ob sie die Zielsetzung der Veranstaltung wirklich verstanden haben.

Verdeutlichen Sie, dass es nicht um positiven oder negativen Input geht, sondern darum, so zu antworten, wie man es für richtig hält.

Wichtig

- Klären Sie mit den Angehörigen ab, ob die erarbeiteten Ergebnisse wirklich ihren Bedürfnissen entsprechen.
- Erfragen Sie bei den Angehörigen, ob sie auch die Umsetzung mit begleiten wollen, und in welcher Form.

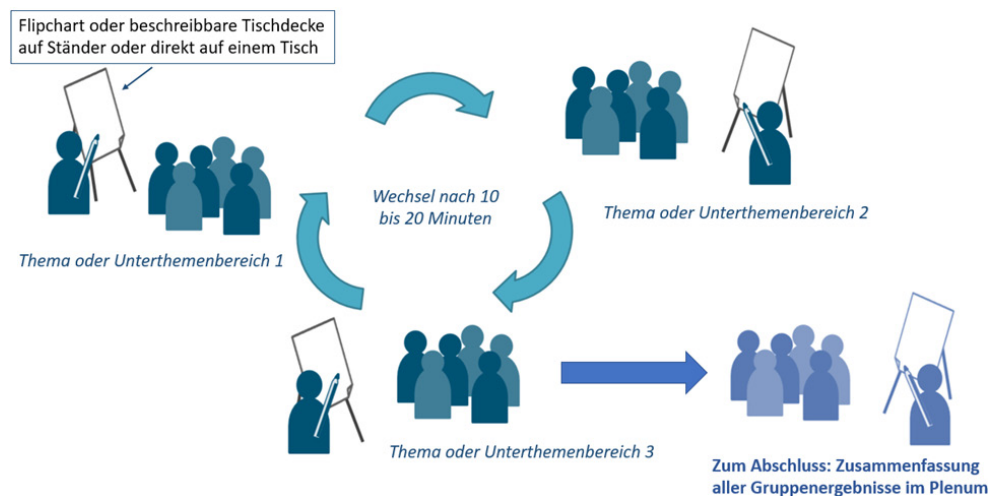


Abb. 1. World-Café

Angebote verbessern

Instrument und weiterführende Literatur

- 5 Instrument zur Selbstevaluation
- LID (2018). Leitfaden für den Aufbau und die Umsetzung von regionalen Demenznetzwerken

Arbeitshilfen

1 Netzwerkkarte

Wo steht unser Netzwerk?

Das Modell von Kaats & Opheij vereint 5 Bedingungen für die erfolgreiche Zusammenarbeit in Netzwerken.

Mit der Netzwerkkarte können Sie einzeln oder gemeinsam einschätzen, zu welchem Grad diese Bedingungen aktuell erfüllt sind.

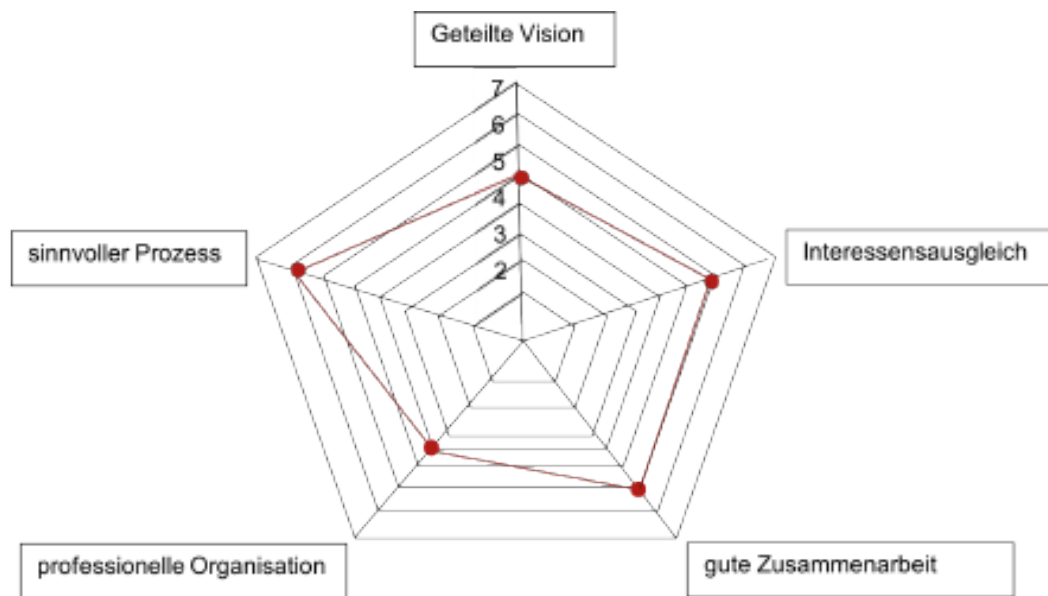


Abb. 1. Netzwerkkarte (nach Kaats & Opheij (2014, Abb. 3.6, S. 63)

Geteilte Vision (Shared Ambition)

Wie weit verfügt das Netzwerk über eine gemeinsame Vision? Wie attraktiv, wichtig ist sie den Partnerinnen und Partnern? Welche Bedeutung hat sie für diese, so dass sie die Vision nachhaltig unterstützen? Was will man gemeinsam erreichen? Welche Aufgaben will man gemeinsam lösen? Wie gut entspricht die Vision der Perspektive von betreuenden Angehörigen?

Interessensausgleich (Doing Justice to Interests)

Wie weit gelingt es, unterschiedliche Interessen der beteiligten Organisationen zu integrieren, zu balancieren? Ergibt die Zusammenarbeit für alle einen Mehrwert? Können alle ihre Interessen einbringen und fair verhandeln? Oder gibt es einseitige Dominanz einzelner Partnerinnen oder Partner, die sich immer durchsetzen? Haben die Interessen, Bedürfnisse, Erfahrungen und das Wissen betreuender Angehöriger einen hohen Stellenwert?

Netzwerkkarte

Gute Zusammenarbeit (Relations)

Wie gut kennen die Partnerinnen und Partner? Wie vertrauensvoll und belastbar sind ihre Beziehungen? Entsteht aus der Zusammenarbeit mehr als die Summe der Leistungen der einzelnen Organisationen? Sind erfahrene betreuende Angehörige als Partnerinnen und Partner mit einbezogen? Gibt es genügend Zeit für den persönlichen Austausch?

Professionelle Organisation (Organization)

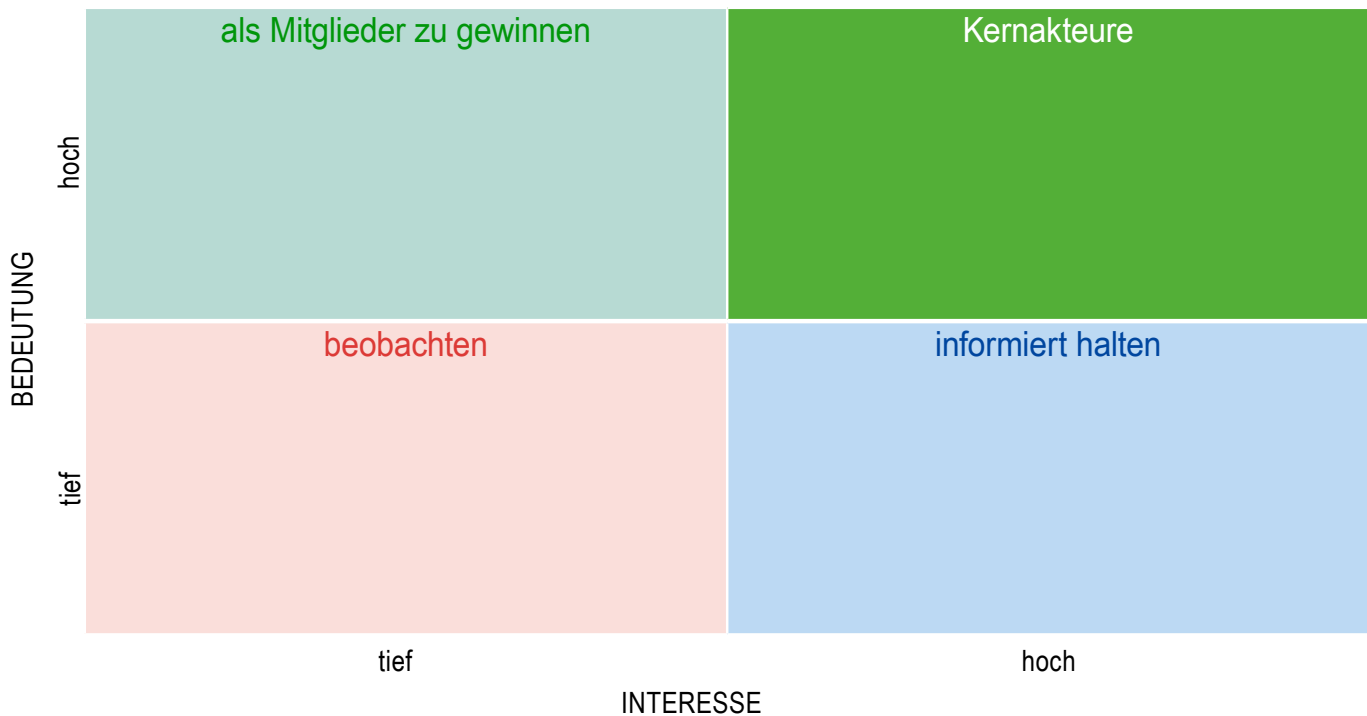
Wie effizient ist die Organisationsstruktur im Hinblick auf die gemeinsamen Ziele und Aufgaben? Wie transparent sind Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse? Wie klar sind getroffene Abmachungen? Wie weit werden Koordinations- und Führungsaufgaben verantwortungsbewusst und zuverlässig wahrgenommen? Schenken sie betreuenden Angehörigen genügend Aufmerksamkeit? Wie gut bringen die Partnerinnen und Partner sich ein und unterstützen einander und das Netzwerk?

Sinnvoller Prozess (Process)

Gibt es eine sinnvolle Prioritätensetzung und Planung, so dass die richtigen Dinge zur richtigen Zeit gemacht werden? Wie gut entwickelt sich die Zusammenarbeit weiter, auch mit betreuenden Angehörigen? Wie gut wird geachtet auf sowohl Inhalte, Beziehungen und Strukturen des Netzwerks? Wie aufmerksam sind die Partnerinnen und Partner auf Indikatoren für notwendige Veränderungen?

2 Stakeholdermatrix

Die Stakeholdermatrix erlaubt es, relevante Partnerinnen und Partner (Stakeholder) zu identifizieren, ihre Rollen zu analysieren und die Art der Beziehungen zu ihnen zu definieren.



Die Matrix baut auf den Achsen «Bedeutung» und «Interesse» auf. Stakeholder werden einerseits unterschieden nach dem Ausmass ihres Einflusses oder Gewichts (für ein bestimmtes Vorhaben, für die anvisierten Netzwerkziele usw). Dies kann resultieren aus personellen oder finanziellen Ressourcen, fachlichem Status, Erfahrung und Fachkompetenz, Überzeugungskraft usw. «Interesse» bedeutet, wie viel Engagement sie für die Sache und die Zusammenarbeit einbringen, wie grossen Nutzen sie davon haben oder sich versprechen, wie wichtig das Netzwerk für die eigenen Aufgaben ist, welche Alternativen ihnen zur Verfügung stehen, u.a.m.

sein. Wenn z.B. ihre Bedeutung hoch, aber das Interesse an der Zusammenarbeit (noch) klein ist, können ihnen die Vorteile des Netzwerks nähergebracht werden, um sie für ein Engagement zu gewinnen. Oder es können Wege gesucht werden, wie sie eigene Interessen im Rahmen des Netzwerks besser einbringen und umsetzen können als ohne dieses. Sind hingegen sowohl Bedeutung als auch Interesse eher klein, lohnt es sich vielleicht nicht, viel zu investieren.

Je nachdem, zu welchem der vier Felder die Stakeholder zugeordnet werden, können andere Aspekte in der Gestaltung der Beziehungen zu ihnen wichtig

3 Organisationsbeispiele

Verein Netzwerk Demenz beider Basel

Das **Netzwerk Demenz beider Basel** ist eine Plattform für Organisationen und Fachpersonen im Demenzbereich. Es vernetzt die verschiedenen Akteure und vertritt deren Interessen.

Das Netzwerk engagiert sich für optimale Rahmenbedingungen zur Betreuung, Behandlung und Unterstützung von Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen und den an der Betreuung, Behandlung sowie Forschung beteiligten Menschen und Berufsgruppen.

Unter der Rubrik «Über uns»/Unsere Anliegen ist ein Link zum **Konzept** zu finden mit u.a. Angaben zur Organisationsform (inkl. Organigramm) und zum Netzwerkmanagement (S. 13-15).

Stiftung «Plattform Mäander», Kanton Zürich

Das Ziel der im August 2022 gegründeten Stiftung ist es, die gesellschaftliche Integration von Demenzbetroffenen zu verbessern. Sie vernetzt Menschen mit und ohne Demenz und Organisationen aus allen Bereichen der Zivilgesellschaft.

Zum Zeitpunkt der Drucklegung verfügt die Stiftung noch nicht über einen eigenen Internetauftritt. Informationen zur Gründung siehe **Medienmitteilung** der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich vom 24.08.2022. Im Regierungsbeschluss **RRB 2020-0700** finden sich u.a. eine Liste der Mitglieder des Netzwerks (S. 6) und Angaben zur Aufbau- und Ablauforganisation (S. 8). Auf der Plattform Stiftung Schweiz verfügt Mäander über einen **Eintrag**.

RaJoVita, Stiftung für Gesundheit und Alter, Rapperswil-Jona SG

Die Stiftung **RaJoVita** vereinigt eine breite Palette von Angeboten im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung, die verschiedene, auch demenzspezifische Wohnformen, eine Tagesstätte, Spitex und Freiwilligenarbeit umfassen.

Die «**Drehscheibe**» ist die Anlaufstelle für die Beratung und Vermittlung aller Dienstleistungen in der Stadt/Region. Sie ist auch ausserhalb der Stiftung RaJoVita gut vernetzt mit weiteren Anbietern.

Organigramm

Ein ähnliches Modell weist die Altersversorgung der Stadt Wil SG und umliegender Gemeinden mit der Stiftung **Thurvita** auf.

4 Ideenliste für Werte

Für die Zusammenarbeit im Netzwerk spielen Werte eine wichtige Rolle. Um die Zusammenarbeit zu initiieren oder zu verbessern, lohnt es sich deshalb zu klären, welche Werte die Partnerinnen und Partner teilen, und mit welchen Unterschieden man umgehen muss, um (versteckte) Konflikte zu vermeiden.

Die Ideenliste bietet eine Auswahl von Werten, die häufig als wichtig genannt werden. Im Themenblatt **3 Werte und Ziele klären** wird erklärt, wie damit gearbeitet wird. Im ersten Schritt überlegen die Beteiligten einzeln, welche Werte ihnen sehr wichtig, wichtig oder weniger wichtig sind. Anschliessend wird mit der Karte ein Bild der gesamten Gruppe zusammengetragen.



Abb. 1. Quelle: Dahmen, Sandra; Michelsen, Jessica; Zonneveld, Nick (2021). Digitale Waardenkaart integrale zorg. Utrecht: Vilans, <https://www.vilans.nl/kennis/waardenkaart-verbeter-de-samenwerking>, abgerufen 3.10.2022 (deutsche Übersetzung von Martin Müller)

5 Instrument zur Selbstevaluation

1 Einleitung

Viele Fachpersonen aus der Pflege und der Sozialen Arbeit berichten, dass betreuende Angehörige Angebote zur Unterstützung und Entlastung trotz hoher oder übermässiger Belastung nicht oder nur unzureichend nutzen. Angehörige ihrerseits führen unterschiedlichste Gründe an, warum sie dies nicht tun. Das Phänomen der fehlenden Passung zwischen Bedarfen und Angeboten bestätigen inzwischen verschiedene Studien auch für die Schweiz (Fringer et al. 2019; Kaplan et al. 2020; Kraft und Manike 2019; Otto et al. 2019; Rička-Heidelberger et al. 2020; Sottas Beat et al. 31.06.2020; Zeyen Petra et al. 2020). Einige beziehen sich dabei explizit auch auf betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz (Fringer et al. 2019; Kraft und Manike 2019). Es ist davon auszugehen, dass ein Grossteil der allgemeinen Erkenntnisse auch für die Lebenssituation von betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zutrifft.

Vor diesem Hintergrund setzt sich die Erkenntnis bei den Praxisorganisationen immer mehr durch, dass die Passung zwischen Bedarfen und Angeboten für betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz zu verbessern ist.

Das vorliegende Instrument dient der Reflexion, Überprüfung und Entwicklung von Vernetzungs- und Angebotsstrukturen zugunsten betreuender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Es soll dazu beitragen, Veränderungspotenzial innerhalb der Organisation zu erkennen sowie die Zusammenarbeit Formalar in Versorgungsnetzwerken zu stärken.

Kontext:

Das Instrument wurde im Zuge des Forschungs- und Entwicklungsprojektes AnKer entwickelt. Die aktuelle Version vom September 2021 stellt den Prototyp dar. Dieser basiert auf Erkenntnissen aus den vier beteiligten Netzwerken, aktuellen Forschungsstudien sowie verschiedenen Modellen aus der Sozialen

Arbeit und dem Gesundheitsbereich (vgl. Kapitel 4 **Verwendete Modelle**). Der Prototyp wird im weiteren Projektverlauf in den beteiligten Organisationen und Netzwerken getestet und aufgrund der Rückmeldungen weiterentwickelt.

2 Ziele

Eine Optimierung der Passung zwischen Bedarfen und Angeboten kann auf drei Ebenen erreicht werden:

- auf der Ebene der Mitarbeitenden und deren unmittelbaren Zusammenarbeit mit den Angehörigen;
- auf der Ebene der einzelnen Organisation, der Strukturen und Prozesse;
- auf der Ebene des lokalen oder regionalen Netzwerks, der Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Anbietern

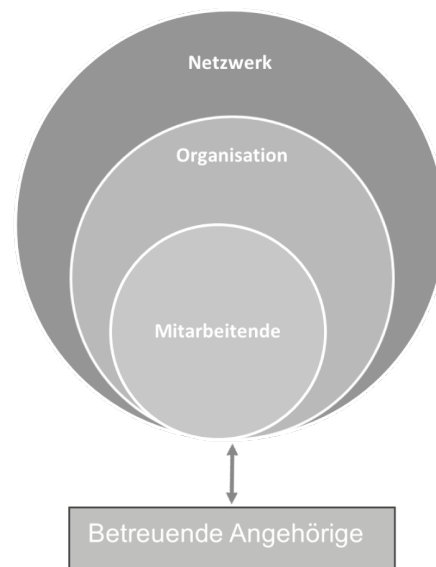


Abb. 1 Handlungsebenen (Eigene Darstellung)

Instrument zur Selbstevaluation

Damit verbunden sind auf den drei Ebenen folgende Ziele:

Mitarbeitende

- werden für eigene Haltungen und professionelle Praktiken in der Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen sensibilisiert und reflektieren diese kritisch;
- vertiefen und erweitern ihre Wahrnehmung für Denk- und Verhaltensweisen in der Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen;
- werden angeregt, neue Lösungen zu suchen, vorzuschlagen und wo möglich selbst umzusetzen.

Organisationen und Mitarbeitendenteams

- werden für ihre Strukturen und Prozesse in der Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen sensibilisiert und reflektieren diese kritisch;
- reflektieren bestehende Angebote hinsichtlich der Zugänglichkeit für betreuende Angehörige
- erkennen Themen und Ansatzpunkte für Veränderungen;
- werden angeregt, veränderte oder neue Lösungen zu entwickeln und zu implementieren.

Lokale und regionale Netzwerke

- reflektieren bestehende Angebote sowie Lücken oder Doppelspurigkeiten im Netzwerk;
- reflektieren ihre Zusammenarbeit auf die Zugänglichkeit der Angebote für betreuende Angehörige;
- erkennen Themen und Ansatzpunkte für Veränderungen im Netzwerk;
- werden angeregt, veränderte oder neue Lösungen zu entwickeln und zu implementieren.

men. Er besteht aus Aussagen, die mittels Checkboxen nach Erfüllungsgrad sowie Priorität (Bedeutung oder Dringlichkeit) eingeschätzt werden können. Der Katalog ist nach verschiedenen Themen gegliedert, die in Beratungs-, Unterstützungs- und Entlastungsprozessen für betreuende Angehörige relevant sein können. Je nach Auftrag der Organisation können einzelne Themenbereiche grössere oder kleinere Bedeutung haben.

Anwendung: Die Gründe und Bedingungen, die «Passung» erleichtern oder erschweren, sind vielschichtig und komplex. Es gibt weder den richtigen Weg noch einfache Rezepte noch eine Lösung für immer und ewig, um die Passung zu erreichen. Vielmehr geht es um einen kreativen Suchprozess, um «*die Kunst der Zusammenarbeit*» (Witteveen et al. 2021) zwischen betreuenden Angehörigen und Professionellen. Deshalb verzichtet das Instrument auf die Definition quantitativer Ziele, eine Klassifizierung (Erreichungsgrad) oder Benchmarks. Im Sinne einer Selbsteinschätzung wird beurteilt, in welchem Mass eine Aussage zutrifft (nicht erfüllt bis gut erfüllt). Zudem kann in jeder Zeile die Priorität auf einer Skala von 0 (keine Bedeutung) bis 4 (hohe Bedeutung) mittels Auswahlliste gewählt werden («Dropdown», ins Feld klicken öffnet die Liste).

Anwenderinnen und Anwender des Instrumentes bestimmen selbst, wie sie ihr eigenes Ergebnis einschätzen. Es kann einzeln oder im Team ausgefüllt werden.

3 Selbstevaluationsinstrument: Aufbau und Anwendung

Aufbau: Der Einschätzungskatalog dient dazu, Entwicklungspotentiale zu orten, um die Angebote besser auf den Bedarf betreuender Angehöriger abzustim-

Informationen für Angehörige

1	Informationen über Demenz erreichen Angehörige auf mehreren Kanälen und in mehreren Formaten (Print, Online, Veranstaltungen usw.)					
2	Informationen und Adressen über Entlastungs- und Beratungsangebote sind in unterschiedlichen Sprachen verfügbar (z.B. Übersetzungsfunktion auf der Website).					
3	Angehörige finden verständliche Informationen und Adressen zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten gebündelt und aktuell an einem Ort.					
4	Informationen und Adressen werden auf verschiedenen Kanälen verbreitet (z.B. Flyer, Zeitung, Website, Social Media usw.).					
5	Junge Angehörige (Kinder, Jugendliche, «young carers») sprechen wir speziell an, über geeignete Kanäle und Schlüsselpersonen.					
6	Angehörige von frühbetroffenen Menschen mit Demenz sprechen wir speziell an, über geeignete Kanäle und Schlüsselpersonen.					
7	Angehörige mit nicht-deutschsprachigem Migrationshintergrund sprechen wir speziell an, über geeignete Kanäle und Schlüsselpersonen.					
8	Die Öffentlichkeit wird ausreichend und realistisch über die Krankheit Demenz und damit verbundene Herausforderungen für Angehörige informiert und sensibilisiert.					

Weiterführende Gedanken

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zugänge					
9	Betreuende Angehörige haben eine zentrale Anlauf- und Auskunftsstelle.				
10	Unsere Öffnungszeiten entsprechen den Bedürfnissen berufstätiger Angehöriger (z.B. mittags, abends erreichbar).				
11	Alle Fachstellen und Mitarbeitenden sind umfassend über Beratungs- und Entlastungsangebote im Netzwerk informiert und vermitteln Angebote Dritter massgeschneidert an die betreuenden Angehörigen.				
12	Haus- und Fachärzte werden regelmässig über Angebote für betreuende Angehörige informiert. Sie vermitteln auch nicht-pflegerische Angebote an die Angehörigen.				
13	Angehörige werden systematisch auf Angebote anderer Fachstellen und Dienstleistenden hingewiesen und bei Bedarf übergeleitet.				
14	Vor einer Weiterverweisung an eine andere Stelle überprüfen wir, ob sie zuständig und wer die zuständige Ansprechperson ist.				
Weiterführende Gedanken					
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.					

Aufnahme (Assessment)					
15	Bei neuen Fällen erfassen wir die Situation der <i>Angehörigen</i> systematisch.				
16	Neue Fälle analysieren wir in einer systemisch-ganzheitlichen Sicht, d.h. nicht beschränkt auf den erkrankten Klienten oder die Klientin.				
17	Die Situation von Kindern und Jugendlichen in der Familie erhält unsere besondere Aufmerksamkeit.				
18	Für die Situationsanalyse (Anamnese, Assessment) der Angehörigen setzen wir ein entsprechendes Instrument/Modell (z.B. Fragebogen, Leitfaden, Checkliste usw.) ein.				
19	Für die Selbsteinschätzung (Selbstassessment) ihrer Situation (z.B. Belastung) stellen wir betreuenden Angehörigen Instrumente zur Verfügung.				
20	Neben der Belastung durch die Pflege/Betreuung erfassen wir auch weitere Verpflichtungen (Familie, Erwerbsarbeit, Ehrenamt etc.) der betreuenden Angehörigen sowie Zeit und Aktivitäten für Erholung.				

3		nicht erfüllt	teilweise	gut	sehr gut	Priorität (klicken)
21	Wir thematisieren die Motive für die Übernahme der Betreuung sowie die Wünsche der betreuenden Angehörigen bezüglich ihrer Rolle.					
22	Angehörigen vermitteln wir umfassende Informationen über sämtliche Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung im Netzwerk.					
Weiterführende Gedanken						
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.						

Beratung und Unterstützung						
23	In Notfällen haben Anliegen von Angehörigen Priorität, sie erhalten umgehend Hilfe oder die Zuweisung an andere Fachstellen.					
24	Angehörige haben für nicht-medizinische Notfälle rund um die Uhr eine Ansprechmöglichkeit.					
25	Angehörige können unterschiedliche Kontaktkanäle für Besprechungen oder Beratungen nutzen (vor Ort, Telefon, Video, E-Mail, Chat usw.).					
26	Beratung und Unterstützungsangebote für Angehörige bieten wir in verschiedenen Sprachen an (z.B. mit Beizug qualifizierter Dolmetscher/Dolmetscherinnen).					
27	Treffen mit Angehörigen finden auf ihren Wunsch auch ausserhalb des Büros statt (z.B. zu Hause).					
28	Es besteht ein Betreuungsangebot für Personen mit Demenz, um Angehörigen ungestörte Besprechungen zu ermöglichen					
29	Angehörige haben eine konstante Bezugsperson in der Organisation.					
30	Kontakte mit Angehörigen können über längere Zeit auch ohne direkten Anlass stattfinden (proaktive Nachfrage, regelmässiger Austausch).					
31	Wir erstellen regelmässig Arbeitsvereinbarungen mit betreuenden Angehörigen (Zielvereinbarungen, Rollenklärung, Massnahmenplanung usw.).					
32	Die Erfahrung und das Wissen der betreuenden Angehörigen haben in der Beratung/Unterstützung einen hohen Stellenwert.					
33	Der Schutz der familiären Privatsphäre hat einen hohen Stellenwert.					
34	Der Respekt vor Gewohnheiten und familiären Ritualen haben einen hohen Stellenwert.					

4		nicht erfüllt	teilweise	gut	sehr gut	Priorität (klicken)
35	Wir haben Formen der Anerkennung für betreuende Angehörige etabliert, die sie schätzen und die ihnen guttun.					
36	Wir bieten betreuenden Angehörige Lernangebote (z.B. über Demenz, Pflege Themen, Administratives usw.) oder vermitteln ihnen solche.					
37	Wir unterstützen Peer-to-Peer-Austausch unter betreuenden Angehörigen in verschiedenen Formen oder bieten solche Möglichkeiten an.					
38	Unsere Angebote berücksichtigen die rollen-, alters-, geschlechtsspezifische und weitere Bedürfnisse (z.B. Gruppe für «young carers», Früherkrankte, erwachsene Söhne oder Töchter, männerspezifische Angebote)					
39	Ich /wir sind spezifisch für die Arbeit mit betreuenden Angehörigen (eingeschlossen solche von Frühbetroffenen sowie young carers) von Menschen mit Demenz geschult.					
Weiterführende Gedanken						
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.						

Zusammenarbeit im Netzwerk					
40	Für Netzwerkarbeit mit anderen Anbietenden stehen uns/mir personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung (z.B. für die Teilnahme an Vernetzungstreffen, fallbezogene Absprachen und Koordinationen).				
41	Die Vernetzung mit anderen Organisationen ist darauf ausgerichtet, dass Angehörige möglichst einfach Zugang zu Angeboten finden.				
42	Betreuende Angehörige beziehen wir institutionalisiert in die Angebotsentwicklung ein.				
43	Das Netzwerk wird laufend und gezielt erweitert durch die Aufnahme von neuen Fachpersonen/Organisationen.				
44	Im Netzwerk werden gemeinsame Arbeitsinstrumente eingesetzt, wie z.B. Schweigepflichtsentbindung, gemeinsamer Pflege- und Betreuungsplan usw., um die Transparenz und die Selbstbestimmung für die betreuenden Angehörigen und die betreute Person zu unterstützen.				
45	Runde Tische werden in komplexen Einzelfällen unter Einbezug der betreuenden Angehörigen zeitnah durchgeführt.				
46	In Fällen mit vielen Beteiligten übernimmt eine Fachperson aus dem Netzwerk eine Koordinationsfunktion mit dem Ziel, die betreuenden Angehörigen davon zu entlasten bzw. darin zu unterstützen.				
47	Es gibt ein etabliertes Case Management-System mit dem Ziel, die Selbstbestimmung der Person mit Demenz und der betreuenden Angehörigen zu unterstützen.				
48	Betreuende Angehörige beziehen wir regelmässig und institutionalisiert in die Entwicklung des Netzwerks ein.				
Weiterführende Gedanken					
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.					

Ablösung

49	Wir bieten Angehörigen Unterstützung bei der Vorbereitung des Abschieds von der sterbenden Person an.					
50	Die Situation der Angehörigen nach dem Tod der betreuten Person sprechen wir systematisch an.					
51	Auf Wunsch beraten wir Angehörige auch nach dem Tod der betreuten Person.					
52	Erfahrungen und Rückmeldungen über die Zusammenarbeit holen wir bei den Angehörigen ein und verarbeiten sie weiter.					
53	Wir führen regelmässig interne fallbezogene und fallübergreifende Evaluationen durch.					
54	Wir führen/führten Evaluationen der Angehörigenarbeit mit Unterstützung externer Fachpersonen durch.					
Weiterführende Gedanken						
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.						

Instrument zur Selbstevaluation

4 Verwendete Modelle

In der Praxis der Arbeit mit betreuenden Angehörigen wie auch in der Forschung werden die oftmals fehlende Passung zwischen Bedürfnissen und Angeboten bzw. die ungenügende Inanspruchnahme von Angeboten durch Angehörige festgestellt (vgl. **1 Einleitung**). Oftmals werden diese Defizite mit der Metapher «Schwellen» oder «Zugangsbarrieren» (z.B. Zeyen Petra et al. 2020) erklärt. Entsprechend werden «niederschwellige» Angebote bzw. Zugänge gefordert. Obwohl es sich bei der «Niederschwelligkeit» um einen in unterschiedlichen Zusammenhängen häufig verwendeten Begriff handelt, gibt es dafür keine anerkannte Definition. Wir verwenden im Folgenden vier eng miteinander verbundene Analysedimensionen, um Niederschwelligkeit zu fassen: eine zeitliche, eine räumliche, eine inhaltlich-sachliche und eine soziale Dimension (Mayrhofer 2012). Wir gehen allerdings davon aus, dass «Niederschwelligkeit» allein das oben beschriebene Phänomen der Nichtbeanspruchung nur ungenügend beschreibt. Der Name suggeriert, dass bewusst oder unbewusst errichtete Hindernisse dafür verantwortlich sind, dass Angebote nicht angenommen werden. Andere Modelle, die auf diese Problematik reagieren, haben weitere Faktoren festgestellt:

- Die Zuschreibung der Rollen, die betreute Angehörige einnehmen können. So geht es beim SOFA-Modell aus den Niederlanden¹ um folgende Rollen: Partnerin in der Betreuung, Hilfesuchende (bei Überbelastung), Persönliche Beziehungsperson des Klienten, Expertin (die alles über den Klienten/die Lebenssituation weiss). Je nachdem muss die Professionelle unterschiedliches leisten, bzw. unterschiedliche Haltungen in der Interaktion einnehmen: mit Kollegen zusammenarbeiten

(ndl. samenwerken), den Klienten unterstützen (ondersteunen), bei einer Angehörigen als nahestehende Person die Beziehung zwischen ihr und der betreuten Person erleichtern (faciliteren) und mit der Expertin die eigene Arbeit abstimmen (afstemmen). Was zusammenarbeiten, unterstützen, erleichtern und abstimmen konkret heisst, verändert sich gemäss dem Modell jeweils zwischen den Phasen Beginn, tägliche Praxis, letzte Phase.

- Das St.Galler Modell der Angehörigenbetreuung (Scheidegger et al. 2019) zeigt vier generische Entwicklungen des Betreuungssystems auf, die nicht auf Inputfaktoren wie «niederschwellige Angebote» oder Verhaltensweisen einzelner Personen zurückzuführen sind. Sie werden als kritisch, resilient oder selbstbewältigend, selbstregulierend sowie distanziert bezeichnet. Diese Entwicklungen verlaufen systemdynamisch unterschiedlich durch die Wirkung mehrerer systemeigener Rückkoppelungseffekte mit verstärkender bzw. abschwächender Wirkung. Das Verhalten des gesamten Systems von betreuten und betreuenden Personen, professionellen Diensten sowie neben der Betreuung weiterer Verpflichtungen der betreuenden Angehörigen wie eigener Familien-Erwerbs- oder Freiwilligenarbeit ist deshalb anhand der Inputfaktoren allein nicht zu verstehen.

Das bedeutet, dass versucht wird, die verschiedenen Zugänge – Niederschwelligkeit in vier Dimensionen; unterschiedliche Rollen betreuende Angehörigen; unterschiedliche Phasen in der Beziehung zu betreuenden Angehörigen; systemdynamische Entwicklungen der Betreuungssysteme mit Angehörigen – in der Praxis zu kombinieren, um eine möglichst hohe Passung zwischen den Bedürfnissen der Angehörigen und der Angebote zu erreichen. Dem Instrument für die Selbstevaluation der Anbieterorganisationen werden deshalb vier unterschiedliche Modelle hinterlegt.

¹<https://www.zorgvoorbeter.nl/mantelzorg/rollen-van-mantelzorgers>

Das Modell wurde durch verschiedene Praxisorganisationen entwickelt (practice-based) und geht zurück auf Twigg, Julia & Atkin, Karl (1994). Carers perceived policy and practice in informal care. Birmingham and Philadelphia: Open University Press

Instrument zur Selbstevaluation

Rollen	Phasen	Dynamiken (Transitionen)	Dimensionen Niederschwelligkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Partnerin in der Betreuung • Hilfesuchende • Beziehungsperson des Klienten • Expertin 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfangsphase • tägliche Praxis • letzte Phase 	<ul style="list-style-type: none"> • Aneignung der Betreuungsrolle • Entlastung 	<ul style="list-style-type: none"> • zeitliche D. • räumliche D. • soziale D. • inhaltliche D.
Quellen:			
SOFA-Modell	SOFA-Modell	Scheidegger et al. 2019	Mayrhofer 2012

Tab. 1 Übersicht verwendete Modelle

4.1 Kurzbeschreibung der Modelle

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente des Meta-Modells kurz vorgestellt. Für die Vertiefung wird auf die angeführten Quellen verwiesen.

4.1.1 Rollen ('SOFA-Modell')

Das SOFA-Modell definiert 4 mögliche Rollen, die alternativ, wechselnd oder auch gleichzeitig betreuenden Angehörigen zugeschrieben werden können, bzw. die sie einnehmen können. Es unterstützt die Zusammenarbeit, wenn jeweils transparent ist, in welchen Rollen sie adressiert werden.

1) Partnerin in der Betreuung

Die Angehörige ist Mit-Unterstützungsanbieterin, also Teil des Unterstützungs-, Pflege-, Hilffsystems für die pflege- und betreuungsbedürftige Person. Sie wird in das Erstellen des Betreuungsplans einbezogen und bestimmt ihre Rolle bei der Umsetzung aktiv mit. Dabei werden ihre Kenntnisse und Fähigkeiten, zeitlichen Ressourcen und Bedürfnisse berücksichtigt. Informationen über die Krankheit, die Pflege und die Organisation werden mit ihr geteilt und es werden ihr pflegerische und andere Fähigkeiten vermittelt, soweit dies sinnvoll, möglich und von ihr erwünscht ist. Kontaktpersonen bei den beteiligten Dienstleistungsorganisationen sind für sie leicht erreichbar.

2) Hilfesuchende

Betreuende Angehörige sind wie alle Menschen selbst grundsätzlich, aber nicht immer im gleichen Mass auch sorgebedürftig. Sie erhalten Aufmerksamkeit für Zeichen drohender Überlastung. Sie erhalten Hinweise, wie sie die Selbstsorge in ihren Alltag einbauen können. Sie werden auf weiterführende Unterstützungsmöglichkeiten wie Gesprächsgruppen, Beratung, Entlastungsdienste, Freiwillige aufmerksam gemacht und eventuell an sie vermittelt. Sie werden ermutigt und beraten, um die Betreuung mit anderen in ihrem sozialen Netz und Professionellen zu teilen und damit nachhaltig zu sichern.

3) Beziehungsperson des Klienten

Die Betreuungsperson ist in erster Linie Kind, Partnerin, Freund des Klienten. Die Lebensform und Gewohnheiten der beiden werden respektiert und es wird ihnen zugetraut, eigene Lösungen zu finden. Ihre Privatsphäre wird so gut wie möglich eingehalten. Sie werden darin unterstützt, wichtige Elemente ihrer Beziehung auch unter geänderten Umständen fortsetzen zu können.

Die Betreuungsperson wird aber auch darin bestärkt, eigene Bedürfnisse unabhängig von der Klientin wahrzunehmen

Instrument zur Selbstevaluation

4) Expertin

Die betreuende Angehörige kennt aufgrund ihrer langen und nahen Beziehung die Klientin oder den Klienten wie kaum jemand sonst. (Meist ist sie betreuende Angehörige, weil sie die vertrauteste Person ist.). Sie verfügt über vielfältiges und präzises Wissen über den Alltag und die Gewohnheiten des Klienten, gerade wenn er darüber selbst nicht mehr Auskunft geben kann. Sie kann oft auch zunächst unverständliche Vorkommnisse einordnen und erklären. Sie wird deshalb um Rat gefragt bei Problemen und Veränderungen und in die Entscheidungsfindung mit einer eigenen Position einbezogen. Wenn nötig hilft sie den Professionellen, den Willen und die Wünsche des Klienten zu ergründen. Der Kontakt zu ihr wird regelmässig gepflegt. Ihre Beschwerden werden ernst genommen und ausdiskutiert.

(Scholten et al. 2016; Mantelzorg & Meer o.A.)

4.1.2 Phasen ('SOFA-Modell')

Die Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen verändert sich je nach Zeitpunkt des Betreuungsverhältnisses, da jeweils andere Bedürfnisse und Fragestellungen in den Vordergrund treten. Die Dauer der einzelnen Phasen hängt u.a. stark vom Krankheitsverlauf und dem entsprechenden Bedarf der betreuten Person ab. Das SOFA-Modell unterscheidet die nachfolgend beschriebenen Phasen:

1) Anfangsphase

Die erste Phase verläuft häufig schleichend: Viele Angehörige unterscheiden zunächst nicht zwischen ganz normalen Aktivitäten des täglichen Lebens, die zum Zusammenleben mit nahestehenden Personen gehören, und «Betreuung». Sie übernehmen immer etwas mehr, rutschen gewissermassen immer stärker in die Betreuungsrolle hinein und passen andere Aktivitäten entsprechend an. Viele würden sich in dieser Phase nicht als «betreuende Angehörige» bezeichnen und sehen auch keinen Unterstützungsbedarf. Aus Sicht der Dienstleistenden geht es hier

zunächst darum, ihre Zielgruppen mit Informationen und Angeboten zu erreichen.

Die Beginn-Phase kann dann auch als die Phase bezeichnet werden, wo betreuende Angehörige erste Kontakte zu Fachstellen aufnehmen. Sie erkundigen sich nach Unterstützungsmöglichkeiten, häufig zuerst für die betreute Person, oft ohne diese unmittelbar in Anspruch zu nehmen. In dieser Phase werden Grundlagen für die weitere Zusammenarbeit geklärt, Entwicklungsszenarien erörtert, erste Unterstützungen eingeleitet und die Rollen der Beteiligten abgesprochen.

2) Tägliche Praxis

Die Dauer und der Verlauf dieser Phase sind stark abhängig vom Verlauf der Krankheit der betreuten Person. Ihre eigenen Ressourcen zur Lebensbewältigung können langsam und kontinuierlich, in markanten Schritten mit stabilen Stadien dazwischen oder sehr rasch abnehmen. Gerade bei demenziellen Erkrankungen kann in dieser Phase die Selbständigkeit in unterschiedlichen Lebensbereichen stark variieren. Sowohl die kontinuierliche Abnahme über lange Zeit oder auch besondere Vorfälle oder rasche Verschlechterungen können zu hoher Belastung für das Umfeld und für die nächsten Angehörigen führen. Kann diese nicht genügend aufgefangen werden, droht die Lebensqualität von Klienten und betreuenden Angehörigen stark beeinträchtigt zu werden.

In dieser Phase ist oft die Ausweitung des professionellen und informellen Unterstützungsnetzwerks vonnöten. Ein grösserer Kreis Beteiligter führt zu erhöhtem Koordinations- und Steuerbedarf.

Veränderungen müssen beobachtet und antizipiert werden, entsprechend müssen Anpassungen vorgenommen werden. Die betreuenden Angehörigen müssen sich mit immer wieder neuen Fragen in verschiedenen Lebensbereichen auseinandersetzen und sich neues Wissen aneignen.

Instrument zur Selbstevaluation

3) Letzte Phase

Die letzte Phase kann unter unterschiedlichen Gesichtspunkten gesehen werden: als letztes, terminales Stadium der Erkrankung, also letzte Lebensphase; als die Zeit nach dem Tod der betreuten Person, in der die betreuende Angehörige Abschied nimmt und ihr Leben neugestaltet; als die Phase, wo die Zusammenarbeit mit den professionellen Dienstleistenden zu Ende geführt wird und sich die Beziehungen im informellen Netz der betreuenden Angehörigen verändern. Neben der emotionalen Verarbeitung und Fragen nach Sinn und Ausrichtung des Lebens, wenn mit der Betreuung ein zentraler Inhalt und vielleicht die wichtigste Beziehung nicht mehr da sind, stellen sich in manchen Fällen auch praktische Fragen, z.B. nach der Veränderung der Wohnsituation oder der Gestaltung der Freizeit.

4.1.3 Transitionen (Scheidegger et al.)

Das dynamische Modell der Angehörigenpflege und -betreuung (Scheidegger et al. 2019) untersucht dynamische Entwicklungen in Pflege- und Betreuungsarrangements mit Angehörigen. Es zeigt, dass durch das Zusammenwirken von fünf verschiedenen Mechanismen unterschiedliche Eigendynamiken in den Arrangements entstehen. Bei den ersten drei handelt es sich um drei *selbstverstärkende* Rückkoppelungen: 1) die relative Aneignung der Pflege- und Betreuungsrolle durch die Angehörige und 2) durch Dritte, 3) die Erschöpfung der eigenen Leistungsfähigkeit, bei den weiteren zwei um *selbstkorrigierende* Rückkoppelungen 4) die Entlastung durch Dritte und 5) das Anpassen anderer Verpflichtungen.

Weil oft unmittelbarer Handlungsdruck – und nur er – zu Interventionen im Betreuungssystem führen, konzentriert sich die Aufmerksamkeit der Betroffenen und der unterstützenden Dienstleister in der Regel auf die Bewältigung der unmittelbaren und kurzfristigen Herausforderungen und damit verbundenen existentiellen Fragen. Für komplexe Systeme wie diese Betreuungsarrangements ist charakteristisch, dass sie im Lauf der Zeit Eigendynamiken entwickeln

bzw. verstärken, die dann mit Interventionen nur schwer oder gar nicht mehr zu beeinflussen sind. Im negativen Fall können gut gemeinte kurzfristige Massnahmen gerade unerwünschte Rückkoppelungen verstärken. Im Folgenden werden zwei zentrale Transitionen, die in einer gegenseitigen Abhängigkeit stehen, kurz skizziert.

1) Aneignung der Betreuungsrolle

Die Disposition der Angehörigen zur Übernahme der Betreuungsrolle (Antizipationsgrad) zum Zeitpunkt, in dem die betreuungsbedürftige Person ihre Selbstständigkeit verliert, bildet die Ausgangslage für die Entwicklung der Rolleneignung. Sie besteht aus unterschiedlichen Aspekten: eigene Erwartungen an die Verpflichtung zur Übernahme durch Werthaltungen, Treueversprechen, Scham- und Schuldgefühle; Erwartungen der betreuungsbedürftigen Person; Erwartungen Dritter wie z.B. weiterer Familienangehöriger, öffentliche Leitvorstellungen usw.; in Aussicht stehende Wertschätzung, Anerkennung und Sinnfindung.

Die Dynamik, die mit dem Einstieg in die Betreuung einsetzt, entsteht im Zusammenspiel mit der Aneignung der Rolle durch Dritte: je stärker die Angehörige im Vergleich mit Dritten die Rolle selbst übernimmt (d.h. sich damit identifiziert und leistet), desto mehr werden die Aufgaben ihr überlassen. Sie wird in ihrer eigenen Wahrnehmung und derjenigen der betreuten Person immer unentbehrlicher. Sie weiss immer besser, was und wie alles zu tun ist, sie gehört zum Haushalt und gefährdet nicht die Privatsphäre, sie ist oft rund um die Uhr als konstante Betreuungsperson verfügbar. Je länger und je umfangreicher der Bedarf, desto grösser werden diese Vorteile gegenüber helfenden Dritten.

Instrument zur Selbstevaluation

2) Entlastung

Um die zunehmende Belastung zu kompensieren, werden häufig zunächst andere Verpflichtungen reduziert, z.B. Freizeitaktivitäten, die Erwerbstätigkeit oder der (eigene) Haushalt. Allerdings besteht die Gefahr, dass die Gesamtbelastung dadurch kaum reduziert werden kann, weil das Engagement für die Betreuung nur noch mehr wächst: Schliesslich stellen andere Verpflichtungen auch mögliche Rechtfertigungen dar, um sich in der Betreuung abzugrenzen, die damit wegfallen.

Die andere Möglichkeit ist es, verstärkt Dritte, z.B. professionelle Pflege- und Betreuungsangebote beizuziehen. Damit relativiert sich die Dominanz der Aneignung der Rolle durch die Angehörige und es entsteht ein ausgeglicheneres Muster, das auf Veränderungen flexibler reagieren kann. Gleichzeitig ist eine gewisse Ausgeglichenheit zwischen Aneignung durch Angehörige und durch Dritte die *Voraussetzung* für diese zweite Art der Entlastung. Diese ist wie beschrieben von der Anfangsdisposition und von im Laufe der Zeit spielenden Rückkoppelungen abhängig. Bedeutsam ist, dass die Rollenaneignung zu einem Zeitpunkt zunimmt, an dem die angehörige Person sich nicht belastet fühlt; sie selbst und ihr Umfeld sind überzeugt, «dass es ja noch geht». Die Erschöpfung macht sich als Konsequenz erst Jahre später bemerkbar. Dann ist aber die Rollenaneignung so weit fortgeschritten, dass es schwer ist, Hilfe anzunehmen. Leider geschieht dies oft erst bei einem Zusammenbruch der Angehörigen oder bei einer sehr drastischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der betreuten Person.

4.1.4 Dimensionen der Niederschwelligkeit (Mayrhofer)

Als nieder- oder hochschwellig werden «*Bedingungen des Zugangs zu und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder -massnahmen für KlientInnen bzw. AdressatInnen*» (Mayrhofer 2012, S. 147) bezeichnet. Müssen Zielgruppen eines Angebots ledig-

lich eine niedrigere Schwelle überwinden, haben sie leichten Zugang zum Angebot und es werden tiefe Anforderungen an sie gestellt, um das Angebot in Anspruch zu nehmen. In der Sozialen Arbeit richten sich niederschwellige Angebote an drei Adressatenkreise: ein erster besteht aus Personen, die bestimmte Anforderungen nicht erfüllen können, z.B. weil sie sich nicht an Zeitstrukturen halten können oder das Angebot gar nicht kennen. Einen zweiten Kreis bilden Personen, die aufgrund negativer Erfahrungen kein Vertrauen ins Hilfesystem setzen und befürchten, ihre Autonomie zu verlieren. Eine dritte Gruppe bilden Personen, die aus Sicht des Hilfesystems als hilfebedürftig angesehen werden, selbst aber keine anschlussfähige Problemsicht aufweisen (Mayrhofer 2012, S. 147–148).

Die Funktion von Niederschwelligkeit besteht zum einen darin, Personen, die Angebote in Anspruch nehmen möchten, aber nicht können, den Zugang zu ermöglichen. Zum andern sollen Personen, die aus freien Stücken Angebote nicht beanspruchen, aber aus Sicht der Anbietenden entsprechenden Bedarf haben, für ihren Bedarf sensibilisiert und an die Angebote herangeführt werden.

Im Folgenden werden wichtige Aspekte in vier Dimensionen aufgeführt, in denen sich Niederschwelligkeit realisieren lässt. Sie sind tatsächlich weniger eindeutig voneinander getrennt und auf vielfältige Weise verflochten und gegenseitig abhängig, als die Darstellung suggeriert. Ausserdem sind der Niederschwelligkeit oft Grenzen gesetzt durch rechtliche Bestimmungen oder den Schutz der eigenen Mitarbeitenden. Angebote, die niederschwellig sein wollen, werden versuchen, in möglichst vielen Dimensionen Schwellen tief zu halten, auch wenn sie dies vielleicht nicht in allen gleichermassen erreichen können.

Instrument zur Selbstevaluation

1) Zeitliche Dimension

- frühzeitige Ansprache, Kontaktaufnahme, auch vor Unterstützungsbedarf akut ist
- Organisation passt sich an Zeitstruktur der Angehörigen an, nicht umgekehrt
- grosszügige Verfügbarkeit und der Zielgruppe angepasste Öffnungszeiten
- hohe Priorität für Angehörigen-Anliegen
- 24 h - HelpLine
- keine Wartezeit zwischen Impuls zur Hilfeannahme und Kontakt
- Kontakt ohne Terminvereinbarung möglich
- Dauer und Rhythmus der Inanspruchnahme flexibel gestaltbar

2) Räumliche Dimension

- Erreichbarkeit (Distanz, Weg, Verkehrsanbindung, ÖV, Parkplatz)
- direkte Adressierbarkeit (persönlicher Kontakt ohne oder mit einfachen technischen Hilfsmitteln wie Telefon, Mail, Chat)
- Ansprechbarkeit im gewohnten Umfeld („aufsuchend“, nachgehend); Möglichkeit von Hausbesuchen
- Angebote für Angehörige räumlich nahe bei Orten, die Angehörige regelmässig aufsuchen, z.B. Tageszentrum für Personen mit Demenz, Läden usw.
- Gestaltung des Zugang und der Räume entspricht Gewohnheiten von Zielgruppen
- Ansprache über Gemeinwesen-, Quartierarbeit usw., Adressierung nicht als Hilfebedürftige, Problembelastete, sondern als Einwohnerinnen

3) Soziale Dimension

- kontinuierliche persönliche Beziehungen, wenig Wechsel der Bezugspersonen
- «Behörden»-Habitus vermeiden
- geringer Aufwand für Angehörige für Formalitäten (Aktenführung, administrative Hürden, eigene Geschichte nicht bei jeder Stelle neu erzählen müssen)
- Privatsphäre achten

- nicht ausschliesslich als Hilfebedürftige adressieren («Klientifizierung»), s. 4.1.1 Rollen ('SO-FA-Modell')
- variable Kommunikationstechnologien (Tel., Mail, Chat-Apps usw.) nutzbar, je nach Präferenz der Angehörigen
- Sprachliche Anschlussfähigkeit: verständliche Sprache, Übersetzungen anbieten, dolmetschen

4) Inhaltliche Dimension

- geringe Fragmentierung, umfassende Zuständigkeit bei einer Stelle
- genaue Klärung der Anliegen, auch wenn nicht zuständig, direkte Vermittlung des Kontakts zu zuständiger Stelle und Person nach entsprechender Vorabklärung
- Ansprache, Kontakt zu Angehörigen suchen, ohne dass konkrete Dienstleistung damit verbunden sein muss; Problemeinsicht keine zwingende Voraussetzung für den Kontakt
- Angebote auf Bedürfnisse ausrichten; Zielgruppen in Entwicklung, Weiterentwicklung einbeziehen
- finanzielle Hürden tief halten; Finanzierungsmöglichkeiten suchen

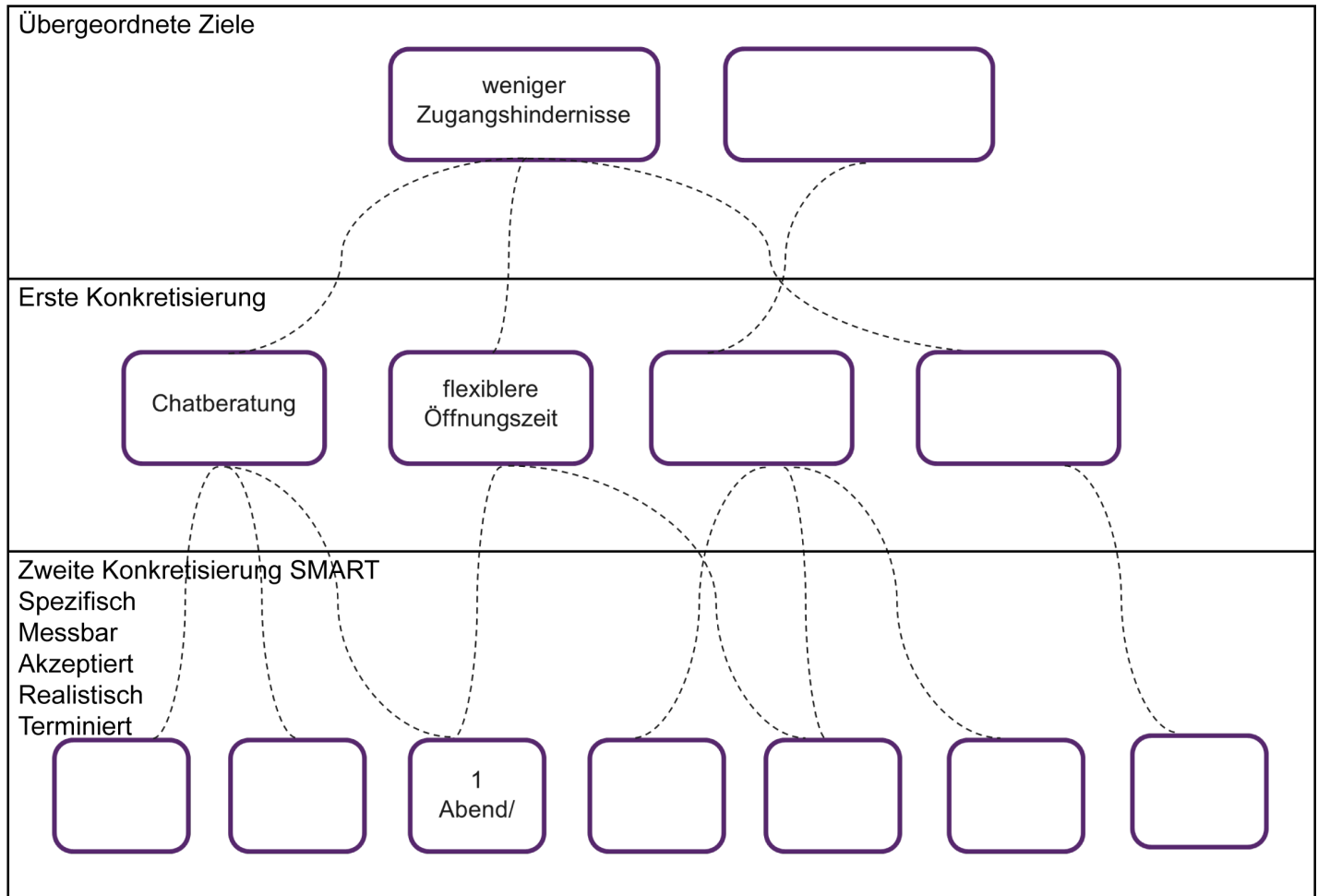
vgl. (Mayrhofer 2012, S. 159–176)

Autorinnen und Autoren:
Martin Müller, Steffen Heinrich, Janine Vetsch
Madeleine Vetterli

OST Ostschweizer Fachhochschule

6 Zielbaum

Der Zielbaum ist eine Methode, um Ziele zu entwickeln und zu systematisieren.



Auf der ersten Ebene werden die übergeordneten Ziele formuliert. Diese sind zuweilen eher outcomes als bereits überprüfbare oder messbare Zielformulierungen. Sie können auch von zu lösenden Problemen abgeleitet sein, indem die Problemstellung positiv umformuliert wird.

Auf der zweiten Ebenen können erste Lösungen gesammelt werden. Was soll getan oder entwickelt werden, um die übergeordneten Ziele zu erreichen?

Auf der dritten Ebene werden die Lösungen in messbaren Zielformulierungen konkretisiert. Die SMART – Aspekte können verwendet werden zur Überprüfung, ob die Ziele genügend geschärft sind.

7 Drehbuch Fallwerkstatt

Fallwerkstatt zu Angeboten für Menschen mit Demenz und betreuende Angehörige

Datum: einfügen **Ort:** einfügen

Ablauf:

Zeit	Wer	Was	Form
08:00		Eintreffen, Ankunft	
08:30		Vorstellen Leitung, Begrüssung, Zielsetzung, Programmübersicht	im Plenum
08:45		Check-In: Wer sind die Anwesenden? Welches sind ihre hauptsächlichen Leistungen in der Demenzversorgung?	im Plenum
09:05		Input zur Arbeit mit den Fällen <ul style="list-style-type: none"> • Fälle vorstellen/abgeben (nur Ausgangssituation) • Verständnisfragen klären/Nachvollziehbarkeit -> Commitment zur Arbeit mit den Fallbeispielen • Vorgehen für die Gruppenarbeit • Fallauswahl + Zuteilung, Gruppeneinteilung 	im Plenum
09:30		Arbeit parallel mit 2 verschiedenen Fällen <ul style="list-style-type: none"> • chronologisch: Wer wird wann kontaktiert, involviert? • Struktur Unterstützungsnetz aufzeichnen • entscheidende Übergänge bezeichnen: wie laufen diese ab? 	in 2 moderierten Gruppen <ul style="list-style-type: none"> • syst. Aufstellung [oder Netzkarte erstellen] • Moderation • gem. Reflexion, Visualisierung
10:30		PAUSE	
10:45		Arbeit an weiteren Fällen: <ul style="list-style-type: none"> • Wer wäre bei diesem Fall involviert (v.a. neue) • Unterstützungsnetzwerk aufzeichnen bzw. von Fall 1 ergänzen (andere Farbel) • welche Übergänge hier? Welche Unterschiede? (5 Min Pause)	in 2 moderierten Gruppen

Drehbuch Fallwerkstatt

11:30		Zusammenführen Ergebnisse/Bilanz: <ul style="list-style-type: none"> • Was funktioniert gut, ist eingespielt? Haben Sie ein Bild für Ihr Versorgungsnetz? (Schiffscrew, Bürohaus, ...) • Welche Faktoren sind wichtig in der Zusammenarbeit? (Gefässe, Instrumente usw.) • Wo bestehen Entwicklungsbedarfe oder -möglichkeiten? • Wo gibt es Entwicklungspotential für den ganzen Kanton? 	im Plenum
12:15		Schlussfazit Verabschiedung	im Plenum
12:30		ENDE	

Material:

- Fallbeschreibungen (4 Stück)
- pro Gruppenraum 1 Flipchart
- im Plenum 1-2 Flipcharts, wenn möglich Pinnwand oder Whiteboard
- Filzstifte für Moderation
- Post – It's in versch. Farben
- Namensetiketten

Vorbereitungen:

Drehbuch Fallwerkstatt

Gruppenarbeiten

1 Systemische Aufstellung

1) Ausgangssituation im Fall kurz rekapitulieren	
2) 1 TN in der Rolle der Person mit Demenz Gibt es Angehörige (persönliche, private Bezugspersonen) in der Betreuung?	in die Mitte stellen dazustellen
3) Input Ereignis 1: • Welche Intervention löst dies aus? • Wer wird jetzt beigezogen? -> entsprechende Person (bzw. RepräsentantIn)	Moderation dazustellen
4) Frage an die beiden: • Wie funktioniert der Beizug, auf welche Art?	
5) wenn mehrere bei Ereignis 1 dazukommen: 3 + 4 je einzeln durchführen; wenn jemand nicht mehr aktiv ist	dazustellen heraustreten
6) Situation auf Flipchart aufzeichnen (und fotografieren) (mit Post-It die Personen darstellen, damit sie bewegt werden können)	Moderation
7) Ereignis 2: Schritte 3-6 wiederholen etc.	
..... wenn abgeschlossen:	
8) Aufstellung betrachten , stehen bleiben! a) stimmt die Aufstellung so: Stimmen die Abstände? Wer ist (von) wem zu/abgewandt?	> nachjustieren, bis es für alle stimmt.
b) Aufstellung auflösen	bewusstes Debriefing
9) Gruppendiskussion: einzelne Etappen/Ereignisse durchgehen: • Wer hätte auch noch dazu kommen können, sollen? • Stimmt der Zeitpunkt des Zuzugs? • Wie laufen die Übergänge? • Wie behalten die Betroffenen die Übersicht? • Wie fließen die nötigen Informationen? • Wie hätte dieser Fall in einer anderen Gegend/Dorf/Stadt in der Region ausgesehen? Wären dort andere Personen involviert?	auf Flipchart festhalten (je Ereignis/Etappe eine Seite)

Drehbuch Fallwerkstatt

Hinweise:

- Es handelt sich nicht um ein Rollenspiel! Es wird nur aufgestellt und aus der jeweiligen Position heraus geredet (auf der Metaebene).
- Eine Person kann auch durch eine andere oder notfalls einen Stuhl als Platzhalter repräsentiert werden, wenn nicht die richtigen oder zu wenige da sind. Dann soll eine der bereits «gestellten» durch einen Stuhl ersetzt werden, und sie nimmt dann die neue Position ein.
- Wichtig: sorgfältig Schritt für Schritt. Jede Person bewegt sich einzeln und sucht ihren Platz. (Mit der Aufstellung den Raum zwischen den Personen und um die Personen herum gestalten.)
- Mit den Positionen «spielen», sich den Platz suchen, bis Ausrichtung (stehe ich z.B. mit dem Rücken zur Person oder bin ich zugewandt, bin ich grösser oder kleiner) und Distanz stimmen, dafür genügend Zeit geben.
- In der Aufstellung kurze Statements abgeben, keine endlosen Diskussionen, um den Fluss nicht zu unterbrechen. So bleibt am Schluss Zeit für ausführlichen Austausch.
- Am Schluss der Aufstellung nochmals kurz innehalten und die Aufstellung bewusst verlassen/auflösen.

2 Mit Netzkarte

1) Ausgangssituation im neuen Fall kurz rekapitulieren	
2) Die Person mit Demenz und deren Angehörige(r)	Post-Ist bezeichnen und aufkleben
3) Input Ereignis 1: • Welche Intervention löst dies aus? • Wer wird jetzt beigezogen? -> entsprechende Person (bzw RepräsentantIn)	Moderation dazukleben
4) Frage an die Personen in der Aufstellung: • Wie funktioniert der Bezug, auf welche Art? • Stimmt die Position so?	
5) wenn mehrere bei Ereignis 1 dazukommen: 3 + 4 je einzeln durchführen; wenn jemand nicht mehr aktiv ist	dazukleben/wegnehmen
6) Situation auf Flipchart stehen lassen (und fotografieren) (mit Post-Ist die Personen darstellen, damit sie bewegt werden können)	Moderation
7) Ereignis 2: Schritte 3-6 wiederholen etc.	neue Flipchart: neue Ausgangsposition darstellen, dann ergänzen etc.
..... wenn abgeschlossen:	
8) Aufstellung betrachten , stehen bleiben! a) stimmt die Aufstellung so: Stimmen die Abstände? Wer ist (von) wem zu/ abgewandt?	> nachjustieren, bis es für alle stimmt.

Drehbuch Fallwerkstatt

9) Gruppendiskussion:

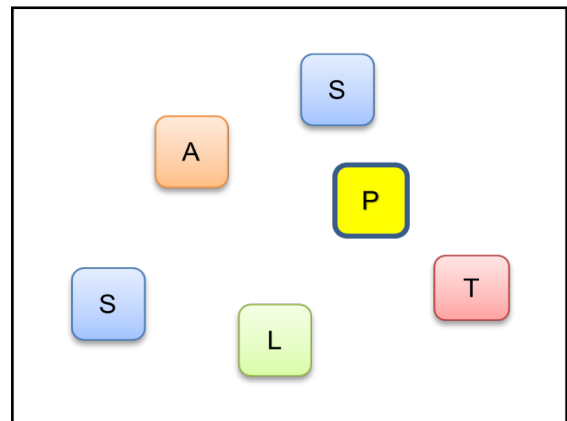
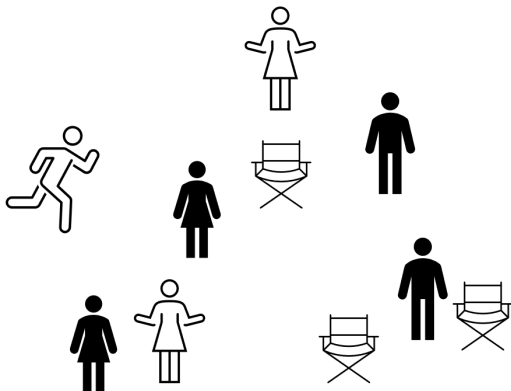
einzelne Etappen durchgehen:

- Wer hätte auch noch dazu kommen können, sollen?
- Stimmt der Zeitpunkt des Zuzugs?
- Wie laufen die Übergänge?
- Wie behalten die Betroffenen die Übersicht?
- Wie fließen die nötigen Informationen?
- Wie unterscheiden sich Fall 1 und 2?

auf Flipchart festhalten

Anmerkung:

Die Variante 2 kann auch im ersten Fall angewendet werden, wenn nicht genügend Platz zur Verfügung steht. Variante 1 ist aber deutlich anschaulicher und «anfühlbare» mit mehreren Sinnen. Auf Wunsch der Gruppe kann ev. auch Fall 2 aufgestellt werden (aber kürzere Zeit beachten)!



Autoren: Martin Müller, Steffen Heinrich
OST Ostschweizer Fachhochschule

martin.mueller@ost.ch
steffen.heinrich@ost.ch

Fallbeispiele

Fallbeispiel 1: Herr H.

Herr H. ist 71 Jahre alt und lebt mit seiner Frau (69 Jahre) in einer 3.5-Zimmerwohnung. Die Kinder sind weit verstreut und kommen eher selten zu Besuch (3 – 4 Mal pro Jahr). Herr H. ist in letzter Zeit sehr vergesslich geworden und wirkt zunehmend desorientiert. Es gibt zunehmend Streit zwischen Herrn und Frau H, da Herr H den Eindruck hat, Frau H würde seine Sachen verlegen. Ausserdem fühlt er sich angegriffen, wenn ihm vorgeworfen wird, dass er zerstreut sei.

Erste Aufstellung der Situation. Für Frau H wird die Situation immer belastender.
Wie würde sie (vom Netzwerk) jetzt unterstützt? Stellen Sie die Situation neu auf.

Eskalation 1:

Eigentlich war die Ehe immer sehr harmonisch, und Herr H ist weiterhin ein insgesamt freundlicher, zugewandter und friedlicher Mann. Seine innere Ruhe, die ihn früher ausgezeichnet hat, wird jedoch zunehmend von nervösen und agitierten Phasen verdrängt. Frau H macht sich zunehmend Sorgen und bittet ihren Mann um eine Abklärung beim Hausarzt. Dies kommt für ihn nicht in Frage und er reagiert mit Entrüstung auf den Vorschlag.

Wie reagiert Ihr Netzwerk auf diese Zuspitzung der Situation für Frau H?
Welche Unterstützung steht ihr zur Verfügung, und wie kommt sie dazu?
Stellen Sie die Situation neu auf mit den jetzt aktiven Akteurinnen und Akteuren.

Eskalation 2:

Nach weiteren Monaten und zwei Vorfällen, bei der sich Herr H in der Nachbarschaft verlaufen hat, willigt er nach intensiven Gesprächen mit seiner Frau widerwillig ein, vom Hausarzt begutachtet zu werden. Dieser diagnostiziert eine Demenz. Herr H nimmt die Diagnose ruhig zur Kenntnis. Er bemerkt beim Hausarzt, dass er trotzdem nicht der Meinung ist, momentan auf Hilfe angewiesen zu sein. Er lehnt das Angebot des Hausarztes, ein Gespräch mit der Spitex zu führen, dankend aber bestimmt ab.

Wie reagiert Ihr Netzwerk auf die neue Situation? Stellen Sie die Situation neu auf, wenn neue Akteurinnen und Akteure dazukommen oder andere nicht weiter aktiv einbezogen sind.

Drehbuch Fallwerkstatt

Fallbeispiel 2: Frau S.

Frau S. ist 62 Jahre alt und lebt bei Ihrer 42-jährigen Tochter in einem kleinen Haus. Ihre Tochter hatte sie kürzlich zu sich genommen, nachdem bei Frau S. eine frontotemporale Demenz festgestellt worden ist. Die Beziehung war immer sehr eng zwischen Mutter und Tochter.

Erste Aufstellung: Wer ist ausser den beiden involviert, begleitet die Familie?

Eskalation 1:

Ein Jahr nach der Diagnose hat sich der Zustand von Fr. S. deutlich verschlechtert aber die Tochter sah sich gezwungen, ihren Job von 80% auf 50% zu reduzieren, um sich um ihre Mutter kümmern zu können. Dennoch fühlt sie sich immer mehr gefordert.

Welche Unterstützung kann Frau S. bzw. die Tochter in Ihrem Netzwerk in Anspruch nehmen?
Wie kommt sie dazu? Machen Sie eine neue Aufstellung mit den entsprechenden Akteuren.
Wenn keine dazukommen, ändert sich vielleicht sonst etwas, z.B. die Ausrichtung oder die Distanz zwischen Mutter und Tochter?

Eskalation 2:

Insbesondere emotional ist sie mit der Pflegesituation und dem zunehmend unberechenbaren Verhalten ihrer Mutter überfordert. Zur Unterstützung kommt jetzt die Spitex dreimal pro Woche. Frau S. wird immer wieder aggressiv und zeigt sozial stark unangepasstes Verhalten (z.B. urinierte sie schon mehrfach lachend auf den Teppich, obwohl keine Inkontinenz vorliegt). Die Tochter ist stark überfordert, aber die Ärztin meinte, gegen diese Symptome liesse sich nicht viel ausrichten und verschreibt Frau S. Medikamente.

Wie würde Ihr Netzwerk in dieser Situation reagieren? Welche Akteure neben der Spitex und der Ärztin kommen allenfalls bei der nächsten Aufstellung dazu?

Drehbuch Fallwerkstatt

Fallbeispiel 3: Frau M.

Frau M. ist 52 Jahre alt und lebt als alleinerziehende Frau mit den beiden Kindern im Teenageralter in einer Wohnung. Neulich wurde bei Frau M. eine Depression diagnostiziert.

Wie würde auf diese Situation aktuell reagiert?

Bekommt die Familie Unterstützung, wenn ja in welcher Form und von wem?

Eskalation 1:

Ein Jahr später: Frau M. wurde während des Jahres immer vergesslicher und wirkte zuweilen zeitlich desorientiert. Daher folgte auf Druck des geschiedenen Mannes und Vaters der Kinder ein weiterer Abklärungsbesuch beim Hausarzt. Dieser überwies Frau M. an eine neurologische Spezialklinik. Seit einer Woche ist klar, dass es sich nicht um eine Depression, sondern um eine Frühdemenz handelt. Die Klinik diagnostizierte eine erblich bedingte Form der Alzheimer-Frühdemenz.

Frau M. ist nach der Diagnosestellung wie gelähmt und fast handlungsunfähig. Ihr Mann ist ebenfalls schockiert und sucht Hilfe beim Hausarzt.

Wie reagiert der Hausarzt in Ihrem Netzwerk auf eine solche Situation?

Stellen Sie erneut auf, wer der Familie neben den bisher Beteiligten zusätzliche Unterstützung leistet (falls dies der Fall ist).

Eskalation 2:

Der Hausarzt verweist auf Möglichkeiten der Spitex für Unterstützungsangebote im häuslichen Umfeld. Den Kindern wurde noch nichts über die Diagnose gesagt, aber sie haben die Veränderungen beider Eltern bemerkt und verstehen nicht genau, was vor sich geht. Eines der Kinder hat in den letzten zwei Monaten Anzeichen einer depressiven Episode entwickelt. Bei Familie M. liegen die Nerven blank.

Wie geht es weiter? Wer würde auf die verschärfte Situation reagieren?

Stellen Sie die veränderte Situation erneut auf.

Drehbuch Fallwerkstatt

Fallbeispiel 4: Herr G.

Der 66-jähriger Herr G. ist geschieden und lebt allein in einer eigenen Wohnung in unmittelbarer Nachbarschaft zur Familie des Sohnes, in ländlicher Umgebung. Er versorgt sich allein. Es gibt einen Aldi und einen Bäcker in der Nähe. Es gibt auch eine Arztpraxis. Für größere Erledigungen muss er in den nächstgrößeren Ort fahren, z. B. mit dem Auto oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Patient ist in der Demenz-Sprechstunde schon seit zwei Jahren bekannt. In der MRT-basierten Abklärung bestand bereits eine auffallende, eindeutig die Altersnorm überschreitende Hirnatrophie im Sinne einer Alzheimer-Demenz. Der Patient ist sehr sportlich, machte zum Beispiel Krafttraining, fand aber aufgrund der Demenz in letzter Zeit nicht immer das richtige Maß. So kam es kürzlich zu einem Sturz vom Fahrrad mit einer kurzen Bewusstlosigkeit.

Stellen Sie die Situation auf. Gibt es neben den genannten weitere involvierte Akteurinnen und Akteure?

Eskalation 1:

Der Sohn verunglückte vor vier Wochen mit dem Motorrad schwer und steht als unmittelbarer Ansprechpartner nicht mehr zur Verfügung. Die Schwiegertochter ist berufstätig, muss die Kinder versorgen und nun auch den verunglückten Ehemann. Der Patient wird nun wöchentlich in die Selbsthilfe- und Trainingsgruppe eingeladen. Dort kann er über seine Probleme sprechen und ggf. Problemlösungen erfahren. Die Fahrt dahin fällt ihm zunehmend schwerer.

Stellen Sie die neue Situation auf. Wie wird vom persönlichen und professionellen Netzwerk auf den Ausfall des Sohnes in der Betreuung reagiert?

Eskalation 2:

Auch die Bewältigung von Post, Arztterminen usw. ist schwierig geworden, zumal die Anbindung an den Sohn nun nicht mehr so möglich ist. Herr G. ist im Begriff seine Selbständigkeit zu verlieren. Er zieht sich verstärkt zurück, geht nicht mehr häufig zum Einkaufen, ist depressiv und verzweifelt geworden, weint häufig, auch weil er seine Demenz bemerkt und nun den Unfall seines Sohnes betrauert.

Welche Reaktion zieht der drohende oder teilweise Verlust der Selbständigkeit nach sich? Stellen Sie die neue Konstellation wieder auf.

8 Drehbuch Zukunftswerkstatt

Datum: **Ort:**

Ablauf:

Zeit	Wer	Was	Form
08:30		Eintreffen, Ankunft, Einrichten	Team einige Grundregeln auf Plakat visualisieren, aufhängen
09:00		<ul style="list-style-type: none"> • Begrüssung • Vorstellen Leitung • Zielsetzung • Aufbau/Ablauf der ZKW, Programmübersicht • Organisatorisches (Pausen, Verpflegung...) 	in Plenum
09:10		Check-In: Wer sind die Anwesenden?	im Plenum; Name, Organisation. Bezug zum Thema, Erwartungen
09:40		<p>1) Klage- oder Kritikphase</p> <p>Input Ergebnisse In-Case-Analyse: (MV)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung: Zweck; Grundlagen; Auswahlprozess, Aussagekraft (s. Regeln hinten) • neuralgische Punkte; Kritik am Ist-Zustand; Unterschiede in der Wahrnehmung <p>kurze Murmelrunde, 2-3 Rückmeldungen; Ergänzungen aus Sicht der Teilnehmenden</p>	<p>im Plenum Halbkreis/ Hufeisen</p> <p>ppt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Themen auch auf grossen Karten/Postits an Wand aufhängen (auch Cluster sind möglich) • erinnern an Checklist: vielleicht gibt es daraus von einzelnen TN Anregungen? • Es können auch Themen aufgenommen werden, die organisationsintern zu bearbeiten sind. • neue Themen auf Post-IT dazuhängen

Drehbuch Zukunftswerkstatt

10:10		Priorisierung	<ul style="list-style-type: none"> • TN dürfen weitere Themen dazuschreiben (Post-IT) • mit Klebepunkten wählen, welche Themen wichtig sind zum Weiterbearbeiten
10:25		PAUSE	Kaffee
10:45		2) Ideen- oder Phantasiephase Die Kraft des Unmöglichen <ul style="list-style-type: none"> • Einführung: Zweck dieser Phase, Ablauf • Umdeutungen formulieren • alle denkbaren Ideen, kreative Lösungswege usw. aushecken 	im Plenum (ev. in zwei Teilgruppen) <ul style="list-style-type: none"> • zu den gewählten Herausforderungen, neuralgischen Themen etc. werden Umdeutungen formuliert. D.h. der kritische Zustand wird ins Positive verkehrt. Notieren auf Flip oder Karte • Ideensammlung mittels brainstorming-Methode; keine Kommentierung, nur Addition, kein «ABER», nur «UND» • mittels Karten oder auf Flipchart (zB als Mindmap, Grafik usw) festhalten
12:00		MITTAGSPAUSE	<ul style="list-style-type: none"> • Lunch
13:15		Zwischenrunde <ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Befindlichkeit, ev. Wünsche • Sichtung der Ideen vom Vormittag, um den Anschluss wieder zu finden 	im Plenum <ul style="list-style-type: none"> • (bei zwei Gruppen: Austausch der gesammelten Ideen) • Ergänzungen zu Ideen? Neue Ideen?

Drehbuch Zukunftswerkstatt

13:45	<p>3) Realisierungs- oder Strategiephase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung: Zweck und Ablauf • Gruppen bilden («Markt») • Ideen ausarbeiten (vgl. nachstehende Ziele) und für die Präsentation festhalten 	<p>im Plenum, dann aufteilen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flipcharts /Kartencluster der einzelnen Themen samt Ideen werden im Raum verteilt. • Markt: Personen, die ein Thema realisieren wollen, stellen sich dazu. «Handeln»: wenn nicht mind. 3 Personen in Gruppe -> weitere anwerben; ev. können noch Themen, die gut passen, zusammengelegt werden? (nur wenn sie wirklich passen) • in Gruppen auf die Räume verteilen • auf Flipchart
15:15	PAUSE	
15:30	<p>Austausch Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präsentation aus den Gruppen • Nach Präsentationen + Diskussion: Jede Gruppe fasst ihre nächsten Schritte zusammen und bestimmt Kontaktperson 	<p>im Plenum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgabe der übrigen: Ergänzungen, Erweiterungen, Knowhow einspeisen, kritische Rückfragen • konkrete Abmachungen!
16:00	<p>Ausblick</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie geht es weiter? • Vereinbarungen zum Support der Gruppen in der Umsetzung • Vereinbarungen zu «Zwischenbericht» aus den Gruppen 	<p>im Plenum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was wird von uns erwartet an Support? • Was können wir leisten? • Wie hören wir, was läuft?
16:15	<p>Schlussrunde Verabschiedung</p>	<p>im Plenum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldungen zum Tag (ev. jede Person schreibt Karte zu den Aspekten: Inhalte, Ergebnisse, Struktur und Arbeitsweise, Räumlichkeiten und Organisation
16:30	ENDE	

Drehbuch Zukunftswerkstatt

Material:

im Plenum 1-2 Flipcharts, wenn möglich Pinnwand oder Whiteboard
 Filzstifte für Moderation
 Post – It's in versch. Farben
 Namensetiketten

Erläuterungen

«Eine Zukunftswerkstatt ist eine Veranstaltung, bei der die Teilnehmenden durch die Anwendung unterschiedlicher Methoden in den drei Arbeitsphasen Bestandsaufnahme, Visionsphase und Realisierungsphase Ideen für eine gemeinsame Zukunft entwickeln und Handlungsschritte für deren Verwirklichung planen.»
 Stadt Berlin, Handbuch zur Partizipation, 2011

Die wichtigsten Spielregeln sind:

- Alle Beiträge werden gleichwertig behandelt, unabhängig von Hierarchien und Rollen.
- Auch Ideen, Themen etc. ausserhalb der offiziellen Gefässe werden aufgenommen und festgehalten.
- Es werden keine verbalen und non-verbalen Killerphrasen verwendet.
- Jede/r hilft jedem und Ideen anderer dürfen aufgegriffen und weiterentwickelt werden.
- Möglichst viele Äußerungen werden visualisiert (meist auf Moderationskarten mit einem Gedanken pro Karte und wenigen Worten in gut lesbarer Schrift).
- Konkret werden, Beispiele nennen.
- Alles ist möglich und erlaubt, es gibt keinerlei Einschränkungen durch »Zwänge« (vor allem in der Fantasiephase).
- Störungen haben Vorrang.

Wegweiser Zukunftswerkstatt von buergergesellschaft.de

1 Klage- oder Kritikphase

Ziel:
 Alle Unzulänglichkeiten, noch nicht perfekte Lösungen, Probleme usw. auf den Tisch bringen. Genau und ohne voreilige Beschränkungen hinsehen. Bisher blinde Flecken beleuchten. Das Spektrum möglicher Veränderungen abschätzen. Auf neue Ideen kommen, wo Entwicklungen möglich sind.

Das bedeutet nicht,

- dass **alle alles** als unzulänglich, noch nicht perfekt oder verbesserungswürdig ansehen (müssen);
- dass es einen Wettbewerb gibt, wer am besten ist;
- dass alles gelöst werden muss, soll oder kann;
- dass man sich schlecht fühlen muss, wenn nicht alles perfekt ist.

Bei uns geht es um Themen auf Ebene einzelner Organisationen wie auch der Zusammenarbeit im Netzwerk aller Organisationen.

Drehbuch Zukunftswerkstatt

2 Ideen- oder Phantasiephase

Ziel:

Viele, auch utopisch anmutende Ideen sammeln. Kreativität freisetzen. Sich nicht im Denken einengen und einschränken lassen.

Die wichtigsten Spielregeln sind:

- Jeder kann seine Wünsche und Ideen äussern, ohne dafür kritisiert zu werden.
- Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt.
- Geld spielt keine Rolle.
- Ideen können auch gezeichnet werden.
- Niemand bringt Einwände an.

3 Realisierungs- oder Strategiephase

Ziel:

Es ist überprüft, ob oder wie weit die Idee realisierbar ist. Das Ziel ist geschärft. Nötige Ressourcen und Rahmenbedingungen sind benannt. Es ist klar, wie diese Ressourcen und Rahmenbedingungen gesichert werden sollen. Es ist klar, wer in Zukunft noch einbezogen, beteiligt wird. Die Arbeitsgruppe ist so organisiert, dass sie arbeitsfähig ist: nächstes Treffen vereinbart, Agenda gesetzt, Verantwortlichkeiten für Moderation, Dokumentation ist festgelegt.

Die wichtigsten Spielregeln sind:

- Wir werden es tun! Wir lassen uns nicht mehr bremsen.
- Ziele nicht unrealistisch, aber motivierend ansetzen.
- Sich selbst und andere nicht unter Druck setzen, aber herausfordern.
- Klare Abmachungen treffen und festhalten.

9 Manual Case Management

Manual Case Management: Steuernde Einzelfallhilfe – ein Modell für die Regelversorgung

Ersteller des Dokuments:
Alexianer Krankenhaus - Aachen

1. Rahmenbedingungen

Im Verlauf dementieller Erkrankungen entstehen unterschiedlichste Bedarfe der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen. Neben den allgemeinen Bedingungen des Familienumfeldes sind diese auch von den im Rahmen der Progredienz des Beschwerdebildes auftretenden Veränderungen abhängig.

Neben den komplexen Rahmenbedingungen der Pflegegesetzgebung ist der Zugang zu den zur Verfügung stehenden Unterstützungsmöglichkeiten häufig durch die fortbestehende Stigmatisierung der Erkrankung und die krankheitsimmanenten Kommunikationsschwierigkeiten erschwert. Um die regelhaft hochbelasteten häuslichen Versorgungssysteme zu stabilisieren, vorzeitige stationäre Unterbringung, belastende Krankenhausaufenthalte und Folgeerkrankungen bei den pflegenden Angehörigen zu verhindern bedarf es also einer passgenauen begleitenden und steuernden Einzelfallhilfe.

Hierfür findet seit Anfang der 90er Jahre im deutschsprachigen Raum das Instrument des *Case Managements* zunehmende Beachtung, das unter Berücksichtigung der Lebenswelt des Betroffenen eine professionelle Abstimmung und Koordination von Unterstützungsmaßnahmen ermöglicht. *Case Management* hat zum Ziel, im individuellen Fall prozesshaft die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens zu erfassen, mit den unterschiedlichen Akteuren gemeinsame Ziele festzulegen und über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Koordination der Versorgung eines Patienten sicherzustellen. Ein weiteres Ziel des Case Management ist, den größten Nutzen bei gleichzeitiger Begrenzung der Kosten zu erreichen.

Auch eine vollständige Dokumentation der Arbeitsphasen und die Rückmeldung an alle Beteiligten Versorgungspartner ist Aufgabe des Case Managers.

Ein wesentlicher Bestandteil eines gelungenen Case Managements ist jedoch der Vertrauens- und Beziehungsaufbau. Schon die Kontaktaufnahme kann nur mit dem Einverständnis der Betroffenen erfolgen, ein Handeln ohne Vertrauen und Einverständnis wäre vergeblich. Die Arbeit des Case Managers impliziert einen Einblick in die gesamte Lebenssituation des Betroffenen und seiner Familie. Dabei berührt sie sehr private Aspekte, z.B. Einblicke in finanzielle Angelegenheiten oder den Umgang mit eigenen Aggressionen. Hier bedarf es oft eines geduldigen und hinhörenden Vorgehens, bis Betroffenen den Schritt gehen können einen anderen Menschen in ihr Leben zu lassen, Potentiale aufzudecken und Hilfen anzunehmen.

2. Steuerung des Zugangs zum Case Management

Bei der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz sind einerseits die Information über Angebot und Struktur des Beratungs- und Hilfesystemen und andererseits das Wissen über die Zugangswege entscheidende Faktoren für ein langfristiges Gelingen. Trotz der vielfältigen Beratungsangebote die Pflegekassen, Kommunen und andere Akteure anbieten, gibt es einen bedeutenden Anteil von Familien, die diesen Schritt nicht selbst bewältigen können.

Der Hausarzt ist oft der erste Ansprechpartner bei Gedächtnis- oder Orientierungsproblemen, gemeinsam mit dem Facharzt (Neurologie, Psychiatrie) wird er von betroffenen Familien nach der Diagnosestellung als zuständige Instanz für alle Fragen rund um die Erkrankung gesehen. Oft besteht ein langjähriges Vertrauensverhältnis, der Hausarzt kann wie kein anderer die Familiensituation einschätzen und Beratungs- und Hilfebedarf erkennen.

Manual Case Management

Hinzu kommt, dass Empfehlungen durch Ärzte weiterhin eine besondere Gewichtung tragen, denen verbindlicher nachgegangen wird.

Der Haus- und Facharzt ist daher in besonderer Weise befähigt, Familien, die nicht selber in der Lage sind, sich aktiv Hilfe zu suchen, zu identifizieren. Deren Einverständnis vorausgesetzt kann er proaktiv Unterstützung „verschreiben“.

Im Praxisalltag ist es meist nicht möglich die komplexen Fragen zu pflegerischer und psychosozialer Versorgung und auch die besonderen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen adäquat zu berücksichtigen. Es bedarf daher für eine sinnvolle und kosteneffektive Nutzung der Ressourcen einer unkomplizierten Weitervermittlung an eine unabhängige Stelle, die die Koordination der weiteren Maßnahmen übernimmt. Im Verlauf der Erkrankung stellt sie für die Patienten und Angehörige Ansprechpartner und kann bei komplexen Versorgungs- und Familiensituationen auch eine steuernde, aufsuchende Einzelfallhilfe (Case Management) organisieren.

Auch allgemeine Beratungsstellen, Begegnungszentren und die Sozialdienste der Krankenhäuser u.a. können auf die koordinierende Stelle verweisen. Bei der Organisation der nötigen Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen wird wiederum Wert auf eine Einbettung in bestehende quartiersnahe Angebote gelegt. Dies ist auch für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten von besonderer Bedeutung.

Case Management ist im Allgemeinen als ganzheitlicher Prozess zu verstehen, konkrete Fragen betroffener Familien können aber auch nur Teilaspekte betreffen oder in Krisen auftreten. Immer wieder können im Verlauf der Erkrankung spezifische Situationen auftreten, in denen doch auf professionelle Unterstützung zurückgegriffen wird. Dies sind u.a. Fragen zu Kommunikation bei Demenz,

zu Vollmachten und zu Pflegestufen. Am Ende des Manuals findet sich daher eine modulare Auflistung der jeweiligen Arbeitsgebiete, die bei Bedarf einzeln genutzt werden könnten.

3. Case Management in der Regelversorgung

Um in einem Versorgungsgebiet, das sowohl städtisch als auch ländlich geprägt ist, die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz und die Begleitung der pflegenden Angehörigen sicher zu stellen bedarf es einiger sollten folgende Elemente zur Verfügung stehen.

1. Zuweisungssystem

Haus- und Fachärzten als primäre Zuweiser (s. o.) identifizieren Betroffene Familien, geben erste Informationen und leiten mit dem Einverständnis der Patienten und/oder Angehörigen Basisdaten an die Koordinierungsstelle weiter. Diese meldet sich dann telefonisch bei der Familie. Dieses proaktive Vorgehen stellt sicher, dass gerade die Familien, bei denen es Hemmnisse zum Zugang zu Unterstützungssystemen gibt, ein Erstkontakt hergestellt und ein Ansprechpartner aufgezeigt wird.

Andere Zuweiser (z.B. Beratungsstellen, Sozialdienste der Krankenhäuser) können einerseits Kontaktinformationen weitergeben, aber genauso mit Einverständnis der Betroffenen um einen Anruf durch die Koordinierungsstelle bitten. In dem Fall wird diese dann auch den Hausarzt des Betroffenen mit in die Begleitung einbeziehen.

2. Koordinierungsstelle

Optimalerweise gibt es eine Koordinierungsstelle, die mit allen an sie verwiesenen betroffenen Familien Kontakt aufnimmt und den derzeitigen Bedarf an Unterstützung prüft. Die Möglichkeiten der Unterstützung reichen von einer kurzen Informationsgabe zu spezifischen Fragen, einem persönlichen Beratungsgespräch bis zum begleitenden Case Management.

Manual Case Management

Erfahrungsgemäß ist bei dementiellen Erkrankungen der Bedarf an Unterstützung im Verlauf der Zeit zunehmend, und auch nach erfolgreicher Implementierung von Hilfen kommt es meist nach einigen Monaten zu neuen Herausforderungen für die Familien. Daher hat sich eine regelmäßige aktive Kontaktaufnahme im Abstand von drei bis sechs Monaten als wichtiges Instrument der Krisenprävention erwiesen.

Um von allen Akteuren der Gesundheitsversorgung ohne Konkurrenzgedanken genutzt werden zu können, sollte die Koordinierungsstelle anbieterunabhängig sein. Hierfür bietet sich ein gemeinnütziger Verein an, der den zusätzlichen Vorteil hat, Bürgerbeteiligung und den Gedanken der Selbsthilfe zu stärken. Barrierefreie Räume in zentraler Lage und regelmäßige Öffnungszeiten sollten gegeben sein.

Die Koordinierungsstelle ist außerdem zuständig für Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen für Arztpraxen, Seminare für Angehörige und die Förderung von Selbsthilfe.

4. Organisation des Case Management

Als Angebot der Koordinierungsstelle könnte durch die hochspezialisierten Mitarbeiter ein hohes Maß an Qualität sichergestellt werden, Kommunikationswege wäre durch u.a. direkten Kontakt zu den Arztpraxen kurz und die Unabhängigkeit in der Auswahl von Unterstützungsangeboten wäre gegeben. Durch die früh im Prozess stattfindende Kontaktaufnahme wäre der Beziehungsaufbau durch eine langfristige Begleitung durch feste Ansprechpartner in besonderem Maße gewährleistet.

Bei einer stundenweisen Abrechnung des Case Management stellt sich wie bei allen anderen denkbaren Modellen die Frage nach der Finanzierung der sonstigen Leistungen (Fahrtkosten, Bürokosten etc.).

Bei einer Ausführung des Case Managements durch freie Mitarbeiter (Honorarkräfte) nach Auftrag durch die Koordinierungsstelle ließen sich besonders die

Vorteile von stadtteilnaher Arbeit und kurzer Anfahrtswege nutzen. Die Qualitätssicherung wäre in diesem Modell aufwändiger, und auch die Finanzierung der koordinierenden Leitungen müsste gesichert werden.

5. Case-Management Schritte

Nachfolgenden finden Sie eine grafische Zusammenfassung des Case-Management Regelkreislaufs sowie darunter Details zu den einzelnen Bereichen des Regelkreises:

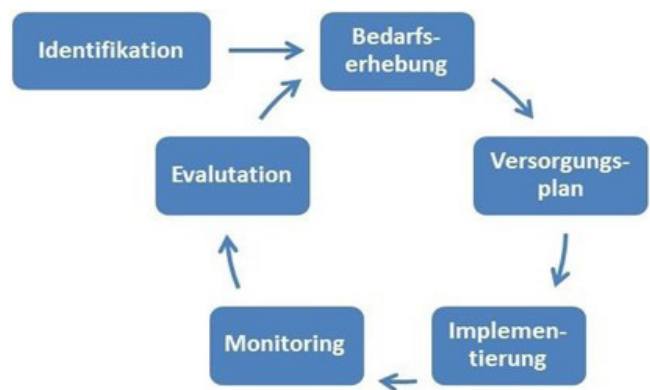


Abb. 1. Case Management-Zyklus

Intake ⇔ Identifikation

▷ Klärung der Zuständigkeit

- Einschreibung
- Rückruf Hausarzt
- Überprüfung der Komplexitätskriterien (Case Management Kriterien: Nachweis einer Demenzerkrankung, Medizinische Komplexsituation, Pflegerische Komplexsituation, Psychosoziale Komplexsituation)

▷ Erste Kontaktaufnahme

- Telefonat, erster Hausbesuch (erstes Kennenlernen, Erläuterung der Arbeit)

Assessment ⇔ Bedarfserhebung

▷ Einschätzung und Erfassung der Situation, zweiter Hausbesuch

Manual Case Management

- Versorgungsanalyse (Medizinische Anamnese, Pflegerische Anamnese, Psychosoziale Anamnese, Rechtliche Aspekte, Versorgungsdefizite, Ressourcen der Familie, Belastungsaspekte)
- Anamnese
- Befragung der Person, des sozialen Umfeldes, der bereits professionell Handelnden
- Welche Hilfen sind bereits implementiert, sind bereits Gelder beantragt?
- Wie wird der eigene Bedarf gesehen?
- Biographische Ereignisse
- ▷ Beziehungsaufbau
- Regelmäßiger Kontakt zu allen Beteiligten (Vernetzen der einzelnen Handelnden)
- Überprüfung der formulierten Ziele (keine Versorgungsdefizite aufkommen lassen)

Evaluation ⇨ **Evaluation des Versorgungsplanes**

- ▷ Welche Ziele wurden erreicht?
- ▷ Welche Hilfen scheinen sinnvoll/nicht sinnvoll (Welche sollten weitergeführt werden, welche nicht, braucht es noch andere Hilfen?)
- ▷ Gibt es den Bedarf weiteren Case Managements? Abschluss ODER Neueinschätzung des Case Managementprozesses (Wiederholung des Regelkreises ab Assessment)

Planning ⇨ **Erstellung eines Hilfeplans**

▷ Gemeinsame Erstellung eines Hilfeplanes mit und für das Familiensystem (basierend auf den Ergebnissen des Assessments)

- Was sind die vorherrschenden Probleme?
- Gibt es Ressourcen im System, die genutzt werden können
- Erarbeitung und Dokumentation von Nah- und Fernzielen
- Welche Maßnahmen braucht es, um diese Ziele zu erreichen?

Intervention ⇨ **Implementation des Hilfeplans**

▷ Umsetzung der einzelnen Hilfen in den Alltag

▷ Case Manager/in als Bindeglied zwischen Klient/in, sozialem Umfeld und professionell Handelnden

- Mobilisation von informellen Hilfen wie Verwandtschaft, Freund/innen, Nachbarschaft
- Vermittlung von professionell Handelnden (Pflegestation, haushaltsnahe Dienstleistungen, Tagespflegehäuser, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege, Fachärzte, Kur, Schulungsangebote)
- Beratung
- Vernetzung dieser Strukturen

Monitoring ⇨ **Umsetzungskontrolle der Maßnahmen / Rückmeldung**

▷ Kontrollfunktion/Überwachung, ob das Zusammenwirken des Unterstützungssystems funktioniert

Netzwerk-Beispiele aus dem Projekt AnKer

Einleitung

Professionelle Netzwerke, die eine verstärkte Integration fragmentierter Pflege Betreuung bezwecken, sind höchst komplexe Phänomene. Die Fragmentierung der Leistungen der verschiedenen, höchst unterschiedlichen Anbietenden wird als wichtiger Faktor dafür gesehen, dass die Leistungen für Betroffene und deren Angehörige oft nicht gut zugänglich sind.

Für die unterschiedlichen Ansätze der Koordination existiert eine Vielzahl von Bezeichnungen, wie «Integrierte Versorgung», «Pflegermanagement», «Case Management» u.a.m. (vgl. Goodwin et al. 2017, S. 7).

Im Folgenden werden exemplarisch vier Netzwerke für die Pflege, Betreuung und Unterstützung von Personen mit Demenz und deren betreuende Angehörige beschrieben. Sie haben im Projekt AnKer mitgewirkt und in unterschiedlichem Ausmass bereits Prozesse des Einbezugs von Angehörigen initiiert und umgesetzt.

Die Beschreibung stützt sich auf die Ergebnisse der im Projekt AnKer in allen vier Netzwerken durchgeführten Forschung, namentlich auf eine Dokumentenanalyse, Einzelinterviews mit betreuenden

Angehörigen, Fokusgruppen mit Professionellen, Zukunftswerkstätten sowie Evaluationsveranstaltungen zur Umsetzung der dabei entwickelten Projektideen.

Für die Beschreibung von Netzwerken, bzw. für den Versuch, deren Komplexität zu strukturieren, gibt es eine Anzahl von Modellen. Die folgende Darstellung der vier Netzwerke lehnt sich an, das «Regenbogenmodell» von Valentijn (2015, S. 19-38). Es wird in Abb. 1 zusammengefasst.

In der folgenden **Tabelle 1** wird die Taxonomie von Valentijn (2015) übertragen auf Netzwerke für die Pflege und Betreuung von Personen mit Demenz. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem Einbezug betreuender Angehöriger (BA) in die Netzwerke.

Ein besonderer Vorteil des Modells besteht darin, dass nicht allein Netzwerkstrukturen im Zentrum stehen wie z.B. die den Angehörigen zugeschriebene Rolle im Netzwerk (Brügger, Sarah, Rime, Sylvie und Sottas 2019) oder durch wen oder auf welcher Ebene die Koordination stattfindet (Ackermann 2019). Neben der systematischen Unterscheidung der verschiedenen Ebenen und (Integrations)prozesse werden auch

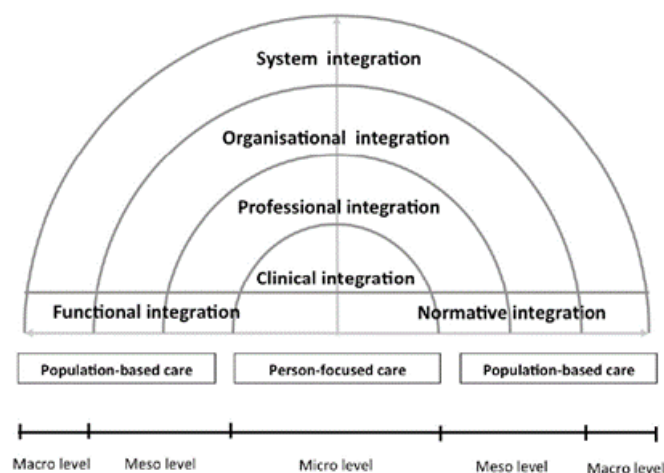


Abb. 1. Regenbogenmodell (Conceptual framework for integrated care based on the integrative functions of primary care), Valentijn, 2016, 31

Einleitung

«weiche Faktoren» wie Vertrauen oder Werthaltungen als «Kitt» gewürdigt, weil sie die Netzwerke zusammenhalten und wichtig sind für das gute Funktionieren der Zusammenarbeit.

Klinische Integration («Fallführung»)	<ul style="list-style-type: none"> - Casemanagement zur Unterstützung von BA in komplexen Fällen • Mit BA koordinierte Leistungserbringung im Einzelfall über versch. Ebenen der Spezialisierung, Abgrenzung von Leistungen/Zuständigkeit (Schnittstellenmanagement, indiv. Absprachen zw. Leistungserbringern unter Einbezug der BA) [vertikale Integration] • ganzheitlicher Ansatz, sektorübergreifende Koordination und Zusammenarbeit (z.B. Gesundheit/soziale Arbeit etc) [horizontale Integration] - Haltung der Professionellen, BA einzubeziehen und auch auf deren Gesundheit zu achten - Erstellen und Anwenden eines multidisziplinären Behandlungs- und Pflegeplans unter Einschluss der BA, für BA transparent
Professionelle Integration («Zusammenarbeit»)	<ul style="list-style-type: none"> • multidisziplinäre Weiterbildungsaktivitäten zur Arbeit mit BA • Absprachen zur Leistungserbringung und Zusammenarbeit zwischen Professionellen • Wertschöpfung aus der integrierten Leistungserbringung für BA für einzelne Professionelle
Organisationale Integration («Organisation»)	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarungen auf Ebene Organisationen/zwischen Organisationen zur offenen, wertschätzenden und verbindlichen Zusammenarbeit • gemeinsame Strategie zur Entwicklung des Netzwerks und zur Beteiligung der BA • gegenseitiges Vertrauen zwischen Beteiligten (inkl. BA) • Unterstützung und Zusammenarbeit von und mit Selbsthilfe der BA, Peer-Netzwerken, «sozialraumorientierten» Projekten etc.
Systemische Integration («Einbettung»)	<ul style="list-style-type: none"> • auf Zusammenarbeit unter Prof und mit BA, Koordination, Kontinuität der Care ausgerichteteres Regelwerk • effektive und effizientes Netzwerkmanagement (z.B. durch Koordinationsperson/stelle) • Image, wohlwollende Haltung, Unterstützung durch Umwelt des Netzwerks, zur Verfügung gestellte finanzielle Ressourcen, insbes. für Aktivitäten, die auf Verbesserungen für BA abzielen

Einleitung

Funktionale Integration («Information»)	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensaustausch zwischen den Beteiligten, inkl. BA • gemeinsame Entwicklungsprojekte, v.a. zugunsten und mit BA • gemeinsame Kommunikationssysteme für Informationsaustausch (Webplattformen, Newsletter, Prospekte, Besuche, Veranstaltungen usw.) • regelmässige Evaluation/Feedback zur Qualitätsverbesserung und Selbstreflexion (insbes. für verbesserten Einbezug von BA, verbesserte Dienstleistungen für BA; Evaluation/Feedback mit BA)
Normative Integration («Werte, Haltungen»)	<ul style="list-style-type: none"> • Commitment zum Einbezug der BA auf möglichst vielen Ebenen • gemeinsame Vision zur Zusammenarbeit und Entwicklung zu verbesserter Integration • Zuverlässigkeit in der Umsetzung der Vereinbarungen und Versprechen, des Commitments • Koordinationsstelle/person mit auf Inspiration, Weiterentwicklung, Mobilisierung innerhalb des Netzwerks ausgerichteter Leadership • Bereitschaft, unterschiedliche Organisationskulturen und Personen mit unterschiedlichen Werten und Normen zusammenzubringen (Linking); respektieren eigenständiger Lebensmodelle, Haltungen von BA (Kompromissbereitschaft)

Tab 1. Taxonomie für die Beschreibung von Netzwerken, in Anlehnung an Valentijn, 2015, 97-98

Bassersdorf ZH

Juli 2022

<p>Klinische Integration</p> <p>Zuweisungen, Informationsaustausch zum Fall und gegenseitige Abmachungen erfolgen unter den Leistungserbringern unter dem Dach einer kommunalen Koordinationsstelle, der «Fachstelle Altersfragen». Dies ist der zentrale Dreh- und Angelpunkt des Netzwerks. Das Netzwerk Bassersdorf ist ein durch die Gemeinde Bassersdorf koordinierter Versorgungsverbund, bei dem diverse unterschiedliche Dienstleister das gemeinsame Ziel verfolgen, ihre jeweiligen Angebote optimal miteinander zu verschränken und die häusliche Versorgung von Angehörigen und ihren Menschen mit Demenz zu verbessern. Gleichzeitig bestehen diverse Kooperationen zu weiteren Dienstleistern der Region (z.B. Alzheimer Zürich). Das eigentliche Versorgungsnetzwerk ist jedoch primär intern ausgerichtet und fokussiert sich auf die Gemeinde Bassersdorf. Die Überweisungen sind im pflegerisch-medizinischen Bereich (Hausarzt, Memory Clinic, Spitex) geregelt (<i>vertikale Integration</i>). Es stehen explizite Ressourcen für die Vernetzung zur Verfügung. Über die sogenannte «Fachstelle für Altersfragen», eine kommunale Anlaufstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz, wird durch zwei hauptamtlich angestellte Personen, die u.a. Case-Management betreiben, Kontakt zu den Angehörigen hergestellt und aufrechterhalten. Auch Informationsveranstaltungen und Befragungen zu Angebotswünschen für Betroffene werden darüber konzipiert und koordiniert. Es bestehen auch aufsuchende Angebote, welche u.a. durch Freiwilligennetzwerke wahrgenommen werden. Hausärzte in der Region wirken als Zuweiser und stehen im regelmässigen, formalisierten Austausch mit dem Netzwerk (Qualitätszirkel-Hausärzte). Der Kontakt wird durch abgestimmte Überleitungsmanagement-Prozesse kontinuierlich gehalten.</p>
<p>Professionelle Integration</p> <p>Die Vernetzung mit den professionellen Akteuren findet zweimal jährlich bei grossen Netzwerktreffen statt. Hierzu zählen diverse ambulante Dienste sowie mehrere Hausarztpraxen, da der Hauptfokus auf dem ambulanten Sektor liegt. Dafür stehen eigene Räumlichkeiten bereit, die von der Gemeinde finanziert werden. Innerhalb des Netzwerks halten die Koordinatorinnen der Fachstelle für Altersfragen die «Fäden» in der Hand, müssen sich jedoch immer mit den Anbietenden und übrigen Akteurinnen der Region austauschen und für alle Seiten tragbare Vorgehensweisen erarbeiten. Alle Akteure des Netzwerk sind selbstständig.</p>
<p>Organisationale Integration</p> <p>Das Netzwerk Bassersdorf ist ein formalisiertes Netzwerk. Es ist finanziert von der Stadt, der Spitex Bassersdorf und der katholischen Kirche. Teilweise konnten auch Drittmittel eingeworben werden. Es bestehen ausgearbeitete Konzepte und Kommunikationskanäle. Vernetzungen ausserhalb der Gemeinde Bassersdorf bestehen u.a. mit Alzheimer Schweiz und Pro Senectute des Kantons Zürich.</p>

Systemische Integration

Das Netzwerk Bassersdorf deckt zentrale Versorgungs- und Informationsleistungen des ambulanten Bereich für Personen mit Demenz und betreuende Angehörige ab.

Es gibt regelmässige Treffen mit dem internen Netzwerk (Pflege+) sowie einen erweiterten Runden Tisch Bassersdorf mit externen Stakeholder (2x jährlich).

Für ein Netzwerkmanagement sowie für eine effektive und effiziente Steuerung der Pflege und Betreuung bis auf Einzelfallebene sind Ressourcen vorhanden, wenn auch begrenzt. Daher wird, wo möglich, auch auf Peers zurückgegriffen. So wird der aufsuchende häusliche Besuchsdienst «VaBene», bei dem betreuende Angehörige wöchentliche Hausbesuche zur psychosozialen Unterstützung erhalten, von ehrenamtlichen Mitarbeitern (meist Peers) geleistet. Im Rahmen dieser Besuche findet auch Fall-management statt. Weitere Angebote, die sich an BA ausrichten sind z.B. ein Demenzcafé sowie Angehörigengruppen.

Vom Anker Projekt wurde sich erhofft, bisher blinde Flecken bei der Unterstützung von Angehörigen aufgezeigt zu bekommen sowie einen aktuellen Überblick über bisher noch nicht vernetzter Akteure der Demenzversorgung aus der Region zu erhalten. So wurde festgestellt, dass bisher keine regulären Prozesse bestehen, um Angehörige direkt in die (Weiter)Entwicklung von Angeboten einzubeziehen.

Weitere Angebotslücken betrafen z.B. spezifisch auf Männer ausgerichtete Angebote oder einen Netzwerk-Wegweiser für einen schnellen Überblick über Unterstützungs- und Informationsstellen in Bassersdorf für betreuende Angehörige von Personen mit Demenz.

Funktionale Integration

Die gemeinsame Kommunikation der Leistungserbringenden wird im Rahmen der Fachstelle für Alterfragen gebündelt und ist durch die regelmässigen Austauschtreffen formalisiert.

Das Projekt «Hohes Alter – BasiNüeri» vermittelt ausführliche Informationen zu verschiedenen Themen an betreuende Angehörige.

Gemeinsame Projekte sind vorhanden und in einem Veranstaltungskalender ersichtlich. Auf der Homepage der Fachstelle sind weitere Informationen dazu zu finden.

Normative Integration

Betreuende Angehörige werden überwiegend als Empfänger und Empfängerinnen von Angeboten zur Entlastung und Unterstützung adressiert. Die Notwendigkeit solcher Angebote wird von den beteiligten Netzwerkakteuren übereinstimmend bejaht. Fallmanagementprozesse sind umfangreich etabliert und robuste Kommunikationskanäle von und zu Angehörigen aufgebaut. Allerdings ist die Wahrnehmung (und sind entsprechend die Angebote) überwiegend auf «Mainstream»-Angehörige ausgerichtet. Es lassen sich bisher wenig Anstrengungen zur spezifischen Ansprache von Gruppen mit besonderen Bedürfnissen wie Young Carrers oder Angehörige der Migrationsbevölkerung ausmachen. Das ist jedoch nicht einem Desinteresse der Akteure, sondern dem begrenzten Ressourcenrahmen mit Bezug auf die Gemeindefinanzierung geschuldet.

Ideen aus dem AnKer Projekt für eine verstärkte Berücksichtigung von Angehörigenbedürfnissen und Wünschen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Netzwerkprozessen und Angeboten wurden mit Interesse aufgenommen. Allerdings ist noch nicht klar, wie die Prozesse integriert werden können.

Fazit zum Integrationsgrad

Der Integrationsgrad und die Prozessdichte sowie der Formalisierungsgrad sind beim Netzwerk Bassersdorf als hoch einzuschätzen. Dies liegt nicht zuletzt auch an der gesicherten Finanzierung der hauptamtlichen Koordinations- und Case-Management Stellen.

Der Einbezug Angehöriger auf Augenhöhe zur Mitgestaltung der Netzwerkarbeit findet bisher allerdings nur sehr marginal und unsystematisch statt. Die Hinweise des AnKer Teams und der AnKer-Werkzeugkoffer könnten eine Weiterentwicklung derartiger Strukturen fördern.

Chur GR

Juli 2022

Klinische Integration

Zuweisungen, Informationsaustausch zum Fall und gegenseitige Abmachungen erfolgen unter den Leistungserbringern punktuell und sind nicht institutionalisiert. Einzelne Stellen haben teilweise formalisierte Vorgaben für Triage (z.B. immer auf Alzheimer Graubünden aufmerksam machen). Die Überweisungen sind im pflegerisch-medizinischen Bereich (Hausarzt, Memory Clinic, Spitex) geregelt (*vertikale Integration*), aber nicht darüber hinaus. Ressourcen für die Vernetzung stehen nicht zur Verfügung. Von Hausärzten fühlen sich die BA nicht immer ernsthaft einbezogen, und von einigen Fachstellen wird die Zusammenarbeit mit ihnen als schwierig wahrgenommen. Bei den übrigen Anbietenden geniesst der Einbezug der Angehörigen einen hohen Stellenwert. Bei der Spitex würden betreuende Angehörige als ExpertInnen ihrer Lebenssituation eng einbezogen; man sei wegen Personalmangel zunehmend darauf angewiesen, dass sie gewisse Aufgaben nach Anleitung selbst übernehmen.

Für die betreuenden Angehörigen haben die meisten Fachstellen Angebote. Spitex und Alzheimer sind die wichtigsten Anlaufstellen im Fall von Demenz. Die Angebote der Fachstellen sind unterschiedlich gut bekannt und werden auch deshalb oft zu spät in Anspruch genommen. Aufsuchende oder proaktive Ansätze, um betreuende Angehörige anzusprechen, sind nicht vorhanden.

Professionelle Integration

Das Netzwerk «**Gesundheit und Soziales Chur**» (s. unten) dient der Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung sowohl von Organisationen als auch Professionellen. Der Stellenwert für die in Anker beteiligten Professionellen blieb schwer fassbar. Es scheint v.a. für das gegenseitige Kennenlernen und den Erfahrungsaustausch wichtig zu sein.

Unter zentralen Leistungsanbietern im Bereich Demenz kennt man sich unterschiedlich gut, aus der Bearbeitung gemeinsamer Fallsituationen hat man einen gemeinsamen Erfahrungsschatz aufgebaut.

Angehörige schildern in Interviews die Angebote und Vernetzung der Fachstellen als '*schwer durchschaubar*' oder '*Flickenteppich*'.

Organisationale Integration

Im «**Netzwerk Gesundheit und Soziales Chur**» sind 31 Organisationen zusammengeschlossen. Sie präsentieren ihre Angebote in einer gemeinsamen Webplattform mit Kurzbeschrieben jeder Organisation und Link zur Organisation. Ausserdem verfügt das Netzwerk über eine E-Mail-Adresse und gibt als Kontaktnummer die Telefonnummer der Pro Senectute Geschäftsstelle an. Im Ausschuss des Netzwerks sind 6 öffentliche und gemeinnützige *Organisationen* einschliesslich der städtischen Fachstelle Alter und Gesundheit vertreten. Die Organisation entspricht dem Typ 'Koordination durch Selbsthilfe'(vgl. (Ackermann 2019). Zum Zweck der gegenseitigen Information und Förderung von Kontakten trifft sich das Netzwerk zweimal jährlich. Im Netzwerk sind ausschliesslich Organisationsvertretungen zusammengeschlossen, Vertretungen der Betroffenen oder BA sind nicht Teil davon.

Die kantonale gesetzlich verankerte *Gesundheitsregion Chur*, in der Leistungsanbieter breit unter einem gemeinsamen organisatorischen Dach organisiert werden, ist im Aufbau.

Eine spezifische institutionalisierte Vernetzung im Bereich Demenz gibt es nicht und ist nicht geplant.

Systemische Integration

Das institutionalisierte Netzwerk Gesundheit und Soziales ist sehr breit und deshalb unspezifisch in Bezug auf betreuende Angehörige von Personen mit Demenz.

Für ein Netzwerkmanagement oder für die effektive und effiziente Steuerung der Pflege und Betreuung bis auf Einzelfallebene fehlen Ressourcen, und die Zuständigkeit dafür wird bisher von niemandem beansprucht. Hoffnungen werden in die Umsetzung der städtischen Altersstrategie gesetzt und dementsprechend weitere Vorhaben auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.

Angebote einzelner Stellen, die sich explizit an BA wenden, konnten aber in den letzten Jahren vermehrt auf- oder ausgebaut werden. In den Befragungen wurden aber auch verschiedene Leerstellen benannt, wie z.B. spezifisch auf Männer ausgerichtete Angebote, Unterstützung der Mobilität, stundenweise Ablösung von betreuenden Angehörigen durch dafür vorbereitete Freiwillige.

Funktionale Integration

Die gemeinsame Kommunikation der Leistungserbringenden ist kantonale gut ausgebaut.

Eine kantonale Plattform '**Betreuende Angehörige**' vermittelt ausführliche Informationen zu verschiedenen Themen. Die Plattform **find-help GR** vereinigt 930 Angebote in den Bereichen Gesundheit und Soziales für alle Altersgruppen. Über die kombinierte Suche '*Chur*' und '*Demenz*' lassen sich 34 Angebote für Betroffene und Angehörige abrufen. Eine gesamtschweizerische Broschüre für Pflegenden Angehörige wird auch auf der städtischen Website angeboten.

Gemeinsame Projekte mit und für betreuende Angehörige von Personen mit Demenz gibt es zurzeit ausserhalb von Anker im Netzwerk nicht.

Normative Integration

BA werden überwiegend als EmpfängerInnen von Angeboten zur Entlastung und Unterstützung adressiert. Die Notwendigkeit solcher Angebote wird von den Fachstellen übereinstimmend bejaht. Ausserdem ist der fallbezogene Einbezug für die meisten Professionals eine Selbstverständlichkeit. Allerdings ist die Wahrnehmung (und sind entsprechend die Angebote) überwiegend auf «mainstream»-Angehörige ausgerichtet. Es lassen sich kaum Anstrengungen zur spezifischen Ansprache von Gruppen mit besonderen Bedürfnissen wie young carers oder Angehörige der Migrationsbevölkerung ausmachen.

Anstrengungen für eine verbesserte Koordination der Angebote im Einzelfall wie auf der Meso- und Makroebene werden befürwortet, scheitern aber an fehlenden Ressourcen.

Fazit zum Integrationsgrad

Der Integrationsgrad des Netzwerks beschränkt sich hauptsächlich auf den Erfahrungsaustausch im Netzwerk Gesundheit und Soziales sowie auf kaum formalisierte eingespielte Kontakte zwischen einzelnen Stellen. Für professionelle Netzwerkarbeit werden von den Trägerschaften keine finanziellen Mittel eingesetzt.

Der Einbezug Angehöriger auf Augenhöhe zur Mitgestaltung der Netzwerkarbeit findet bisher nur in Ausnahmefällen statt. Das Projekt AnKer verlieh der bereits vorhandenen Idee, Angehörige über quaternahe Zugänge anzusprechen, neuen Schub. Erste Pilotprojekte sind für 2023 in Vorbereitung.

Rapperswil-Jona SG

Juli 2022

<p>Klinische Integration</p> <p>Zuweisungen, Informationsaustausch zum Fall und gegenseitige Abmachungen erfolgen unter den Leistungserbringern auf institutionalisierter Basis. Über die sogenannte «Drehscheibe», eine kommunale Anlaufstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz, wird durch eine hauptamtlich angestellte Person, die u.a. Case-Management betreibt, Kontakt zu den Angehörigen hergestellt und aufrechterhalten. Auch Informationsveranstaltungen und Befragungen zu Angebotswünschen für Betroffene werden über die Drehscheibe konzipiert und koordiniert. Es bestehen auch aufsuchende Angebote, welche u.a. von der Spitex wahrgenommen werden. Hausärztinnen und -ärzte in der Region wirken z.T. als Zuweisende.</p>
<p>Professionelle Integration</p> <p>Die Vernetzung mit den professionellen Akteuren findet zweimal jährlich bei grossen Netzwerktreffen statt. Hierzu zählen diverse ambulante Dienste, da der Hauptfokus auf dem ambulanten Sektor liegt. Dazu gehören die Pro Senectute, Privat Spitexorganisationen, Psychiatrische Spitex, Entlastungsdienst aber auch Stadtverantwortliche. Innerhalb der RaJoVita hält die Koordinatorin der Drehscheibe die «Fäden» in der Hand, von der Spitex über Tagesstätten bis zu Pflegeheimen. Des Weiteren wird ein einheitliches IT-System genutzt, um Überleitungsprozesse massiv zu vereinfachen.</p>
<p>Organisationale Integration</p> <p>Die RaJoVita ist ein stark formalisiertes Netzwerk (Stiftung, teilfinanziert von der Stadt) mit formulierten Konzepten zu Gesundheitsberatung, Entlastung von Angehörigen, ethischen Prinzipien und Führungsverständnis. Das Netzwerk Rapperswil Jona ist ein als Stiftung organisierter Versorgungsverbund, bei dem die RaJoVita diverse Dienstleistungen wie Tagespflege oder Spitex vereint. Gleichzeitig bestehen diverse Kooperationen zu weiteren Dienstleistenden der Region (z.B. Alzheimer Kanton St. Gallen). Das eigentliche Versorgungsnetzwerk ist jedoch primär RaJoVita-intern ausgerichtet und fokussiert sich auf die Gemeinde Rapperswil-Jona. Die jeweiligen Stellen sind formalisiert unter dem Dach der RaJoVita miteinander vernetzt. Die Überweisungen sind im pflegerisch-medizinischen Bereich (Hausarzt, Memory Clinic, Spitex) geregelt (<i>vertikale Integration</i>). Darüber hinaus findet auch eine horizontale Integration im Sinne der Vernetzung der unterschiedlicher Dienstleistungsstellen sowohl innerhalb von Versorgungssettings (z.B. ambulant-ambulant) als auch zwischen Versorgungssettings (z.B. ambulant-(teil) stationär über Kooperationspartner) statt. Es stehen explizite Ressourcen für die Vernetzung zur Verfügung.</p> <p>Weitere Vernetzungen nach aussen bestehen mit Palliative Care, Taxidienst, Spitex und Psychiatrie Spitex, Entlastungsdiensten, Alzheimer St.Gallen.</p>

Systemische Integration

Das institutionalisierte Netzwerk Gesundheit und Soziales ist sehr breit und deckt nahezu alle Versorgungs- und Informationsleistungen des ambulanten Bereichs für betreuende Angehörige und Personen mit Demenz ab.

Für ein Netzwerkmanagement sowie für eine effektive und effiziente Steuerung der Pflege und Betreuung bis auf Einzelfallebene sind Ressourcen vorhanden und Zuständigkeiten geklärt. Vom Projekt AnKer wurde sich erhofft, bisher blinde Flecke bei der Unterstützung von Angehörigen aufgezeigt zu bekommen sowie einen aktuellen Überblick über bisher noch nicht vernetzter Akteure der Demenzversorgung aus der Region zu erhalten.

Angebote einzelner Stellen, die sich explizit an betreuende Angehörige wenden, sind umfangreich vorhanden (z.B. Demenzcafé oder Angehörigengruppen). Allerdings bestehen bisher keine regulären Prozesse, um Angehörige direkt in die (Weiter)Entwicklung von Angeboten einzubeziehen.

In den Befragungen wurden des Weiteren auch noch einige Leerstellen benannt, wie z.B. spezifisch auf Männer ausgerichtete Angebote, stundenweise Ablösung von betreuenden Angehörigen durch dafür vorbereitete Freiwillige oder Wandergruppen für Personen mit Demenz.

Funktionale Integration

Die gemeinsame Kommunikation der Leistungserbringenden ist im Rahmen der Struktur der RaJoVita regelmässig und formalisiert.

Gemeinsame Projekte sind vorhanden und in einem Veranstaltungskalender ersichtlich. Auf der Homepage der [Drehscheibe](#) sind weitere Informationen dazu ersichtlich.

Normative Integration

Betreuende Angehörige werden überwiegend als EmpfängerInnen von Angeboten zur Entlastung und Unterstützung adressiert. Die Notwendigkeit solcher Angebote wird von den beteiligten Netzwerkakteuren übereinstimmend bejaht. Fallmanagementprozesse sind umfangreich etabliert und robuste Kommunikationskanäle von und zu Angehörigen aufgebaut. Allerdings ist die Wahrnehmung (und sind entsprechend die Angebote) überwiegend auf «Mainstream»-Angehörige ausgerichtet. Es lassen sich bisher jedoch Anstrengungen zur spezifischen Ansprache von Gruppen mit besonderen Bedürfnissen wie Young Carrers oder Angehörige der Migrationsbevölkerung ausmachen.

Ideen aus dem Projekt AnKer für eine verstärkte Berücksichtigung von Angehörigenbedürfnissen und Wünschen bei der Entwicklung und Ausgestaltung von Netzwerkprozessen und Angeboten wurden mit Interesse aufgenommen. Allerdings ist noch nicht klar, wie die Prozesse integriert werden können.

Fazit zum Integrationsgrad

Der Integrationsgrad, die Prozessdichte und der Formalisierungsgrad sind bei dem Netzwerk als sehr hoch einzuschätzen. Dies liegt nicht zuletzt an der gesicherten Finanzierung der Stiftung durch Gemeindegelder und einer hauptamtlichen Koordinations- und Case-Management Stelle.

Der Einbezug Angehöriger auf Augenhöhe zur Mitgestaltung der Netzwerkarbeit findet bisher allerdings nur marginal und unsystematisch statt. Die Hinweise des Anker Projektteams und der Anker-Werkzeugkoffer könnten eine Weiterentwicklung derartiger Strukturen unterstützen.

Schaffhausen SH

Juli 2022

<p>Klinische Integration</p> <p>Zuweisungen erfolgen fallbezogen, «ohne richtiges System». Die Vernetzung im Einzelfall wird von den Professionellen als gut eingeschätzt. Sie beruht auf gegenseitigem Kennen und Absprachen. Für die betreuenden Angehörigen stellt sich das Netzwerk als «Puzzle» dar, dessen Einzelteile von ihnen selbst zusammengesetzt werden müssen. Sie müssten «alles immer wieder neu erklären».</p> <p>Die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten wird als unbefriedigend wahrgenommen. Viele suchen den Kontakt zu Fachstellen nicht. Nur ein Teil von ihnen verweisen Angehörige an die Fachstellen. Fachstellenvertreterinnen kritisieren, dass ein Teil der Ärzte die Angehörigen ungenügend informiert über die Krankheit und sie allgemein zu wenig einbezieht. «Runde Tische» unter Beteiligung der betreuenden Angehörigen werden als Leerstelle wahrgenommen. Die Koordinationsaufgaben werden situationsabhängig von Fachpersonen mit unterschiedlichem Ressourceneinsatz wahrgenommen, liegen aber mehrheitlich bei den betreuenden Angehörigen selbst.</p> <p>Die Spitex ist für die betreuende Angehörige oft – nach dem Hausarzt – die erste Anlaufstelle, weil diese am bekanntesten ist. Der Kontakt zu weiteren Stellen erfolgt oft als «Kaskade», indem jede Stelle wieder ein weiteres Angebot empfiehlt. Allgemein wird festgestellt, dass betreuende Angehörige oft in einer späteren Phase der Demenz der betreuten Person in Kontakt kommen mit Fachstellen und dann bereits sehr erschöpft sind. Erst der Heimeintritt ist dann z.B. Anlass für ein Gespräch mit der Koordinationsstelle Alter.</p> <p>Im kantonalen Demenzkonzept, das ab 2023 umgesetzt wird, sind die Probleme bei Beratung und Fallkoordination benannt. Es ist ein neuer Demenzkonsiliardienst vorgesehen, der Assessment, aufsuchende Beratung, erste diagnostische Abklärungen sowie Fallführung übernehmen wird.</p>
<p>Professionelle Integration</p> <p>Es gibt aktuell keinen über den Einzelfall hinausgehenden institutionalisierten Austausch zwischen Fachpersonen verschiedener Stellen. Eine frühere Begleitgruppe Alter hat sich vor einigen Jahren aufgelöst. Unabhängig vom Einzelfall arbeitet man punktuell mit betreuenden Angehörigen in einzelnen Forschungs- oder Entwicklungsprojekten zusammen, es gibt sonst keinen geregelten Austausch.</p> <p>Es werden grosse Hoffnungen in die Umsetzung des kantonalen Demenzkonzepts gesetzt, da dieses u.a. die Schaffung einer interdisziplinären Demenz-Netzwerkgruppe vorsieht.</p>
<p>Organisationale Integration</p> <p>Es besteht eine Absprache, dass das Rote Kreuz für die Entlastung betreuender Angehöriger somatischer Patienten, die Pro Senectute bei demenziellen und psychisch Erkrankten zuständig ist. Eine spezifische institutionalisierte, organisationsübergreifende Vernetzung im Bereich Demenz gibt es bisher nicht, ist aber im kantonalen Demenzkonzept geplant. Wie weit sie auch betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz einbeziehen soll, ist im Demenzkonzept offen.</p>

Systemische Integration

Regelungen zu Prozessen sowie ein systematisches Netzwerkmanagement fehlen aktuell. Vorstösse in diese Richtung wurden im Hinblick auf die Umsetzung des kantonalen Demenzkonzepts nicht weiterverfolgt. Das kantonale Demenzkonzept sieht eine Koordinationsstelle vor, die u.a. die Fortbildung, Vernetzung, Prozessoptimierung, das Schnittstellenmanagement und die Qualität verbessern soll.

Die städtischen Legislatorschwerpunkte 2021-24 sehen die Umsetzung des Konzepts pflegende Angehörige und die Mitwirkung bei der Umsetzung des kantonalen Demenzkonzepts vor.

Funktionale Integration

Auf der städtischen Website «Alter» sind Links zur Koordinationsstelle, zu städtischen und privaten Alterszentren, Nachbarschaftshilfen sowie zu Informationen über Finanzhilfen für Pflegende Angehörige zu finden. Halbjährlich wird das Magazin ALTER mit jeweils einem thematischen Schwerpunkt an die ältere Bevölkerung verschickt (im Sept. 2021 zu Demenz; inkl. einer Angebotsübersicht für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen).

Auf Kantonsebene gibt es unter «Alter und Pflege» einen Link zum Suchportal infosenior.ch. Dieses kam in den Interviews und Workshops allerdings nicht zur Sprache, scheint also kaum bekannt zu sein.

Formalisierte Prozesse oder Gefässe für z.B. Wissensaustausch, Entwicklung, Einbezug von Angehörigen oder Qualitätsverbesserung gibt es im Netzwerk aktuell nicht, sie sind im kantonalen Demenzkonzept aber vorgesehen.

Normative Integration

Der fallbezogene Einbezug von Angehörigen ist für die Professionellen selbstverständlich, bei einem Teil der Hausärzte und -innen wird das von ihnen selbst anders wahrgenommen (s. oben). Im Netzwerk wurde punktuell mit betreuende Angehörige in Forschungs- und Entwicklungsprojekten zusammengearbeitet (nur in «AnKer» demenzspezifisch). Im Konzept der neuen stationären Einrichtung für Demenz Höfli ist die verstärkte Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen konzeptuell verankert. Ansonsten werden betreuende Angehörige überwiegend als Leistungsempfängerinnen und -empfänger gesehen. Der städtische Fonds zur finanziellen Entschädigung ist Ausdruck der Anerkennung für die Leistungen der betreuenden Angehörigen.

Im kantonalen Demenzkonzept ist der systematische Einbezug von betreuende Angehörige in die Vernetzung, Qualitätsentwicklung usw. nicht explizit vorgesehen. Ihre Rolle beschränkt sich auch hier vorwiegend auf die der Leistungsempfangenden. Lediglich Selbsthilfe und Austausch unter betreuenden Angehörigen sollen explizit gefördert werden.

Fazit zum Integrationsgrad

Der Integrationsgrad des Netzwerks ist bisher als tief einzustufen. Für professionelle Netzwerkarbeit wurden bisher von den Trägerschaften keine finanziellen Mittel eingesetzt. Die Erarbeitung des kantonalen Demenzkonzepts und der lange politische Genehmigungsprozess blockierten in der Stadt Schaffhausen die weitere Vertiefung des Netzwerks, da keine Parallelstruktur zur geplanten kantonalen Vernetzung aufgebaut werden sollte. Der Vorlage zur Umsetzung des Demenzkonzepts wurde am 30.5.22 vom Kantonsrat zugestimmt. Die Umsetzung des Demenzkonzepts wird eine Koordinations- und einen Ausbau der Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige mit sich bringen.

Der Einbezug Angehöriger auf Augenhöhe zur Mitgestaltung der Netzwerkarbeit findet bisher demzufolge noch nicht statt. Das Projekt AnKer und der AnKer-Werkzeugkoffer könnten eine Weiterentwicklung derartiger Strukturen unterstützen.

Anhang

Literaturverzeichnis

- Ackermann, Maya (2019): Koordination der Versorgungsangebote bei Demenz. Dokumentation von unterschiedlichen Koordinationsmodellen inklusive Praxisbeispielen. Alzheimer Schweiz im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, BAG. Bern. Online verfügbar unter https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/10.02D_2019_Demenz_Koordination_Angebote_1_.pdf zuletzt geprüft am 03.01.2023.
- Brügger, Sarah, Rime, Sylvie; Sottas, Beat (2019): Angehörigenfreundliche Versorgungskoordination. Schlussbericht; Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Regula Rička. sottas formative works. Bourgillon.
- Fringer, André; Otto, Ulrich; Kaspar, Heidi; Arrer, Eleonore; Berger, Fabian; Hechinger, Mareike et al. (2019): Unterstützung für betreuende Angehörige in Einstiegs-, Krisen und Notfallsituationen. Schlussbericht. Hg. v. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. ZHAW, Careum. Bern. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>, zuletzt geprüft am 03.01.2023.
- Goodwin, Nicholas; Stein, Viktoria; Amelung, Volker (2017): What Is Integrated Care? In: Volker Amelung, Viktoria Stein, Nicholas Goodwin, Ran Balicer, Ellen Nolte und Esther Suter (Hg.): Handbook Integrated Care. Cham: Springer International Publishing, S. 3–24.
- Kaats, Edwin; Opheij, Wilfrid (2014) Creating Conditions for Promising Collaboration. Alliances, Networks, Chains, Strategic Partnerships. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg
- Kaplan, Caroline; Jaks, Rebecca; Müller, Franziska (2020): Zusammenarbeit mit betreuenden Angehörigen Impulse für Bildungsverantwortliche sowie Führungs- und Fachpersonen aus den Bereichen Pflege und Sozialarbeit. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Bern (Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»).
- Kraft, Eliane; Manike, Katja (2019): Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz. Auswertung der Ergebnisse des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020»; im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit (BAG). Ecoplan. Bern.
- Mantelzorg & Meer (o.A.): SOFA-Model. Samenwerking mit mantelzorgers. Amstelveen. Online verfügbar unter <http://www.mantelzorgenmeer.nl/wp-content/uploads/MM-flyer-SOFA-Model.pdf>, zuletzt geprüft am 03.08.2021.
- Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden
- McCabe, Marita; You, Emily; Tatangelo, Gemma (2016): Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers' Needs. In: The Gerontologist 56 (5), e70-88. DOI: 10.1093/geront/gnw078.

Literaturverzeichnis

Otto, Ulrich; Leu, Agnes; Bischofsberger, Iren; Gerlich, Regina; Riguzzi, Marco; Jans, Cloé; Golder, Lukas (2019): Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht. Online verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html>, zuletzt geprüft am 03.01.2023.

Rička-Heidelberger, Regula; Wartburg, Lea von; Gamez, Facia Marta; Greyerz, Salome von (2020): Synthesebericht. Unter Mitarbeit von Eliane Kraft und Sarah Werner. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Bern (Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»).

Scheidegger, Alexander; Müller, Martin; Arrer, Eleonore; Fringer, André (2019): Das dynamische Modell der Angehörigenpflege und -betreuung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. DOI: 10.1007/s00391-019-01574-8.

Scholten, Cecil; Peters, Anita; Schutte, Will; Zwart-Olde, Ilse; Mostert, Henry; Lammersen, Gery et al. (2016): Verder in samenwerking. Werkboek In voor Mantelzorg. Unter Mitarbeit von Marjolijn Rotteveel, Pauline van Tienhoven und Noëlle van Wijgerden. In voor Mantelzorg (Vilans- Movisie). Utrecht. Online verfügbar unter <https://www.invoormantelzorg.nl/instrumenten/verder-in-samenwerking-werkboek-in-voor-mantelzorg/>, zuletzt geprüft am 03.08.2021.

Sottas Beat; Brügger Sarah; Kissmann Stefan; Keel, Sara; Dell'Eva, Emilie (31.06.2020): Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht; Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Regula Rička.

Valentijn, Pim Peter (2015). Rainbow of Chaos: A Study into the Theory und Practice of Integrated Primary Care. Tilburg University, The Netherlands

Witteveen, Ellen; Siteur-Schollen, Amanda; Brandts, Mariët (Hg.) (2021): Hartenkreten van mantelzorgers. Over de kunst van het samenwerken. Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie (KSI). Antwerpen / s'Hertogenbosch: Gompel & Svacina bv.

Zeyen Petra; Guggenbühl Tanja, Jäggi Jolanda; Heusser Caroline; Rudin Melania (2020): Analyse von Zugangsbarrieren zu Unterstützungsangeboten für betreuende Angehörige. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Impressum

Der Werkzeugkoffer ist ein Ergebnis des Projekts AnKer – Angehörige als Kooperationspartner:innen in der Versorgung von Personen mit Demenz.

Projektleitung

Prof Dr. Steffen Heinrich, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Prof. Martin Müller, Institut für Soziale Arbeit und Räume

Projektmitarbeit

Dr. Janine Vetsch, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Madeleine Vetterli, MsC, Institut für Soziale Arbeit und Räume

Marisa Arn, Institut für Soziale Arbeit und Räume

Anja Speyer, Institut für Soziale Arbeit und Räume

Esther Ruf, Institut für Altersforschung

Angela Schnell, Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Beteiligte Netzwerke

Bassersdorf ZH

Chur GR

Rapperswil SG

Schaffhausen SH

Resonanzgruppe

Regula Birnstiel

Hedi Desaulles

Rosanna Steiner

Projektförderung

Alzheimer Schweiz

Ebnet Stiftung, Teufen

Zitiervorschlag

Heinrich, Steffen; Müller, Martin; Vetsch, Janine (2022). Werkzeugkoffer für Demenznetzwerke. Einbezug von betreuenden Angehörigen als Kooperationspartner:innen.

Kontakt

OST – Ostschweizer Fachhochschule

Prof. Dr. Steffen Heinrich

steffen.heinrich@ost.ch

Institut für Angewandte Pflegewissenschaft

Prof. Martin Müller

martin.mueller@ost.ch

Institut für Soziale Arbeit und Räume

Rosenbergstrasse 59

CH-9001 St. Gallen