

Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich

Begleitstudie 2016–2020

Prof Dr. Romy Mahrer Imhof
Prof Dr. Lorenz Imhof

ns&c
Nursing Science & Care GmbH

INHALT

ZUSAMMENFASSUNG		5	
1	EINLEITUNG	8	
	1.1	Das Begleitforschungsprojekt Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich	8
	1.2	Begleitstudie	9
		<i>Themenschwerpunkte und Fragestellung dieser Begleitstudie</i>	9
	1.3	Methodisches Vorgehen	10
	1.4	Aufbau des Begleitstudienberichtes	11
2	KONZEPT	12	
	2.1	Entstehung und Projektverlauf	12
		<i>Erste Idee</i>	12
		<i>Vision Zugehende Beratung durch Alzheimer Zürich</i>	14
	2.2	Das Angebot der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich	15
		<i>Zielsetzung</i>	15
		<i>Care- und Case-Management</i>	16
		<i>Beratungsgespräche sowie die systematische Erfassung und Dokumentation der Beratungssituationen</i>	17
		<i>Umfang der Beratung</i>	18
		<i>Finanzierung und Budgetierung</i>	18
3	ERGEBNISSE	20	
	3.1	Werbemassnahmen und Akquisition	20
		<i>Persönliche Gespräche in den Gemeinden</i>	21
		<i>Aufwand für Werbemassnahmen</i>	21
		<i>Schriftliche Unterlagen</i>	21
		<i>Medien</i>	22
	3.2	Leistungsvereinbarungen	22
		<i>Verträge mit den Gemeinden</i>	22
		<i>Verträge mit Privatpersonen als Selbstzahler</i>	23
		<i>Zuweisende Organisationen</i>	24
		<i>Kostenträger</i>	24
	3.3	Beratungen Situationen von Betroffenen und ihren Familien	24
		<i>Persönliche Situation</i>	26
		<i>Informelles Unterstützungssystem</i>	27
	3.4	Zusätzliche Unterstützung zu Beginn der Beratung	27
	3.5	Unterschiedliche Anspruchsgruppen in der Beratung	28
		<i>Situation 1: Informationsbedarf decken und Entlastung organisieren</i>	29
		<i>Situation 2: Klärungen herbeiführen und ein Netzwerk zum Laufen bringen</i>	30
		<i>Situation 3: Organisation des laufenden Versorgungsnetzwerks</i>	31
		<i>Situation 4: Koordination der Unterstützung – Kollaboration im Netzwerk</i>	32
	3.6	Zeitaufwand und Kosten für die Beratung	34
		<i>Zeitaufwand für die Beratung</i>	34
		<i>Zeitaufwand für die Unterstützung der Beraterinnen</i>	35
		<i>Finanzierung des Angebotes</i>	35
4	KRITISCHE WÜRDIGUNG	38	
	4.1	Die Sicht der Projektleiterin Christina Krebs	38
	4.2	Kritische Würdigung aus Sicht der Autorin und des Autors	42
		<i>Beratungskompetenz und Ausrichtung auf das Unterstützungssystem Familie</i>	42
		<i>Beratung mit unterschiedlichen Bedingungen und Auftraggebern</i>	43
		<i>Koordination oder Kollaboration mit anderen Anbietern</i>	45
		<i>Bilanz Demenzstrategie und deren Bezug zum Projekt Zugehende Beratung</i>	47
		<i>Familienorientierte Interventionen</i>	47
		<i>Strukturelle Bedingungen für den Beratungsauftrag</i>	48
		<i>Koordination und Kollaboration in Versorgungsstrukturen</i>	50
5	REFERENZEN	52	

IMPRESSUM

Auftraggeber	Alzheimer Zürich
Co-Projektverantwortliche	Christina Krebs Beatrice Gfeller
Schlussbericht	Prof Dr. Romy Mahrer Imhof Prof Dr. Lorenz Imhof Nursing Science & Care GmbH www.ns-c.ch 052 213 65 65 Ansprechperson für das Projekt: Christina Krebs
Lektorat	Dore Wilken, dwilken@gmx.de
Gestaltung	Simone Kuhn, sqn grafik, www.sqn.ch
Fotografien	Adobe Stock: Titelbild, Seite 6, 10, 11, 17, 28, 30–36, 43, 45, 49 Alamy: Seite 7, 25, 27, 29 Selina Meier: Seite 39 Alzheimer Zürich: Seite 20
Förderung	Dieser Bericht dokumentiert ein Förderprojekt der Age-Stiftung. Weitere Informationen dazu unter www.age-stiftung.ch . Die Age-Stiftung legt ihren Fokus auf Wohnen und Älterwerden. Dazu fördert sie Wohn- und Betreuungsangebote in der deutschsprachigen Schweiz mit finanziellen Beiträgen. Sie engagiert sich für inspirierende zukunftssträchtige Lösungen und informiert über gute Beispiele.
Zitation des Berichts	Mahrer Imhof Romy, Imhof Lorenz (2020). Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich: Begleitstudie von 2016–2020; Winterthur: Nursing Science & Care GmbH. Juni 2020



ZUSAMMENFASSUNG

Projektidee

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie von 2014–2019 erfolgte im Jahr 2014 ein Aufruf der Gesundheitsdirektion Zürich, sich an der kantonalen Demenzstrategie zu beteiligen. Im Rahmen der Demenzforen im Kanton Zürich konstatierte man, dass bereits ein gutes Versorgungsangebot vorhanden sei, jedoch wurden Lücken im Bereich eines flächendeckenden Angebots für aufsuchende Abklärung und Beratung von sozial isolierten, demenzerkrankten Personen zu Hause festgestellt¹. Es erfolgte ein Aufruf, für aufsuchende Dienstleistungen neue Angebote zu entwickeln.

Die Alzheimer Zürich, die ihre Leistungen im Kanton Zürich anbietet, entwickelte nach Diskussion im Vorstand ein Projekt einer aufsuchenden Beratung. Die Zugehende Beratung definiert, dass die Beratungen proaktiv, langfristig und mit hoher personeller Kontinuität im häuslichen Umfeld angeboten werden². Alzheimer Zürich versprach sich durch dieses Angebot eine Entlastung der erkrankten Person und der Angehörigen, eine Förderung oder zumindest einen Erhalt der Selbstpflegefähigkeiten und damit die Verzögerung eines Heimeintritts³. Es war der Projektleitung wichtig, dass diese Zugehende Beratung nicht in erster Linie der Abklärung der möglichen Demenz dient, sondern zur «Beratung und Begleitung pflegender Angehöriger sowie zur Koordination der notwendigen Leistungen» konzipiert ist. In der Folge wurden Leistungsvereinbarungen mit Gemeinden des Kantons Zürich gesucht, um die Beratungen im Umfang von fünf Hausbesuchen und unbeschränkten Telefonaten und Besprechungen mit den Beraterinnen an der Geschäftsstelle der Alzheimer Zürich finanziell absichern zu können.

Begleitstudie

Die Begleitstudie deckte den Zeitraum von Mitte 2016 bis zum Abschluss des Pilotprojekts Ende 2019 ab. Die Evaluation wurde durch die Firma Nursing Science&Care GmbH, Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof und Prof. Dr. Lorenz Imhof, durchgeführt.

Die Grundlage der Studie bildeten Interviews mit verschiedenen Akteuren und Akteurinnen: Leitungsmitglieder, Vertreter politischer Gremien, Beraterinnen, Mitglieder anderer Dienstleistungsorganisationen sowie Klientinnen und Klienten der Zugehenden Beratung.

Ergänzend wurden Daten aus den Dokumentationen zu den Beratungssequenzen, die von den Beraterinnen erfasst wurden, Werbematerial der Alzheimer Zürich und Berichte zur nationalen und kantonalen Demenzstrategie beigezogen.

Auf dieser Datengrundlage beschreibt der vorliegende Bericht die Aufwendungen zur Lancierung und Implementierung der Zugehenden Beratung. Die Situationen, die die Beraterinnen bei ihrer Arbeit zu Hause angetroffen haben, werden in Fallvignetten geschildert und Fragen zur Finanzierung der Zugehenden Beratung bearbeitet. Ein Rück- und Ausblick der Projektleiterin Christina Krebs erfolgt. Eine kritische Würdigung aus Sicht der Autorin und des Autors beinhaltet Überlegungen zu den Schwerpunkten der Zugehenden Beratung und stellt das Projekt in Zusammenhang mit der Demenzstrategie. Empfehlungen für die Weiterführung und für die Lancierung neuer Projekte werden formuliert.

- 1 Gesundheitsdirektion Zürich, «Vernehmlassung Konzept AIDA-Care», 2015.
- 2 Baumert und Krebs, «Konzept Zugehende Beratung».
- 3 Vögeli, «Case Management und «Zugehende Beratung» bei Demenz».

Ergebnisse

Akquise und Werbung für Zugehende Beratung

Grosse Anstrengungen zur Bewerbung des Angebotes Zugehende Beratung mussten unternommen werden, um die Zugehende Beratung bekannt zu machen. Sie wurde im Rahmen aller Angebote der Alzheimer Zürich auf dem Kantonsgebiet mit dem Infomobil beworben und zahlreiche persönliche Gespräche mit Gemeindevertreterinnen und -vertretern geführt. Auch ein Netzwerk der Dienstleistungsanbieter, die ihre Leistungen Menschen mit Demenz im Zürcher Oberland anbieten, wurde gegründet, um damit auch die Zugehende Beratung den Klientinnen und Klienten näherzubringen.

Abschluss von Leistungsverträgen

In der Projektlaufzeit von Mitte 2016 bis Ende 2019 konnten mit acht der 73 angesprochenen Gemeinden Leistungsverträge abgeschlossen und 51 Klientinnen und Klienten respektive Familien beraten werden. Die Mehrheit der Klientinnen und Klienten finanzierte die Beratungen selbst, nur in 16 Fällen übernahmen die Gemeinde oder Stiftungen die Kosten.

Beratungssituationen

Die Situationen, die die Beraterinnen zu Hause antrafen, zeigten unterschiedliche Belastungen von Angehörigen und Menschen mit Demenz. Es konnten vier Situationen identifiziert werden. Während die einen vor allem Informationen zu Demenz und Dienstleistungen brauchten, war bei anderen eine Klärung der Belastungen und eine mögliche Entlastung durch professionelle Dienstleister zu überlegen. Eine weitere Situation machte deutlich, dass zwar Unterstützungsleistungen für das familiale System oder den Menschen mit Demenz vorhanden waren, aber neu organisiert oder ausgeweitet werden mussten, um wieder ein (labiles) Gleichgewicht herzustellen. Eine letzte Situation war geprägt durch die Anwesenheit vieler Dienstleister, aber einer dringend notwendigen Koordination und von

Absprachen unter den Leistungserbringern. In diesen Situationen kam es zu Spannungen und Konflikten, wenn die Legitimation für Koordination nicht erteilt oder nicht geklärt wurde.



Der Aufwand pro Beratungsfall war sehr unterschiedlich und erschwerte eine Planung von Arbeitspensen. Im Durchschnitt machten die Beraterinnen 2.5 Hausbesuche (zwischen ein und sieben) bei den Klientinnen und Klienten. Damit lagen die Hausbesuche im Schnitt unter dem, was im Beratungskonzept vorgesehen war. Der zeitliche Aufwand für Hausbesuche (4.4h), telefonische Beratungen (3h) und administrative Aufwendungen (3.9h) pro Beratungsfall lag bei durchschnittlich 11.3 Stunden. Er variierte pro Fall und Tätigkeit zwischen 0.5 und 17.3 Stunden.

Die Beraterinnen verfügen über grosses Wissen zu Demenz und in familien-zentrierter Pflege. Für ihre Tätigkeiten vor Ort wurde Inter- und Supervision angeboten und in regelmässigen Fallbesprechungen oder Gesprächen mit der Projektleitung das weitere Vorgehen besprochen.

Finanzierung und Entwicklung

Die Entwicklung der Fallzahlen wie auch die Zahl der Vertragsabschlüsse lag hinter den Erwartungen zurück und gefährdete zwischenzeitlich die Weiterführung des Projektes. Mit der finanziellen Unterstützung durch die Age-Stiftung konnte das Pilotprojekt erfolgreich abgeschlossen werden. Anpassungen im Einsatz der Beraterinnen wurden notwendig und Reallokation vorhandener Mittel wurde vorgenommen, um das Projekt weiterführen zu können.

Kritische Würdigung

Perspektiven für die Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich – Sicht der Projektleiterin

Die Projektleiterin Christina Krebs erläutert im Interview die Hintergründe des Beratungskonzeptes der Zugehenden Beratung. Sie nimmt Stellung zu den Erfahrungen, die die Alzheimer Zürich mit dem Projekt der Zugehenden Beratung gemacht hat. Sie weist mögliche Interessenten, die ein Beratungskonzept wie die Zugehende Beratung umsetzen, darauf hin, dass ein langer Atem notwendig ist, um Verträge schliessen zu können, und Vertragsabschlüsse noch kein Garant für Überweisungen sind. Während der Laufzeit der Demenzstrategie haben kostenpflichtige Angebote stark zugenommen. Damit ist die Konkurrenz unter den Anbietern gestiegen, was ihrer Ansicht nach Folgen für die Werbekonzepte hat. Die Projektleiterin erläutert ihren Wunsch, dass das Projekt Zugehende Beratung weitergeführt werden soll.

Kritische Würdigung aus der Sicht der Autorin und des Autors

Die Autorin und der Autor verbinden die Umsetzung des Projektes Zugehende Beratung mit verschiedenen Faktoren. Neben den inhaltlichen Schwerpunktsetzungen auf eine familien-zentrierte Beratungskompetenz und deren positive Auswirkungen wird auch auf kritische Aspekte des Konzeptes, wie die unterschiedlichen Auftraggeber und die



damit verbundenen ungeklärten Rollen, hingewiesen. Der Anspruch der Übernahme von Koordination des Versorgungsnetzes wird kritisch hinterfragt und einem Ansatz der Kooperation gegenübergestellt.

Das Beratungskonzept der Zugehenden Beratung wird im Rahmen der Demenzstrategie im Kanton Zürich mit anderen Projekten verglichen. Die Erkenntnisse aus diesen Projekten werden mit denjenigen der Zugehenden Beratung verglichen. Empfehlungen für die Integration von neuen Dienstleistungen in bestehende Versorgungsnetze werden formuliert.

1.1 Begleitforschungsprojekt Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich

Die Alzheimer Zürich ist eine der 21 kantonalen Sektionen, die unter der Dachorganisation Alzheimer Schweiz organisiert sind. Alzheimer Schweiz ist eine unabhängige, konfessionell und politisch neutrale, gemeinnützige Organisation, die sich für eine Gesellschaft einsetzt, in der die Menschen gleichwertig und gleich geschätzt miteinander leben. Sie ergreift Partei für Menschen mit einer Demenz.

Alzheimer Zürich engagiert sich – wie andere Sektionen auch – für vielfältige Angebote und Dienstleistungen vor Ort für die Inklusion und Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Die Alzheimer Zürich bietet an ihrem Standort in Zürich durch ihre Beratungsstelle fachkundige, umfassende Informationen zum Thema Demenz an. Die Beratungsstelle versteht sich als neutrale und unabhängige Drehscheibe, die einen Beitrag zur Entscheidungshilfe bietet und bei der Bewältigung von Krisen unterstützt. In den Beratungen werden die Klienten bzw. Klientinnen als «Experten für das eigene Leben» angesehen und anerkannt. In den Beratungen werden die Möglichkeiten zur Erleichterung der Alltagsgestaltung ebenso wie Hilfestellungen zur Verbesserung der Selbststeuerung oder der eigenen Handlungskompetenz und des Selbstvertrauens thematisiert.

Mit der Zugehenden Beratung bietet die Beratungsstelle seit Mitte 2016 Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen im Kanton Zürich eine weitere Dienstleistung an, die ihnen – wenn immer möglich – über den ganzen Verlauf der Krankheit in ihrem häuslichen Umfeld zur Verfügung stehen soll. Die Zugehende Beratung bietet Information, Begleitung und Beratung, aber auch Koordination der Dienstleistungen an. Die Beratung wird immer durch die gleiche Person durchgeführt, damit diese zu einer verlässlichen Bezugsperson werden kann.

Um das neue Beratungsmodell zu etablieren, wurden viele Anstrengungen unternommen, um Leistungsverträge mit Gemeinden schliessen zu können

ALZHEIMER ZÜRICH (ALZ ZH)

PORTRAIT

- setzt sich aktiv für Menschen mit Demenz und deren Angehörige ein und vertritt deren politische und gesellschaftliche Interessen. Sie informiert und sensibilisiert die Öffentlichkeit, unterstützt und berät Angehörige, Freiwillige und Fachpersonen aus der Betreuung, Ärzte und Ärztinnen sowie politische Behörden auf allen Ebenen.
- ist als Verein organisiert (Gründung 1994).
- hat rund 2000 Mitglieder.
- ALZ ZH ist eine von 21 Sektionen in der Schweiz, die unter dem Dach von Alzheimer Schweiz organisiert sind.

TEAM

- Interprofessionell (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Betriebswirtschaft, Kommunikation)
- 42 Mitarbeitende (inkl. ED und ALT-GT), rund 40 freiwillige Mitarbeitende, circa 4 Selbständig-erwerbende im Mandatsverhältnis

VORSTAND

- Angehörige demenzkranker Menschen
- betroffene Menschen mit Demenz
- Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Gemeinden

FINANZIERUNG

- Spenden und Mitgliederbeiträge, Beiträge von Stiftungen, Kanton Zürich
- Legate und Erbschaften
- Beiträge des Bundesamts für Sozialversicherungen (via Alzheimer Schweiz)
- Erträge aus eigenen Dienstleistungen
- steuerbefreit

AUFGABE / ANGEBOTE

- Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema dementielle Erkrankungen
- Weitgehendes Beratungsangebot: Beratung und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen, Freiwilligen (inkl. Zugehende Beratung)
- Beratung von Fachpersonen, Ärzten und Ärztinnen
- Beratung von politischen Behörden und Organisationen
- Eigene Angebote
- Zugehende Beratung
- Entlastungsdienst
- ALZ Gipfeltreffen
- Fachstelle Bildung
- Angehörigen-Gesprächsgruppen
- Musiktherapie, Philosophische Gesprächsrunden
- Alzheimer-Ferien
- ALZ-Cafés
- Kulturelle Anlässe für Menschen mit Demenz

oder Privatpersonen auf das Angebot aufmerksam zu machen. Die Dienstleistung der Zugehenden Beratung wird durch Leistungsaufträge mit den Gemeinden des Kantons Zürich finanziert oder durch Privatpersonen selbst bezahlt. Eine Beraterin oder ein Berater besucht die Personen, die durch verschiedene Stellen der Gemeinde oder durch die Kinder- und Erwachsenen-Schutz-Behörde (KESB) übermittelt werden oder die sich persönlich an der Geschäftsstelle der Alzheimer Zürich melden.

1.2 Begleitstudie

Diese Begleitstudie wurde durch die Nursing Science&Care GmbH verfasst. Sie ist ein durch zwei Pflegewissenschaftler mit langjähriger Forschungserfahrung geleitetes Unternehmen. Das Unternehmen ist auf die Evaluation von neuen Versorgungsmodellen von älteren Menschen spezialisiert. Nursing Science & Care GmbH verfügt über ein grosses Know-how und ausgewiesene Erfahrung in der Begleitung und Evaluation von innovativen Integrationen von Betreuung und Pflege auf Gemeindeebene. Die finanzielle Unterstützung durch die Age-Stiftung ermöglichte die Evaluation des Betriebskonzepts der Zugehenden Beratung durch die Firma Nursing Science & Care GmbH, Winterthur.

Themenschwerpunkte und Fragestellung dieser Begleitstudie

Im Projekt Zugehende Beratung sollten die Themenbereiche 1) der vertraglichen Vereinbarungen, das Schnittstellenmanagement und die Prozesse auf der Gemeindeebene und 2) die konkrete Beratungstätigkeit und deren Auswirkungen auf die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen untersucht werden.

Die Fragestellungen wurden zu folgenden Punkten formuliert.

1. *Zum Bekanntmachen und der Akquise von Verträgen für Zugehende Beratung*

Welcher Aufwand muss betrieben werden, um das Angebot der Zugehenden Beratung bekannt zu machen? Welche Verhandlungen müssen geführt werden und wie ist die Erfolgsquote? Wie fügt sich das Angebot in die Landschaft der Demenzversorgung ein? Und entstehen dabei Widerstände respektive Synergien?

Ziel war es, die Besonderheiten zwischen den Gemeinden im Akquisitionsprozess darzustellen und die Aufwendungen der Alzheimer Zürich zur Etablierung des Angebotes festzuhalten. Ein weiteres Ziel war es, die Einbindung des Angebotes in die Versorgung von Demenzerkrankten im Kanton Zürich zu beobachten.

2. *Zum Geschäftsmodell mit Vertragspartnern und anderen Dienstleistern*

Welche und wie viele Gemeinden schliessen eine Leistungsvereinbarung ab? Was sind die Beweggründe für den Leistungsvertrag? Entstehen Schnittstellen mit anderen Anbietern in den Gemeinden und wie wird die Zusammenarbeit ausgestaltet und erlebt?

Ziel war zu erfassen, welche Gemeinden einen Vertrag abschlossen und welche Anzahl Klientinnen und Klienten pro Gemeinde überwiesen respektive für die Beratung empfohlen wurde.

3. *Zur direkten Beratungstätigkeit bei Klientinnen und Klienten*

Welche Personen die Zugehende Beratung in Anspruch nehmen, sollte ebenso untersucht werden wie die Frage, welche Beweggründe bei den Betroffenen für die Inanspruchnahme der Zugehenden Beratung vorlagen. Zudem sollte erhoben werden, wer die Zugehende Beratung initiiert hatte und wer für die Kosten im Einzelfall aufkam (Gemeinde, Selbstzahler, Stiftungen oder andere Quellen).

Ziel war es, jene Personengruppe zu beschreiben, die das Angebot in den Jahren 2016 bis Ende 2019 in Anspruch genommen hat. Ausgewertet wurden Daten zur Demografie, von zuweisenden Stellen

und zur finanziellen Unterstützung, zur Dauer des Mandates und ob eine Diagnose vorlag oder nicht. Gründe für die Inanspruchnahme der Zugehenden Beratung und Beschreibungen der Beratungsinhalte und Problemstellungen wurden analysiert.

1.3 Methodisches Vorgehen

Die Durchführung der Datenanalyse folgte den wissenschaftlichen Richtlinien quantitativer und qualitativer Forschung.

Für die Erhebung von qualitativen Daten wurden Interviews vor Ort und Telefoninterviews mit Betroffenen und Familienmitgliedern geführt, bei denen sie nach ihrer Motivation für die Inanspruchnahme der Zugehenden Beratung und ihren Erfahrungen damit befragt wurden. Interviews mit den Beratern gaben Einblick in ihre Erfahrungen, Haltungen und Erlebnisse. Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Organisationen in den Gemeinden (Pflegefachpersonen der Spitex, Verantwortliche der Altersversorgung etc.), die mit den Beraterinnen der Zugehenden Beratung direkt zusammengearbeitet hatten, wurden zu ihren Erfahrungen befragt. Gemeindevertreter äusserten sich zu ihren Beweggründen, eine Leistungsvereinbarung mit der Alzheimer Zürich zu treffen. Vertretern von Organisationen im Feld der Demenzversorgung sprachen über die Bedeutung von Serviceangeboten wie die Zugehende Beratung. Es fand ein regelmässiger Austausch mit der Projektleitung im Laufe des Projektes statt.

Zudem wurden die Dokumente der Beraterinnen zu den einzelnen Klientinnen und Klienten in anonymisierter Form gesichtet und inhaltsanalytisch ausgewertet. Für quantitative Analysen wurden die Daten der Alzheimer Zürich zum zeitlichen Umfang der Beratungstätigkeit und der Anzahl beratener Personen analysiert. Die Kontakte mit Vertretern der Gemeinden und Marketingaufwendungen zur Bekanntmachung des Angebotes der Zugehenden Beratung wurden erfasst.





1.4 Aufbau des Begleitstudienberichtes

Nach der Einleitung werden im Kapitel zwei die Entstehungsgeschichte und die Entwicklung des Konzeptes geschildert.

Kapitel drei betrifft die Ergebnisse der Begleitstudie. Es zeigt in Unterkapiteln die Anstrengungen in den Marketingbemühungen, die Angebote der Alzheimer Zürich und insbesondere auch die Zugehende Beratung sichtbar zu machen. Ein Unterkapitel ist den Verträgen mit den Gemeinden für die Zugehende Beratung gewidmet. Im Kapitel werden die Beratungen aufgezeigt und typische Beratungssituationen exemplarisch beschrieben. Weiter werden die Kompetenzen der Beratenden geschildert und die Anforderungen an die Beratenden dargestellt. Die Rückmeldungen zur Zusammenarbeit mit anderen Anbietern in der Demenzversorgung werden aufgezeigt.

Im Kapitel vier erfolgt eine kritische Würdigung des Projekts. Ausserdem werden Empfehlungen aufgeführt, die sich aus der Begleitstudie ergeben und in der Planung vergleichbarer Projekte dienen können. Ein Ausblick auf die Weiterführung der Demenzstrategie des Kantons Zürich ist dabei eingeschlossen.

2.1 Entstehung und Projektverlauf

In der nationalen Demenzstrategie von 2014–2019 legten Bund und Kantone Ziele fest, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern, Belastungen zu verringern und die Qualität der Versorgung zu garantieren. Die Strategie bot den beteiligten Akteurinnen und Akteuren einen wichtigen nationalen Rahmen für ihre Aktivitäten. Viele Impulse konnten ausgelöst werden und zahlreiche Projekte und Produkte wurden lanciert. Mehrere Kantone, darunter auch der Kanton Zürich, haben Bestrebungen für kantonale Demenzstrategien und Aktionspläne in Gang gesetzt und sich dabei teilweise an den Schwerpunkten der nationalen Strategie ausgerichtet.

In der nationalen Strategie sollten die Leistungserbringer motiviert werden, ihre Angebote zu optimieren, zudem die Fachkompetenz von Fachpersonen erhöht und das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit zu Thema und Problemstellung Demenz gestärkt werden. Es wurden vier Handlungsfelder und neun Ziele festgelegt.

Die Alzheimer Zürich beteiligte sich an der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014–2019 im Kanton Zürich.

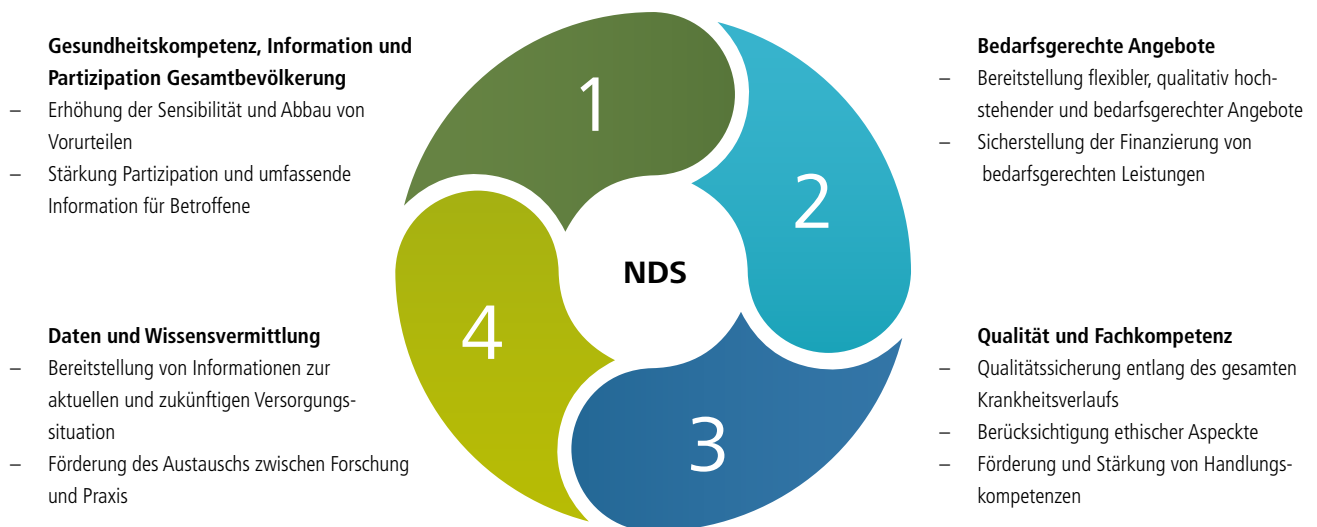
Im Rahmen der Demenzforen, die zur Umsetzung der Demenzstrategie im Kanton Zürich einberufen wurden, konstatierte man, dass bereits ein gutes Versorgungsangebot vorhanden sei. Bestehende Lücken wurden im Bereich eines flächendeckenden Angebots für aufsuchende Abklärung und Beratung von sozial isolierten, demenzerkrankten Personen zu Hause festgestellt⁴. Es erfolgte ein Aufruf, für aufsuchende Dienstleistungen neue Angebote zu entwickeln. Im Kanton Zürich war in der Stadt Zürich zu diesem Zeitpunkt die aufsuchende Beratung SIL zur frühen Abklärung von Demenz seit 2008 bekannt. Ein Projekt, das das Konzept von SIL auf den Kanton Zürich ausdehnen sollte, wurde mit AIDA-Care lanciert.

Erste Idee

Die Alzheimer Zürich, die ihre Leistungen im Kanton Zürich anbietet, entwickelte nach Diskussion im Vorstand 2015 das vorliegende Projekt einer

⁴ Gesundheitsdirektion Zürich, «Vernehmlassung Konzept AIDA-Care», 2015.

Abbildung 1: Nationale Demenzstrategie 2014–2019: vier Handlungsfelder, neun Ziele



Quelle: Nationale Demenzstrategie 2014–2019: Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019

aufsuchenden Beratung. Es war der Projektleitung wichtig, dass diese Zugehende Beratung nicht der Abklärung der möglichen Demenz vor Ort dienen, sondern zur «Beratung und Begleitung betreuender und pflegender Angehöriger sowie zur Koordination der notwendigen Leistungen» konzipiert werden sollte.

Zusätzlich war für die Projektleitenden Frau Christina Krebs und Frau Beatrice Gfeller wichtig, dass die Beratung in einem sehr frühen Stadium von Demenz einsetzen, nicht nur sozial isolierten Betroffenen und ihren Angehörigen zugänglich sein und eine langfristige Begleitung durch möglichst die gleiche Beraterin oder den gleichen Berater erfolgen soll.

Im Beratungsmodell sollten die Stadien der Demenz, die von der Alzheimer Schweiz beschrieben werden, berücksichtigt werden.

Man ging davon aus, dass in einer Phase vor oder kurz nach einer Demenzdiagnose der Bedarf nach Unterstützungsleistungen noch gering ist, aber viele Fragen zur sozialen Teilhabe, zu zukünftigem Bedarf an Unterstützung und zur Sicherung der Fi-

nanzen für die Betroffenen und ihre Angehörigen vorhanden sind. Laut Alzheimer Zürich können Menschen mit Demenz, die frühzeitig begleitet und therapiert werden, ihre Angelegenheiten regeln und länger ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen.

Mit fortschreitender Erkrankung nimmt der Unterstützungs- und Betreuungsbedarf sukzessive zu bis zu einer Betreuung und Pflege rund um die Uhr. Die Projektleitung ging davon aus, dass die Betreuung und Pflege bedarfsgerecht und individuell zu organisieren ist, und dazu Koordination von Anbietern notwendig wird.

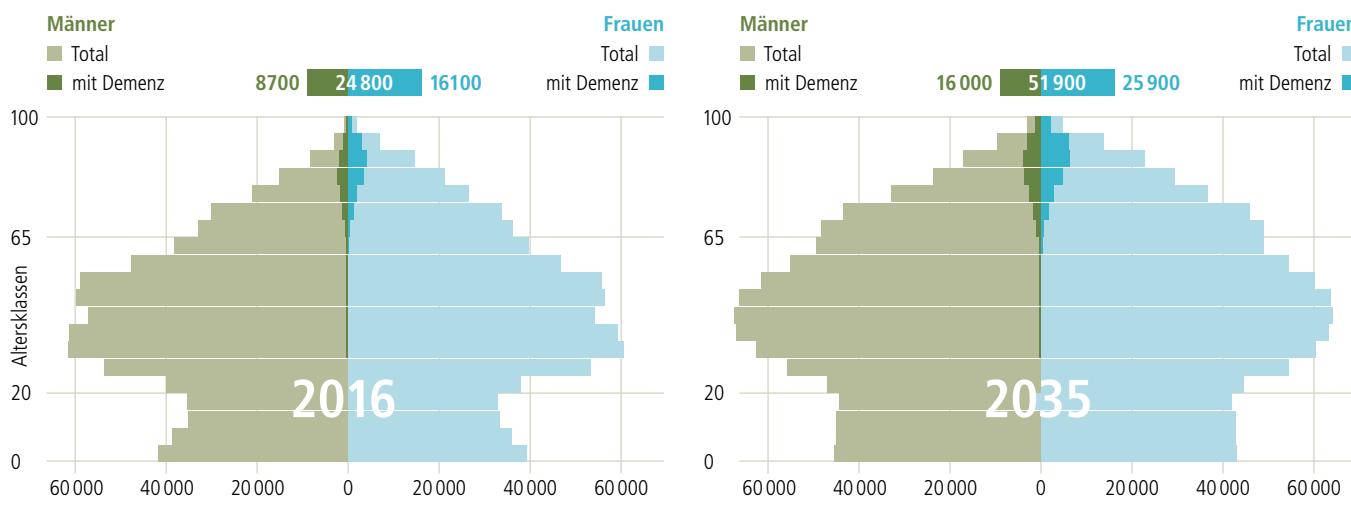
Eine Finanzierung der Beratung in erster Linie über die Krankenversicherungen, z. B. durch Abrechnung ärztlicher Leistungen über TARMED, oder durch pflegerische Leistungen der Spitex wurde diskutiert. Die Projektleitung befürchtete, dass mit diesen Abrechnungsmodi zu viele Auflagen verbunden gewesen wären, die zu Einschränkungen in der Zugehenden Beratung geführt und wichtige Elemente, wie z. B. die Sozialberatung, ausgeschlossen würden. Früh entstand deshalb die Idee, dass die Gemeinden den

Abbildung 2: Bedürfnisverlauf



Quelle: Alzheimer Zürich

Abbildung 3: Menschen mit Demenz im Kanton Zürich (Schätzung)



Quelle: web.statistik.zh.ch/cms_vis/Bevoelkerung_Demenzranke_vis/index_small0.html

Leistungsauftrag erteilen und sich an den Kosten für eine Zugehende Beratung beteiligen könnten. Laut der Projektleitung wurden schon früh Anstrengungen unternommen, um eine Anschubfinanzierung für die Zugehende Beratung oder einen Einschluss der Zugehenden Beratung in die Leistungsvereinbarung mit dem Kanton Zürich zu erhalten, die jedoch nicht von Erfolg gekrönt waren.

Vision Zugehende Beratung durch Alzheimer Zürich

Zu Beginn des Projektes Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz im Jahr 2016 lebten laut Gesundheitsdepartements des Kantons Zürich schätzungsweise 24 800, laut Alzheimer Zürich rund 25 100 Menschen mit Demenz im Kanton Zürich. Geschätzt wurde, dass rund 16 000 von ihnen zu Hause leben. Die Prognosen der Gesundheitsdirektion Zürich bis 2035 gehen, bedingt durch die demografische Entwicklung, von einer Zunahme auf rund 42 000 Betroffene aus. Alzheimer Schweiz schätzt, dass bis 2045 in der Schweiz rund 268 600 Menschen von Demenz betroffen sein werden⁵.

Es wird angenommen, dass nur etwa bei der Hälfte der Demenzerkrankten eine Diagnose vorliegt und

viele Betroffene daher erst spät eine Beratung, Therapie und Unterstützung erhalten.

In zwei Drittel der Fälle übernehmen Angehörige die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Das familiäre System ist durch die dementielle Erkrankung häufig stark belastet⁶. Eine Untersuchung der Alzheimer Schweiz im Jahr 2012 zeigte, dass betreuende und pflegende Angehörige diverse Herausforderungen in der Organisation des täglichen Lebens und der Alltagsgestaltung erleben⁷. Angehörige sind von zunehmender Erschöpfung durch die ständigen An- und Überforderungen durch die Betreuung und Pflege ihres an Demenz erkrankten Nächsten betroffen. Sie leiden unter dem veränderten Verhalten der erkrankten Person. Sie brauchen viel Zeit und Energie zur Organisation von Unterstützung und Hilfe und sie erleben veränderte Beziehungen innerhalb der Familie⁸. Es hat sich gezeigt, dass eine frühzeitige, gute ambulante Versorgung den Heimeintritt von Menschen mit Demenz hinauszögern kann und bei Angehörigen das Risiko vermindert, selbst zu erkranken⁹. Beratungen zu Hause scheinen für Demenzbetroffene und Angehörige eine effektive Form von Unterstützungsleistung zu sein¹⁰.

- 5 Alzheimer Zürich, «Fact-sheet_Zuerich_2019_aktualisiert.pdf».
- 6 Chiao, Wu, und Hsiao, «Caregiver Burden for Informal Caregivers of Patients with Dementia».
- 7 Alzheimer Schweiz, «Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft».
- 8 Kraft und Bachmann, «Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie».
- 9 Brodaty, Mittelman, und Gibson, «The Effects of Counseling Spouse Caregivers of People with Alzheimer's Disease Taking Donepezil and of Country of Residence on Rates of Admission to Nursing Homes and Mortality».
- 10 Bundesamt für Gesundheit BAG, «Förderprogramm Entlastungsangebote für pflegende Angehörige».

Abbildung 4: Vergleich Beratungsangebote

Angebote	Zugehende Beratung (ALZ AG)	Hausbesuche SiL	Mobidem (Mobile Demenzberatung)	Aufsuchende Altenarbeit – Hausbesuche	Mobile Demenzberatung Pinzgau	Agil
Demenzabklärung	–	■	–	–	–	■
Aufsuchend	■	■	–	■	■	■
Art der Begleitung	längerfristig	weiterleitend	einmalig	weiterleitend	weiterleitend	längerfristig
Netzwerkarbeit	■	■	teilweise	■	teilweise	■
Erstberatung durch Fachperson	Ja und Freiwillige	■	teilweise	Ja und Freiwillige	■	■
Koordination von Entlastungsangeboten	■	■	teilweise	■	■	■
Informationen über Demenz	■	■	■	■	P ■	Ja, auch im Sinne von Schulungen
Sonstiges	Bieten psychosoziale Betreuung an	Führen als einzige Demenzabklärung durch	Beratung in einem lokalen Bus	Erstberatung versteht sich als Bedarfsanalyse	Demenzkoordinatorin verfolgt ein ausgefeiltes Case-Management	Ganzheitliches Angebot

Quelle: Ugolini (2015): Konzept AIDA-Care, Zürich: Universität Zürich

Die Analyse der vorhandenen Angebote, wie sie im Rahmen der Demenzstrategie im Kanton Zürich vorgelegt wurde¹¹, und die Kenntnis über andere Angebote in verschiedenen Kantonen (z. B. im Kanton Thurgau oder Kanton Luzern) bestärkten den Vorstand und die Geschäftsleitung der Alzheimer Zürich in der Idee, eine Zugehende Beratung nach dem Vorbild des Angebots im Kanton Aargau aufzubauen¹².

2.2 Das Angebot der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich

In der Folge wurde das Konzept für das Beratungsmodell entwickelt. Laut dem Konzeptbeschrieb wendet sich die Zugehende Beratung allen Belangen der lebensweltlichen Veränderungen bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu und wird im ganzen Kanton Zürich erkrankten Personen und ihren Angehörigen angeboten¹³.

Die Zuweisung von Klienten und Klientinnen zur Zugehenden Beratung soll extern durch Hausärztinnen und Hausärzte, Spitäler, Memory-Kliniken,

soziale Beratungsstellen, die KESB, Beauftragte in Alters- und Gesundheitsfragen der Gemeinden und Info-Stellen zur Pflege in den Wohngemeinden erfolgen. Als eine interne Zuweisungsstelle für Betroffene und Angehörige werden das Beratungstelefon der Alzheimer Zürich und andere Kontaktmöglichkeiten mit Alzheimer Zürich genutzt. Weitere Zuweisungen erfolgen durch das Netzwerk Demenz Zürcher Oberland, «NeDeZO», in dem sich Alzheimer Zürich, die Stiftung Sonnweid und die Clenia Gruppe im Zürcher Oberland gemeinsam organisiert haben.

Zielsetzung

Die Beratung hat als «unique selling property» festgelegt, dass sie proaktiv, langfristig und mit hoher personeller Kontinuität im häuslichen Umfeld stattfindet und die verschiedenen involvierten Dienste koordiniert¹⁴. Alzheimer Zürich verspricht sich durch die auf Dauer angelegte Begleitung eine Entlastung der erkrankten Person, und durch die Förderung oder zumindest den Erhalt der Selbstpflegefähigkeiten eine Verzögerung eines Heimeintritts¹⁵. Die Belastungen von Angehörigen sollen minimiert werden, Erschöpfungszustände bei ihnen verhindert und verfrühte Heimeinweisungen des

11 Ugolini, «Konzept AIDA-Care: Aufsuchende Abklärung und Beratung sozialisolierter Menschen mit Demenz».

12 Vögeli, «Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen».

13 Baumert und Krebs, «Konzept Zugehende Beratung».

14 Baumert und Krebs.

15 Vögeli, «Case Management und «Zugehende Beratung» bei Demenz».

Erkrankten vermieden werden. Die Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten steht im Vordergrund.

Im Verlaufe des Projektes wurden diese Zielsetzungen beibehalten. Das Konzept wurde in den Jahren 2017, 2018 und 2019 jeweils geprüft und die einzelnen Elemente des Begleitens, Beratens, Unterstützens und Koordinierens detaillierter beschrieben.

Immer die gleiche Beratungsperson sollte Menschen zu Hause, in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen und sie regelmässig und proaktiv durch den ganzen Prozess der Erkrankung begleiten.

Care- und Case-Management

Die Beratung soll im Sinne von Care-Management direkt nach Diagnosestellung, oder – wenn möglich – schon in der Phase der ersten krankheitsbedingten Einschränkung beginnen und die Betroffenen und ihre Angehörigen unterstützen, beraten und begleiten. Die Beraterinnen sollen:

1. *Information und Beratung zur Krankheit anbieten,*
2. *Hilfe zur Selbsthilfe bieten,*
3. *Entlastung und Erholung für Angehörige organisieren,*
4. *Navigationshilfen zu den Angeboten geben.*

Im Sinne von Case-Management wurde die Koordination als die Betreuung von Schnittstellen zu anderen Anbietern im Versorgungsnetz als Aufgabe der Beraterinnen definiert.

Abbildung 5: Elemente Zugehende Beratung



Quelle: Nursing Science & Care GmbH

Begleitung

Unter Begleitung wird neben dem Zuhören und Ernstnehmen der Sorgen, Ängste und Anliegen die Hilfestellung bei finanziellen Fragen (Ergänzungsleistungen, Hilflosen-Entschädigungen, mögliche Beiträge von Gemeinden an der Betreuung) angesehen. Die erkrankten Personen und deren Angehörige werden ermutigt, an lokalen/regionalen Angeboten von Pro Senectute, Kirchen, Alzheimervereinigung u. a. m. teilzunehmen.

Beratung

Die Beratung richtet sich primär an die Angehörigen, die für ihre Leistungen als pflegende und betreuende Person anerkannt und gewürdigt werden. Ziel ist es, die Situation der erkrankten Person und der Angehörigen anzusprechen. Mit den Angehörigen wird die Situation erörtert und sie werden über die Demenzerkrankung sowie deren Auswirkungen informiert. Das Expertenwissen, das sich viele Angehörige über die Zeit im Umgang mit den Erkrankten aneignen, soll Wertschätzung erfahren. Strategien für die Alltagsbewältigung werden aufgezeigt und deren Umsetzung geplant, Belastungen werden thematisiert und – wo nötig – Massnahmen zur Entlastung eingeleitet.



Unterstützung

Der Unterstützungsbedarf von Betroffenen und Angehörigen wird thematisiert und – wenn nötig – Unterstützung oder Entlastungen organisiert oder Hilfe zur Selbsthilfe geboten. Die Beraterinnen bieten sich für Gespräche mit weiteren betreuenden Personen oder nicht-pflegenden Angehörigen der Familie als Moderatorinnen an.

Koordination

Um eine effiziente und effektive Betreuung, Beratung und Entlastung der Erkrankten und ihrer Angehörigen gewährleisten zu können, bieten die Beraterinnen die gesamte Organisation und Koordination der gewählten Unterstützungsdienstleistungen an. Sie verstehen sich als Ansprechpersonen, die als Drehscheibe die gesamte Organisation und Koordination übernehmen und damit die betroffenen Familiensysteme wesentlich entlasten können. Sie sind zuverlässig und langfristig involviert und vernetzen die Fachbereiche Medizin, Soziales und Pflege sinnvoll. Doppelspurigkeiten und Versorgungslücken sollen so verhindert werden.

Beratungsgespräche sowie die systematische Erfassung und Dokumentation der Beratungssituationen

Als theoretische Grundlagen für die Beratungsgespräche wurde das Calgary Assessment- und Interventionsmodell von Wright und Leahey¹⁶ für familienzentrierte Pflege verwendet. Von Beginn an nahmen die Beraterinnen eine systematische Situationseinschätzung im persönlichen Gespräch vor, ermittelten die Belastung der Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen. Für die erste Phase des Beziehungsaufbaus mit Familienkontakt, des Assessments, die darauffolgenden Interventionen und des Abschlusses wurden spezielle Einschätzungsinstrumente zur Verfügung gestellt.

Die Beraterinnen erstellen in der Phase des Beziehungsaufbaus ein Geno- und Ecogramm der Familiensituation. Zur Einschätzung der Belastungssituationen von Angehörigen verwenden sie das «Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung BIZA-D»; ein Instrument, das die objektiven und subjektiven Belastungen durch die Übernahme von Pflege bei Men-

¹⁶ UWright und Leahey, Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen.

schen mit Demenz dokumentiert¹⁷. Sie erfassen die subjektive Lebensqualität und verwenden die Anleitungen zur biografischen Arbeit nach DEMIAN, die auf bedeutsame positive Momente im Leben und auf die Ressourcen der betroffenen Personen fokussiert¹⁸. Zudem werden die Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens bei den Menschen mit Demenz erfasst.

Die Gesprächsführung beruht auf Gesprächstechniken der integrativen Validation nach Richard¹⁹, die sich an den Gefühlen und Ressourcen des Erkrankten orientiert. Die Beraterinnen wurden in den Techniken der «motivierenden Gesprächsführung» ausgebildet. Damit können sie den Klientinnen und Klienten helfen, ihre Ziele und Möglichkeiten zu formulieren und Veränderung selbst herbeizuführen²⁰.

Für die Beratungen wird eine übersichtliche Dokumentation erstellt, die den Verlauf abbildet und die Beraterinnen auf den jeweils nächsten Termin vorbereiten hilft. Die Beraterinnen haben Informationsmaterialien zur Demenz, zur Anpassung der häuslichen Umgebung und zu den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz in den verschiedenen Stadien der Krankheit für die Abgabe an die Angehörigen und Betroffenen zur Verfügung. Unterlagen zur formellen Vorsorge wie Doku-Pass, Patientenverfügung, Anträge für die Hilflosenentschädigung oder die Ergänzungsleistungen sind ebenfalls vorhanden.

Umfang der Beratung

Studien haben gezeigt, dass Menschen, bei denen Anzeichen der Demenz vor dem 65. Lebensjahr eintreten, noch eine Lebenserwartung von acht bis zehn Jahren haben. Tritt eine Demenz im Alter zwischen 65 und 75 auf, so verkürzt sich die verbleibende Lebenserwartung statistisch auf weniger als fünf Jahre. Erkrankt ein Mensch nach dem 85. Lebensjahr an einer Demenz, so verringert sich die restliche Lebenserwartung auf weniger als drei Jahre²¹. In der Zugehenden Beratung wurde daher davon ausgegangen, dass der Beratungsprozess bis zu acht Jahre oder länger dauern könnte.

Der Umfang der Unterstützungsleistungen durch die Zugehende Beratung ist auf fünf Besuche bei den betroffenen Familien oder alleinstehenden Personen zu Hause innerhalb eines jeden Jahres festgelegt. Ebenfalls inbegriffen bei der Zugehenden Beratung sind eine unbeschränkte Anzahl Beratungen am Telefon oder an der Geschäftsstelle der Alzheimer Zürich.

Finanzierung und Budgetierung

Es wurde geplant, mit den Gemeinden im Kanton Zürich Leistungsverträge abzuschliessen und eine fallspezifische Finanzierung zugesichert zu bekommen. Es wurde davon ausgegangen, dass Gemeinden interessiert sein könnten, wenn mit der Zugehenden Beratung Heimeintritte verzögert werden könnten. Die Gemeindebudgets werden jährlich mit bis zu CHF 35 000.– pro Fall belastet (Zahlen 2017, Gemeinde Pfäffikon). Eine Kostenbeteiligung der Gemeinde an der Zugehenden Beratung wurde von der Projektleitung als eine vergleichsweise geringe Belastung des Gemeindebudgets angesehen.

Der Preis für das Unterstützungsangebot wurde pro Familiensystem und Jahr auf CHF 1200.– festgelegt. Das Angebot steht auch Selbstzahlern zum selben Preis offen.

Durch die Projektleitung wurden Vertragsvorlagen für die Gemeinden und Selbstzahler zu Beginn des Projektes vorbereitet. Für Personen, die durch das Netzwerk NeDeZO zugewiesen wurden, war vorgesehen, dass die Stiftung Sonnweid den jährlichen Beitrag übernehmen würde.

Verträge Gemeinden

Der Vertrag hält fest, dass die Gemeinde die Alzheimer Zürich beauftragt, mit der Zugehenden Beratung die Beratung und das Care- und Case-Management für die demenziell erkrankte Person und deren Angehörige im beschriebenen Umfang zu übernehmen. Die Alzheimer Zürich verpflichtet sich, für diese Aufgabe die lokalen Ressourcen der Gemeinde zu nutzen, ein jährliches Reporting an die Gemeinde respektive deren eingesetzten Vertreter

17 Schacke und Zank, Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D).

18 Bär, Berendonk, und Hoben, «DEMIAN – Pflegekonzept zur Förderung der Lebensqualität».

19 Richard und Richard, Die Integrative Validation nach Richard.

20 Miller und Rollnick, Motivierende Gesprächsführung.

21 Brodaty, Seeher, und Gibson, «Dementia Time to Death».

oder der Vertreterin zu leisten und für die Dienstleistung qualifiziertes Fachpersonal wie z. B. Sozialarbeiterinnen und -arbeiter, Pflegefachpersonen oder Gerontologinnen bzw. Gerontologen einzusetzen. Benötigte Arbeitsmaterialien werden durch die Alzheimer Zürich zur Verfügung gestellt. Ein Kostendach wird vereinbart, in dem die Zahl der Klientinnen und Klienten zum Preis von CHF 1200.– aus der Gemeinde festgehalten wird. Weitere Kosten, wie z. B. Lebensmittelkäufe etc., müssen der erkrankten Person belastet oder eine Kostengutsprache der Gemeinde muss eingeholt werden.

Verträge Selbstzahler

Die Verträge mit den Klientinnen und Klienten als Selbstzahler enthalten neben dem Umfang der Beratungsleistungen die Kosten und die Vertragsauflösungsbestimmungen. Die Verträge haben eine Laufzeit von einem Jahr, die Vertragsnehmer können nach sechs Monaten auf eine Dreimonatsfrist kündigen. Bei Unterzeichnung des Vertrages werden die Klientinnen und Klienten gebeten, eine Zustimmung zu geben, die ihre Hausärzte und -ärztinnen vom ärztlichen Berufsgeheimnis entbindet und die Beratenden über Diagnose und Therapie Auskunft erhalten können.

Budget

Es wurde nicht damit gerechnet, dass die Zugehende Beratung nach drei Jahren Projektphase kostendeckend sein würde. Die ersten Budgetierungen gingen aber davon aus, dass das Defizit deutlich reduziert werden könnte, aber trotzdem ein ungedeckter Aufwand von CHF 180 000.– über dreieinhalb Jahre Projektzeit entstünde. Diese Schätzung beruhte auf einem prognostizierten Anstieg der Klientinnen und Klienten auf 50 Fälle pro Jahr (45 mit Leistungsvereinbarung der Gemeinden und fünf Selbstzahler) und auf Aufwendungen für steigende Teilzeitpensen der Beraterinnen oder IT-Lösungen zur Dokumentation der Beratungen sowie Öffentlichkeitsarbeit.

Die Aufnahme des Angebotes der Zugehenden Beratung in die Leistungsvereinbarung der Alzheimer Zürich mit dem Kanton Zürich wurde als mögliche Lösung gesehen. Für weitere Finanzierung wurden bei Stiftungen (Age-Stiftung etc.) Anträge eingereicht.

Es wurde angenommen, dass die Zahl der Beratungen ansteigen und bei steigendem Bedarf und damit Erhöhung der Anstellungsprozente in den nächsten Jahren eine moderate Preisanpassung notwendig werden könnte, um die Zugehende Beratung letztlich kostendeckend anbieten zu können.

ECKPUNKTE

BERATUNG

- Pro-aktiv, langfristig für Betroffene und ihre Familien
- 1 Beratende/r pro Familie
- 5 Hausbesuche
- unbeschränkte Telefonkontakte oder Beratungen in der Geschäftsstelle

EINZUGSGEBIET

- Kanton Zürich

KOSTEN

- CHF 1200.– pro Jahr

GELDGEBER

- Gemeinden
- Stiftungen
- Selbstzahler

Ein genauer Blick auf die Projektentwicklung gibt Auskunft darüber, ob die Ziele erreicht wurden. Dazu werden konkret die Aufwendungen für PR, Marketing und Akquisition mit der Anzahl der abgeschlossenen Verträge und den erbrachten Unterstützungsleistungen in Zusammenhang gesetzt. Zudem werden die Situationen der Klientinnen und Klienten, die das Angebot in Anspruch nahmen beschrieben. Die zeitlichen und finanziellen Aufwendungen werden dargelegt.

3.1 Werbemassnahmen und Akquisition

Das Angebot der Zugehenden Beratung war neu. Entsprechend mussten Anstrengungen zum Aufbau der Zugehenden Beratung durchgeführt werden. Mit dem Start des Projektes wurde intensiv das Gespräch mit den Gemeindevertretern und -vertreterinnen gesucht, um Leistungsverträge abschliessen zu können. Ergänzt wurden diese brieflichen und persönlichen Kontakte durch ein gezieltes und umfangreiches Marketing. Über die gesamte Projektdauer wurden entsprechende personelle Ressourcen für persönliche Kontakte und Werbematerial in Form der Infomappe zu allen Angeboten inklusive der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich verwendet.

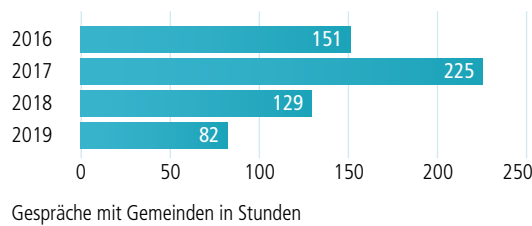
Persönliche Gespräche in den Gemeinden

Die Projektleitung führte zahlreiche persönliche Gespräche mit Ressortverantwortlichen in den Gemeinden. Von den ursprünglich 73 Gemeinden, die eine Informationsmappe erhielten, erfolgte von 20 Gemeinden eine Einladung zum Gespräch. Zehn Gemeinden sahen von einem Vertragsabschluss unmittelbar ab, da bereits ein Angebot von aufsuchenden Dienstleistungen in ihrem Bezirk zur Verfügung stand oder sie die Beratungen als Aufgabengebiet der verantwortlichen Altersbeauftragten des Bezirks oder der Spitex ansahen. Letztlich kam es mit acht Gemeinden zu einem Vertragsabschluss. Die Gemeinden wurden jeweils wieder um Finanzierung angefragt, wenn sich eine potentielle Klientin oder

ein potentieller Klient bei der Alzheimer Zürich meldete. In diesem Falle waren die Gemeinden bereit, über eine Kostengutsprache für die betreffende Person nachzudenken. Laut Projektleitung handelte es sich um Personen mit Ergänzungs- oder Sozialhilfeleistungen.

Die Akquise von Leistungsvereinbarungen war für die Projektleitung sehr aufwändig. Total wurden in den vier Jahren des Projektes 614 Arbeitsstunden von der Projektleitung für Gespräche mit Gemeindevertreterinnen und -vertretern und die Akquisition aufgewendet.

Abbildung 6: Zeitaufwand der Projektleitung pro Jahr



Für Gemeinden mit einem Leistungsvertrag wurden gemeindespezifische Einführungsmassnahmen definiert und von der verantwortlichen Person in der Gemeinde umgesetzt. Die Einführungsmassnahmen hielten fest, welche Informationen über das Ange-



bot an potentielle Zuweisende wie die Spitex, die Altersbeauftragten, die KESB oder andere von der Gemeinde definierte Instanzen abgegeben werden sollten. Die Projektleitenden planten Besuche mit dem «Infomobil» in der Gemeinde und erklärten sich bereit, Artikel in den entsprechenden lokalen Zeitungen zu verfassen. Die Umsetzung respektive die Einforderung z. B. von Artikeln lag bei den Gemeinden. Im Verlaufe des Projektes wurden nur vereinzelt Artikel angefordert und in lokalen Zeitungen publiziert.

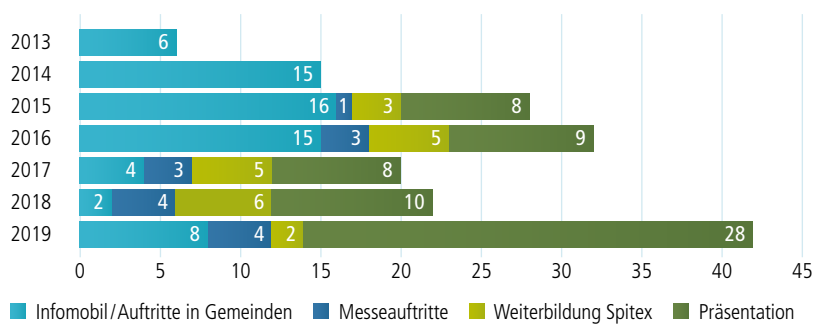
Genutzt wurde das Auslegen von Flyern an ausgewählten Standorten in den Gemeinden und das Angebot für Vorträge zum Thema Demenz. Trotzdem konnte die Anzahl Verträge mit den Gemeinden nicht im gewünschten Umfang gesteigert werden. Die Projektleitung intensivierte ihre Anstrengungen im Verlaufe des Projektes mit der Erwartung, zusätzliche Leistungsverträge abschliessen zu können. Diese Erwartungen wurden über die dreijährige Projektphase nicht im gewünschten Umfang erfüllt.

Aufwand für Werbemassnahmen

Der Anstieg der Massnahmen, wie Präsentationen durch Fachpersonen der Alzheimer Zürich, Informationsveranstaltungen in Gemeinden und Besuche auf öffentlichen Plätzen mit dem Infomobil etc., war vor allem in der Vorbereitungsphase und im ersten Projektjahr deutlich sichtbar. Ziele dieser Massnahmen waren es, dass Gemeinden von dem Angebot erfahren, die breite Öffentlichkeit zu Demenz informiert wird und direkte Kontakte mit potentiellen Klientinnen und Klienten der Zugehenden Beratung hergestellt werden konnten.

Die Auftritte beinhalteten ein breites Spektrum von Themen und richteten sich an unterschiedliche Personengruppen. So wurde an Messeauftritten wie z. B. der Expo 50 Plus im Zürcher Hauptbahnhof, der Ustermesse oder der Winti Mäss die Zugehende Beratung einem Fachpublikum und der breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. An Fachveranstaltungen gab es Präsentationen zur Demenzerkrankung und dem Konzept der Zugehenden Beratung.

Abbildung 7: Anzahl Werbemassnahmen pro Jahr



Mittels einem speziell ausgerüsteten Kleinbus, dem Infomobil, wurden der Bevölkerung in verschiedenen Gemeinden Informationen zu dementiellen Erkrankungen und zu den Unterstützungsangeboten der Alzheimer Zürich nahegebracht. Gleichzeitig wurden neben der Zugehenden Beratung z. B. auch die «Alz-Gipfeltreffen» vorgestellt, bei denen sich Menschen mit Gedächtnisschwierigkeiten mit Gleichgesinnten in sechs Gemeinden des Kantons jeweils einmal wöchentlich unter fachkundiger Leitung austauschen.

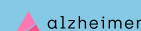
Schriftliche Unterlagen

Der Kontakt zu Institutionen und Gemeindevertretern und -vertreterinnen wurde auch durch den Versand von Werbematerial unterstützt. Neben den Flyern für die Zugehende Beratung wurden auch die anderen Angebote der Alzheimer Zürich vorgestellt.

Die Flyer zum Angebot der Zugehenden Beratung wurden an potentiell zuweisende Stellen wie z. B. die Memory-Kliniken, die KESB, Ärztinnen und Ärzten u. a. versandt, mit der Bitte, diese in ihren Büros oder Warteräumen aufzulegen. Es wurde um Empfehlung des Angebotes an ihre Kunden und Kundinnen oder Patientinnen bzw. Patienten gebeten.



Zugehende Beratung
Ein Angebot von
Alzheimer Zürich



Medien

Das Projekt wurde auch elektronisch beworben. Auf der Homepage der Alzheimer Zürich, die 44 Besuche am Tag verzeichnet, und auf Facebook mit bis zu 1200 Klicks pro Beitrag war das Angebot präsent. Links führen zum Flyer und zur Information für potentielle Klientinnen und Klienten, welche über Kosten und Umfang der Leistungen informiert werden und Kontaktangaben enthalten.

Genutzt wurden Fachzeitschriften, Artikel erschienen in der gesamtschweizerischen Spitex-Zeitung. Die Projektleiterin und eine Beraterin wurden darin zur Zugehenden Beratung befragt. Immer wieder strichen sie die Grundsätze der Zugehenden Beratung hervor und betonten – neben der Bedarfs- und Bedürfnisseinschätzung von Kranken und Angehörigen – die Bedeutung eines familienzentrierten Ansatzes zum Aufbau eines tragfähigen Netzwerks.

«Geht es dem Umfeld gut, fühlt sich auch der Mensch mit Demenz wohl.»

Quelle: Spitex Magazin 4/2018

Diese Anstrengungen und der Innovationsgehalt der Kampagne wurden dann im Jahr 2018 auch in der Fachwelt gewürdigt. Das Gesundheitsnetz 2025 zeichnet jedes Jahr ein Projekt aus, das die Integrierte Gesundheitsversorgung im Raum Zürich vorantreibt. Die eingereichten Projekte werden anhand der Kriterien Patientennutzen, Vernetzung, Innovation, Effizienz und Umsetzung beurteilt. Im Jahr 2018 wurde das Projekt Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich aus 14 Eingaben ausgewählt und erhielt den Förderpreis. Dem Projekt wurde ein grosses Potential attestiert, da es «die Vernetzung der Akteure, neue Zusammenarbeitsformen und innovative Angebote» fördere.

FAZIT

Die Zugehende Beratung bekannt zu machen, gestaltete sich viel aufwändiger als gedacht. Die Einführung eines neuen Angebots brachte die tragende Organisation an ihre Grenzen betreffs persönlicher und finanzieller Ressourcen. Der benötigte Aufwand für das Kommunikations-Marketing und die Akquisition von Verträgen waren nicht in diesem Umfang geplant. Bei Einführung eines neuen «Produktes» müssen für das Marketing genügend finanzielle und personelle Mittel zur Verfügung stehen. Das Mass der benötigten Ressourcen einzuschätzen, war und ist, angesichts der sich parallel entwickelnden Projekte für aufsuchende Dienste und zunehmender Konkurrenz, nicht einfach.

3.2 Leistungsvereinbarungen

Die Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden einerseits und mit Privatpersonen andererseits haben sich unterschiedlich entwickelt. Während die Projektidee vorsah, dass nur ein geringer Teil der Leistungsvereinbarungen direkt mit Klientinnen und Klienten der Beratung abgeschlossen würde, zeigt der Projektverlauf ein anderes Bild.

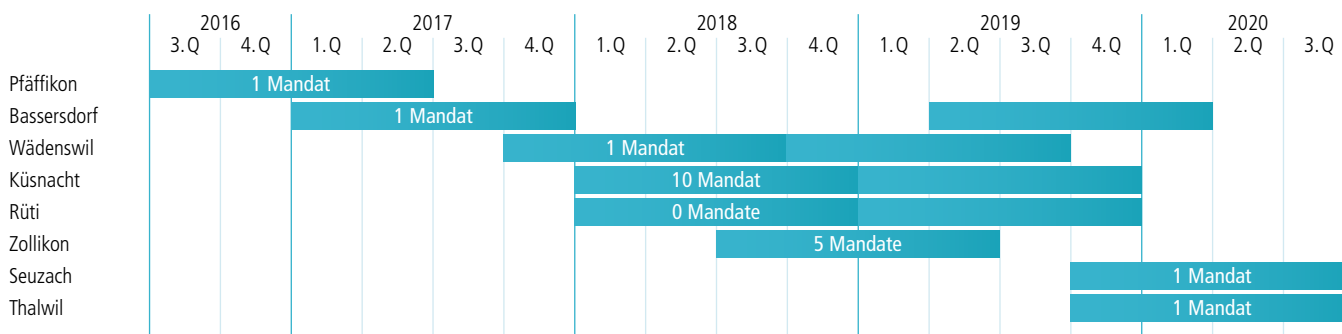
Verträge mit den Gemeinden

Leistungsverträge konnten mit acht Gemeinden, d. h. mit 5 % der 162 Gemeinden innerhalb des Kantonsgebietes Zürich, abgeschlossen werden. Die Verträge pro Projektjahr variierten zwischen einer und fünf Gemeinden mit einem Mandatsvolumen zwischen 0 und 10 pro Gemeinde. Vier von diesen Gemeinden haben den Vertrag nach einem Jahr erneuert. Ende 2019 bestanden mit fünf Gemeinden laufende Leistungsvereinbarungen.

Damit wurden 20 (39%) der 51 Klientinnen und Klienten in Gemeinden betreut, mit denen eine Leistungsvereinbarung getroffen wurde. Die Gemeinde Küsnacht stellte den grössten Teil dieser Personen. In vier Gemeinden fanden keine Beratungen statt, obwohl ein Vertrag bestand.

Die Beweggründe der Gemeinden, einen Vertrag mit der Alzheimer Zürich abzuschliessen, waren

Abbildung 8: Vertragsabschlüsse



Quelle: Alzheimer Zürich

unterschiedlich und reichten vom Wunsch, von der Kompetenz der Fachpersonen zu profitieren bis zum Wunsch der Entlastung von Gemeindestellen oder einer verbesserten Koordination. Werden Gemeinden mit und ohne Leistungsvertrag verglichen, zeigen sich keine Unterschiede im Versorgungsangebot der Gemeinden. Die Gemeindevertreterinnen respektive –vertreter der Gemeinden ohne Vertrag betonten, dass lokale Anbieter wie die Spitex oder die Beauftragten für Altersfragen diese Aufgaben – wenn nötig – übernehmen würden und die Koordination auf Gemeindeebene behalten werden wollte. Sie priorisierten eine lokal oder regional verankerte Struktur²².

Verträge mit Privatpersonen als Selbstzahler

Von den 51 Verträgen wurden 20 Verträge durch Privatpersonen nachgefragt. Sie waren in allen Gemeinden des Kantonsgebietes wohnhaft – unabhängig von einem Vertragsabschluss mit den Gemeinden. Private Personen wurden vorwiegend durch einen Anruf auf der Geschäftsstelle auf die Zugehende Beratung aufmerksam und schlossen dann einen Vertrag mit einer einjährigen Laufzeit ab.

22 Ackermann, «Koordinationsleistungen bei Demenz. Dokumentation von unterschiedlichen Koordinationsmodellen inklusive Praxisbeispielen».

Abbildung 9: Örtliche Verteilung der Mandate



Abbildung 10: Zuweisende Stellen

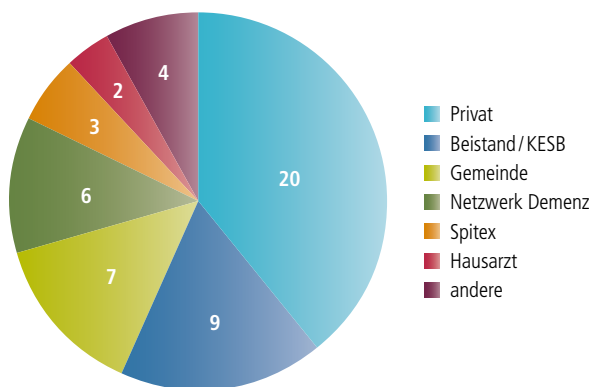
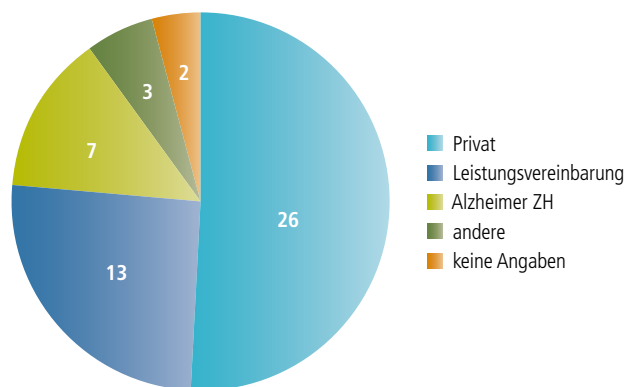


Abbildung 11: Kostenträger der Beratung



Zuweisende Organisationen

Neben den Selbstzuweisungen von Privatpersonen, erfolgten Zuweisungen häufig über «amtliche Stellen» wie Beistände/KESB oder die Gemeinden sowie über das Netzwerk Demenz Zürich Oberland (NeDeZO). Zuweisungen von anderen Anbietern aus der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung, z. B. der ebenfalls aufsuchenden Spitex oder durch Hausärzte bzw. Hausärztinnen, waren eher selten.

Kostenträger

Die Finanzierung der Unterstützungsleistungen stellt wie bei allen Projekten, die nicht an bestehende Strukturen angegliedert sind, das grösste Problem. Obwohl einerseits angenommen wurde, dass die Zugehende Beratung Heimeintritte verzögern kann und Gemeinden also finanziell entlastet würden, und andererseits die Kosten für das Unterstützungsangebot als tief eingestuft werden müssen, war der Anteil der Kostenübernahme durch die Gemeinden kleiner als derjenige der privaten Kostenträger. Rund 50% der Beratungen wurden durch Menschen mit Demenz oder ihre Angehörigen finanziert. Damit übernahmen Private in gleichen Massen die Finanzierung wie die Gemeinden durch ihre Leistungsvereinbarungen, die KESB und die finanzierende Stiftung des Netzwerks Demenz zusammen.

3.3 Beratungssituationen bei Menschen mit Demenz und ihren Familien

Bleibt die Frage, wer die Personen waren, die das Angebot der Zugehenden Beratung nutzen wollten und dafür z. T. auch bereit waren, die Finanzierung selbst zu übernehmen.

Die Angaben konnten aus den Rapporten der Beratenden entnommen werden. Es handelt sich um eine systematische Erhebung bei allen Familien, die besucht wurden. Da die Erhebungen die individuelle Situation bei den Familien darstellen, können die Häufigkeiten der Nennung angegeben werden.

FAZIT

Gemeinden mit Leistungsvertrag konnten nicht im gewünschten Ausmass akquiriert werden und die Verträge wurden zur Hälfte nach einem Jahr Laufzeit nicht erneuert. Leistungsvereinbarungen mit den Gemeinden bedeuteten zudem nicht automatisch Zuweisungen. Die Beweggründe der Gemeinden für einen Vertrag mit der Alzheimer Zürich sind unterschiedlich und reichen von dem Wunsch, von der Kompetenz der Fachpersonen zu profitieren bis zu dem Anliegen, Aufgaben und/oder Teile der Koordination abzugeben. Trotz Fokus auf die Akquise von Gemeinden bilden Leistungsaufträge initiiert von Betroffenen und Angehörigen die grösste Gruppe, gefolgt von Zuweisungen durch die KESB und die Gemeinde. Die Absicht, die Finanzierung der Beratung durch die Gemeinden zu sichern, war nicht erfolgreich. Private Haushalte übernahmen die Finanzierung in höherem Ausmass.



Dies bildet aber keinen prozentualen Anteil bei allen Fällen ab.

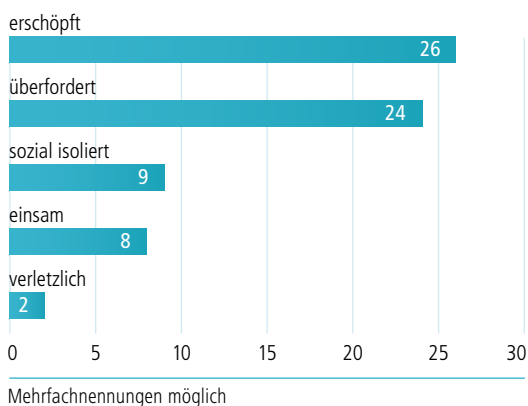
Die Beraterinnen erfassten die persönliche Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Herausforderungen, mit denen sie im Alltag zu kämpfen hatten. Beschrieben wurde der Unterstützungsbedarf und die Massnahmen, die sie zur Unterstützung für die involvierten Personen oder die Familie als System wählten. Es wurde festgehalten, welche Dienstleistungserbringer schon im Versorgungsnetz involviert waren und wer von ihnen angefragt und zusätzlich integriert wurde.

Die 51 Klientinnen und Klienten waren durchschnittlich 74 Jahre alt. Die Hälfte lebte mit einem Partner oder einer Partnerin. Die betroffenen Personen litten mehrheitlich unter einer mittelschweren Demenz. Personen mit allen Stadien der Demenz, von leichten Symptomen bis zur schweren Demenzerkrankung, wurden betreut, wie das auch im Konzept der Zugehenden Beratung vorgesehen war.

Abbildung 12: Demografische Angaben der Klientinnen und Klienten

N		51
Alter Jahre	Mittelwert	74
	Min./Max.	49 bis 90
Frauen		56 %
Wohnsituation	alleine	33 %
	mit Partner/in	50 %
	mit Kindern	15 %
	mit anderen	2 %
Zeit seit Diagnose	1 Jahr	24 %
	2 bis 5 Jahre	8 %
	mehr als 5 Jahre	4 %
	keine Angaben	64 %
Demenz	keine Diagnose	10 %
	leicht	17 %
	mittel	48 %
	schwer	25 %

Abbildung 13: Persönliche Erfahrung



Persönliche Situation

Die Einschätzung der Beratenden zur persönlichen Situation und zum Erleben von Mitgliedern des Familiensystems zeigte eine hohe Belastung der Betroffenen oder der Angehörigen. In 26 Beratungssituationen wurde ein Familienmitglied angetroffen, das sich als erschöpft bezeichnete. Dabei handelte es sich mehrheitlich um die betreuenden Angehörigen (n=23). Familienangehörige (n=20), wie in einzelnen Fällen auch Betroffene (n=4), gaben an, mit der Situation überfordert zu sein.

Als herausfordernd wurden Merkmale von Betroffenen geschildert. An erster Stelle der Nennungen war die Vergesslichkeit, gefolgt von einer erschwerten Kommunikation und auffälligem Verhalten.

Neben der emotionalen Belastung wurde Erschöpfung und Überforderung in erster Linie mit dem hohen zeitlichen Aufwand für Pflege und Betreuung in Verbindung gebracht. Dies umso mehr, wenn eine permanente Präsenz über 24 Stunden und sieben Tage für die Beaufsichtigung der betroffenen Person notwendig war. Diese Belastungen durch Präsenz wurde durch den körperlichen Zerfall beim Betroffenen verstärkt, wenn verminderte Mobilität oder häufiger auftretende Stürze die Situation zusätzlich erschwerten und Unsicherheit erzeugten. In diesen Situationen nahmen Konflikte innerhalb von familialen Beziehungen zu, verstärkt durch den zunehmenden Verlust von Fähigkeiten des Betroffe-

Abbildung 14: Merkmale Betroffene

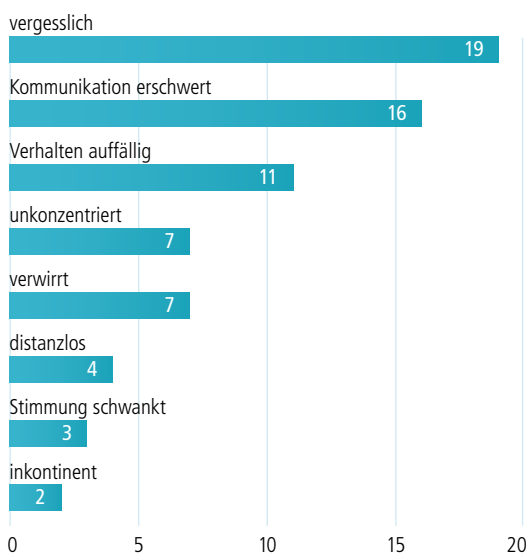
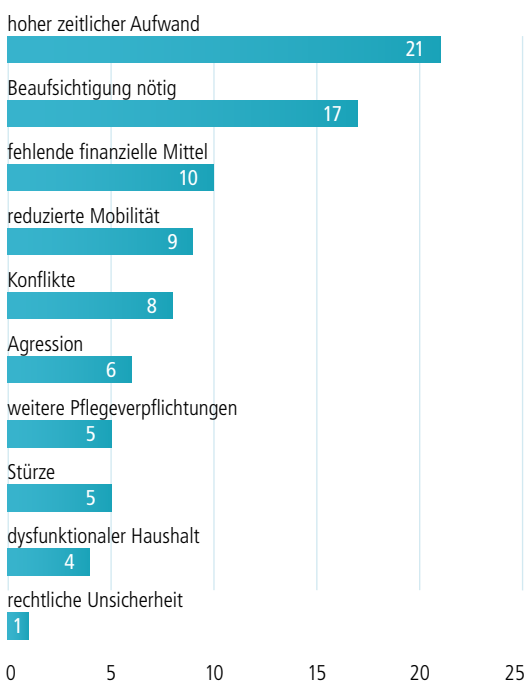
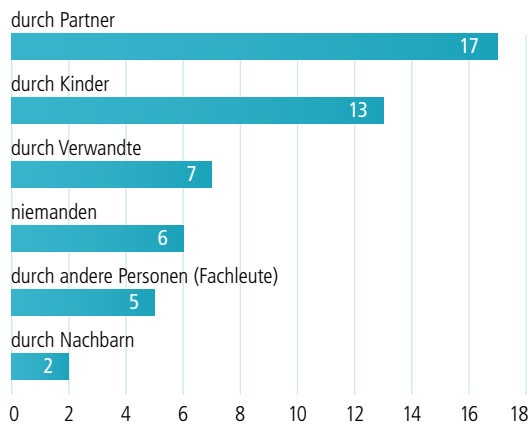


Abbildung 15: Belastung



nen oder dem veränderten Verhalten im Verlauf der Erkrankung.

Abbildung 16: Unterstützung



Häufiger Bedarf für eine Unterstützung durch die Zugehende Beratung betraf den Bereich der Finanzen. Die Betroffenen oder ihre Angehörigen wussten nicht Bescheid, wie sie Anträge um finanzielle Unterstützung stellen können, oder sie wussten nicht, dass sie Anspruch auf finanzielle Mittel der Ausgleichskasse der AHV oder von der Gemeinde hatten.

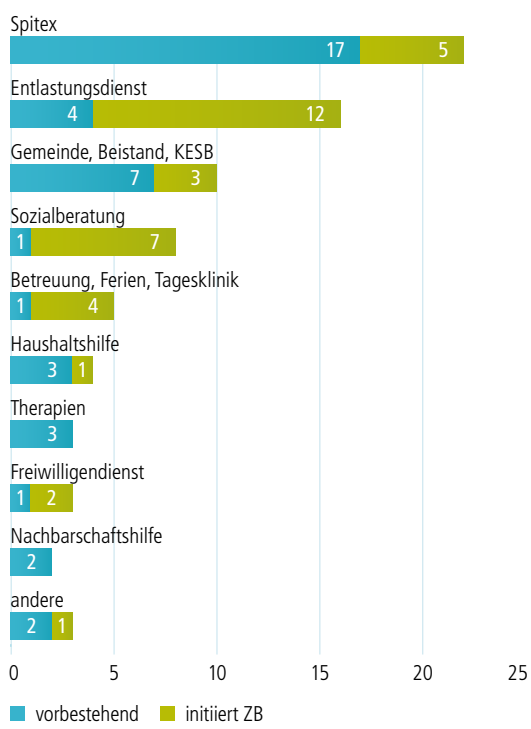
Informelles Unterstützungssystem

Die Beraterinnen hielten fest, wer in der Betreuung des Menschen mit Demenz engagiert und unterstützend war. In den meisten Fällen waren es enge Familienangehörige und nur in wenigen Fällen übernahmen andere, z. B. Fachleute oder Nachbarn, diese Aufgaben. Sechs der Betroffenen hatten zum Zeitpunkt des ersten Besuchs der Zugehenden Beratung offensichtlich keine Unterstützungsperson in ihrem Umfeld.

3.4 Zusätzliche Unterstützung zu Beginn der Beratung

Die Situationen der Betroffenen und ihrer Familien unterschieden sich in Bezug auf die Anzahl involvierter professioneller Unterstützer. Bei acht Klientinnen und Klienten waren keine anderen professionellen Organisationen involviert. In der Mehr-

Abbildung 17: Andere Unterstützungsleistungen





heit der Situationen hatte sich die Zugehende Beratung mit einer anderen Organisation (n=17) oder mit zwei weiteren (n=14) zu koordinieren. Die Koordinationsanforderungen stiegen, wenn drei (n=8) oder sogar vier Dienste (n=4) involviert waren.

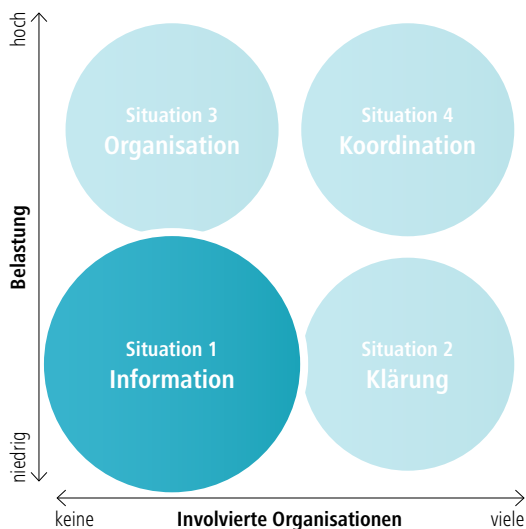
Am häufigsten war beim Start der Zugehenden Beratung die Spitex mit ihren ebenfalls aufsuchenden Unterstützungsleistungen involviert. Oft bereits anwesend waren auch die Behörden, z. B. die Altersbeauftragten der Gemeinden oder Beistände der KESB.

Als Unterstützung der Zugehenden Beratung wurde v. a. der Entlastungsdienst der Alzheimer Zürich zusätzlich beauftragt. Angesichts der häufig beschriebenen Erschöpfung und Überforderung verwundert es nicht, dass diese stundenweise Entlastung für betreuende Angehörige und alleinlebende Personen mit Demenz immer wieder von der Zugehenden

Beratung zusätzlich eingesetzt wurde. Häufig involviert wurden ausserdem Fachpersonen der Sozialberatung, welche unter anderem auch Unterstützung in Versicherungs- und Finanzfragen anboten.

3.5 Unterschiedliche Anspruchsgruppen in der Beratung

Bei der Auswertung der Dokumentation der Beraterinnen zeigte sich, dass Personen in unterschiedlichen Situationen und mit unterschiedlichen Ansprüchen respektive Problemstellungen an die Beraterinnen herantraten. Diese Situationen können in vier unterschiedliche Beschreibungen zusammengefasst werden, die sich durch die Intensität der Belastung und die Anzahl der bereits involvierten Unterstützungsdienste unterscheiden.



**Situation 1:
Informationsbedarf decken und
Entlastung organisieren**

In dieser Gruppe zeigte sich, dass vor allem Angehörige um Hilfe ersuchten. Diese betreuenden und pflegenden Angehörigen waren allein für die Unterstützung des Menschen mit Demenz verantwortlich. Sie stiessen mit der Betreuung an ihre Grenzen und schilderten, dass ihre Belastung zunahm. Sie hatten den Tipp durch das Netzwerk NeDeZO erhalten, wo ihnen eine Beratung für sich selbst empfohlen wurde, oder sie hatten den Flyer

«Ich könnte sie wieder einmal anrufen. Dazu habe ich ja das Recht. Wenn ich wieder was bräuchte, könnten ich ja sofort wieder was haben. Es ist halt wie eine Versicherung, die man für den Notfall braucht.»

Ehefrau

gesehen und meldeten sich spontan bei der Geschäftsstelle Alzheimer Zürich. Ihre Erwartungen waren, vor allem Informationen zur Krankheit und zu Entlastungsangeboten zu erhalten. Sie wollten ihre persönliche Situation besprechen können und schätzten das offene Ohr der Beraterin.

Einige Angehörige schlossen trotz – nach eigenen Angaben – geringem Beratungsbedarf einen Vertrag über ein Jahr ab. Viele nahmen nicht alle Beratungsbesuche in Anspruch und sahen den Vertrag eher als Möglichkeit, sich bei Bedarf telefonisch bei der Beraterin zu melden.

Die Beratung wurde als Versicherungsleistung angesehen, die bezogen werden konnte, «im Falle, dass...».

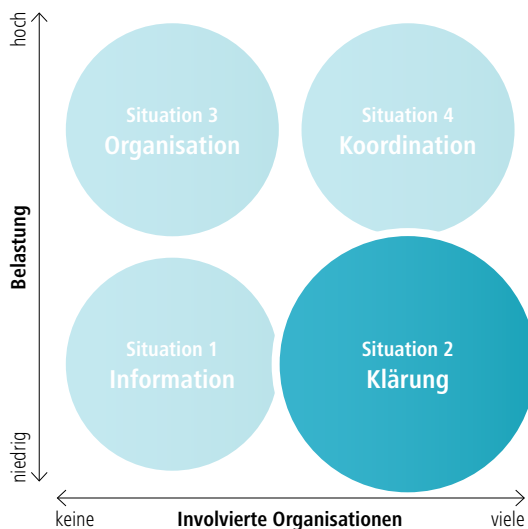
FAMILIE G.



Herr G. wurde in den letzten Jahren immer etwas vergesslicher. Seine Frau bemerkte, dass er die Rechnungen manchmal liegen liess, und da er bei der letzten Steuererklärung diese wochenlang auf dem Tisch im Wohnzimmer liegen liess, ohne je daran zu arbeiten, drängte sie ihn, sich abklären zu lassen. Herr G. war damit einverstanden und hat seit ein paar Wochen die Diagnose «Demenz». Frau G. ist sehr besorgt und weiss nicht, was noch alles auf sie zukommen wird. Eine Nachbarin hat ihr von der Alzheimer Zürich erzählt und dass es dort ein Angebot zur Beratung gibt. Frau G. meldet sich an und will das Angebot in Anspruch

nehmen. Sie schliesst den Vertrag als Selbstzahlerin und nutzt die Beratende, um Auskunft über Entlastungsangebote zu erhalten, sie informiert sich zur Hilflosen-Entsündigung. Frau G. nimmt sich vor, wenn sie es braucht, wieder Kontakt zur Beratenden aufzunehmen. Sie wird dies telefonisch tun. Sie ruft am Anfang etwa alle zwei Monate an, danach werden die Abstände grösser.

SITUATION 1



Situation 2:

Klärungen herbeizuführen und ein Netzwerk zum Laufen bringen

In diesen Situationen ging die Anfrage aus dem erweiterten Umfeld oder von besorgten erwachsenen Kindern oder Beiständen aus. Diese gaben den Hinweis, dass eine starke Belastung im direkten Bezugssystem sichtbar wurde. Die Betroffenen und die primär Betreuenden fanden das System aber tragfähig und gaben an, genug Hilfe

zu haben. Es gab verschiedene Mitarbeitende von Organisationen, wie z. B. von der Spitex oder vom Sozialdienst, die schon einzeln involviert waren. Die erste Aufgabe der Beraterin bestand darin, den tatsächlichen Bedarf zu klären und zu eruieren, ob die unmittelbar Betroffenen und ihre nächsten Bezugspersonen ebenfalls einen Bedarf für die Zugehende Beratung sahen. Die Beratenden mussten verschiedene Perspektiven miteinander in Einklang bringen, damit ein neu gebildetes Unterstützungsnetzwerk funktionieren konnte. Blieben die Perspektiven innerhalb des familialen Systems zu konträr, kam es hin und wieder zu Konflikten, bei denen die Beraterinnen als Mediatorinnen eingreifen mussten.

Frau I. zeigte mir auf, dass ich die Wünsche meiner Mutter ernst nehmen muss. Ich darf mir Sorgen machen, ich darf aber auch etwas loslassen. Sie konnte meine Mutter überzeugen, dass sie die Spitex akzeptiert, weil sie mich damit entlasten kann.»

Tochter

FAMILIE T.



Frau T. lebt mit ihrem Ehemann in einem kleinen Häuschen auf dem Land. Sie ist schon länger nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu führen und zu kochen. Ihr Mann hat das übernommen und schaut auch, dass seine Frau sich täglich wäscht und gut gekleidet ist. Die Körperpflege hat sich in letzter Zeit etwas schwieriger gestaltet und manchmal wehrt sich Frau T., von ihrem Mann

unterstützt zu werden. Die Tochter von Familie T. lebt ein paar Dörfer weiter und kommt regelmässig zu Besuch. Sie hat beobachtet, dass ihr Vater in letzter Zeit erschöpft wirkt und manchmal ungeduldig wird mit der Mutter. Sie ist besorgt, dass das alles zu viel wird. Der Vater sagt, dass noch alles gut funktioniert. Sie hätten ja Haushilfe und er habe schon einen Gärtner organisiert, da ihm die Gartenarbeit zu viel werde.

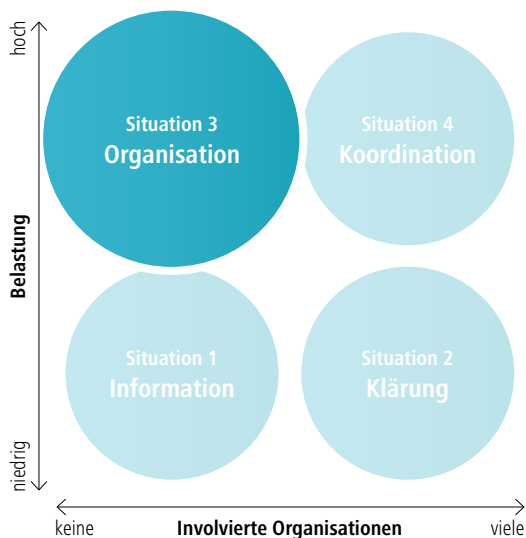
Die Tochter ruft die Zugehende Beratung. Die Beraterin trifft sich erst mit der Tochter alleine und bittet diese, mit den Eltern zu besprechen, ob sie nicht zusammen die Beratung in Anspruch nehmen wollen.

Die Beraterin trifft in der Folge die Familie T. im Haus der Eltern. Sie moderiert das Gespräch, in dem sie allen die Gelegenheit gibt, ihre Sicht

der Situation zu schildern. Frau T. findet, dass alles noch bestens gehe und sie niemand brauche. Der Ehemann kann äussern, dass er schon ziemlich viel übernommen hätte und manchmal etwas mehr Unterstützung brauchen könnte. Die Tochter äussert, dass sie gerne einkaufen kann und auch hie und da im Haushalt etwas übernehmen kann. Sie möchte aber nicht täglich ihrer Mutter bei der Körperpflege behilflich sein. Die Beratende empfiehlt, die Spitex einzuschalten. Herr T. und Frau T. stimmen überein, dass sie die Spitex dreimal pro Woche für die Körperpflege in Anspruch nehmen könnten. Frau T. wünscht sich, dass ihr eine Frau helfen würde.

Die Beraterin informiert die Familie über die Möglichkeit, für Hilfflosenentschädigung einen Antrag zu stellen.

SITUATION 2



Situation 3:

Ein Versorgungsnetzwerk organisieren

Die Situation 3 beschreibt Fälle, in denen die Belastung hoch und viele Abläufe im täglichen Leben nicht mehr funktionieren. Trotz dieser Belastung war wenig oder keine professionelle und informelle Hilfe vorhanden. Die Beratenden mussten in kurzer Zeit den Bedarf einschätzen und Möglichkeiten an professioneller oder informeller Hilfe abklären. Das Vertrauen der Menschen mit Demenz und/oder ihrer Familienmitglieder zu gewinnen und bei fehlender Einsicht von Betroffenen trotz den Limitierungen ein Unterstützungssystem aufzubauen, stellte hier die Herausforderung dar.

In vielen dieser Fälle kam die Überweisung von der KESB, mit dem Auftrag abzuklären, ob auch gegen den Willen der Betroffenen Massnahmen angezeigt seien. Die Doppelrolle als Beraterin und als Beauftragte der KESB führte manchmal dazu, dass Betroffene und deren Familien den Verdacht äusserten,

FRAU L.



Frau L. lebt alleine und lässt beinahe niemand in ihre Wohnung. Der Vermieter hat sich schon mehrmals beschwert über die Unordnung im Hausgang vor der Wohnungstüre von Frau L. Die Nachbarin hat beobachtet, dass Frau L. das Haus beinahe nicht mehr verlässt und bei ihr die Fensterläden gegen 12 Uhr mittags noch zu sind. Sie machte sich grosse Sorgen, ob Frau L. etwas zugestossen sei, und ist schon mehrmals in die Wohnung gegangen um nachzusehen. Früher hatten die beiden Frauen regen Kontakt und daher hat

die Nachbarin einen Schlüssel zur Wohnung. Die Wohnung ist sehr vernachlässigt und Essen, das die Nachbarin Frau L. regelmässig vorbeibringt, fand sie verdorben auf dem Küchentisch. Nach reiflicher Überlegung hat die Nachbarin eine Gefährdungsmeldung bei der KESB deponiert.

Die KESB hatte versucht, mit Frau L. Kontakt aufzunehmen und zu halten. Frau L. folgte aber keinen Einladungen und liess auch niemand zu sich in die Wohnung. Die KESB bat die Beraterin der Zugehenden Beratung, Frau L. zu besuchen. Die Beraterin meldete sich bei Frau L. an und besuchte sie. Die Nachbarin hatte die Beraterin bei Frau L. angekündigt und Frau L. liess sie dann auch tatsächlich eintreten. Frau L. war sehr misstrauisch und unterstellte der Beraterin, dass sie der verlängerte Arm der KESB sei und ihr nur das Geld aus der Tasche ziehen wolle. Die Beraterin besprach mit Frau L., was ihr denn wichtig sei, wer ihr denn im Alltag behilflich sei und was unbedingt für sie organisiert werden müsse. Frau L. fasste etwas Vertrauen und stimmte zu, dass sie

Hilfe beim Haushalten und Einkaufen brauchen könnte. Sie hätte auch eine Treuhänderin, die ihr Geld verwalte. Dieser sei sicher mal auf die Finger zu schauen, ob sie ihr auch alles «richtig» mache.

Die Beraterin konnte mit Frau L. vereinbaren, dass sie ihr die Haushilfe organisiere und das erste Mal mit der Person zusammen zu ihr komme. Sie erhielt auch die Erlaubnis, dass die Treuhänderin kontaktiert werden dürfe.

Die Beraterin konnte in der Folge die Haushilfe einführen. Die Beraterin konnte den Entlassungsdienst der Alzheimer Zürich einschalten, der Frau L. besuchte und mit ihr zum Einkaufen ging. Den Vorschlag, auch pflegerische Leistungen der Spitex zu akzeptieren, um die Medikamente zu richten, lehnte Frau L. ab.

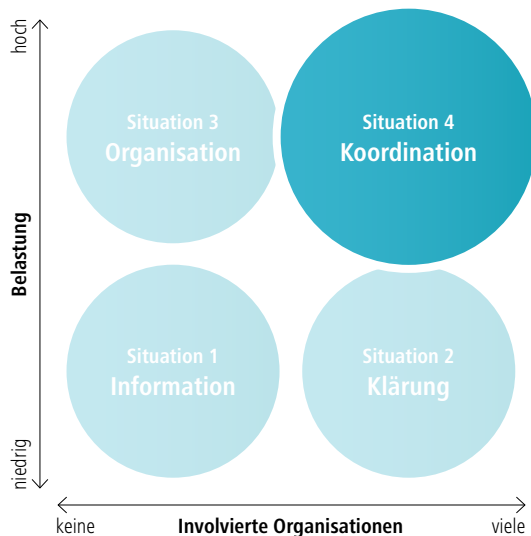
Die Beraterin informierte die KESB, dass ein labiles Gleichgewicht hergestellt werden können. Frau L. wollte danach keine weitere Hilfe mehr von der Beraterin in Anspruch nehmen, da die Beraterin der KESB Rückmeldungen gegeben habe.

SITUATION 3

die Beraterin sei lediglich ein verlängerter Arm der Behörden. Gerade wenn es um die Offenlegung von Finanzen ging, kam es auch zur Verweigerung der Zusammenarbeit und zum Abbruch der Beratung.

Frau I. hat meine Arbeit gemacht. Sie konnte reingehen und alles abklären. Es hat mir sehr geholfen, da sie ein grosses Fachwissen hat und mich gut informiert hat. Ich wusste danach, was ich tun musste.»

Beiständin



Situation 4:

Ein Netzwerk koordinieren und kollaborieren

In diesen Situationen waren die Belastungen ebenfalls gross und der Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen schien zusammenzubrechen, obwohl viele professionelle Helfende im System schon engagiert waren.

FAMILIE M.



Herr M. hat eine Demenzdiagnose und wird von seiner Frau gepflegt. Eine Tochter wohnt im Haushalt der Familie und hat ihre Mutter zum Teil entlastet. Die Mutter ist kürzlich schwer erkrankt und braucht selber Hilfe. Die Tochter hat keinen Beruf erlernt, ist arbeitslos und müsste dazuverdienen, da die Familie finanziell nicht gut gestellt ist. Die

Familie hat ein kleines Haus im Herkunftsland. Die Spitex ist sowohl für Herrn M. als auch Frau M. im Hause. Neben der Hilfe bei der Körperpflege machen sie Verbandwechsel bei Frau M. und richten die Medikamente für beide. Herr M. ist sehr uneinsichtig und verlangt von seiner Frau viele Hilfestellungen, die sie nicht leisten kann. Er kann den Tag nicht selber gestalten und braucht Anregungen. Nachts ist er manchmal unruhig und lässt seine Frau nicht schlafen.

Die Tochter springt immer mehr ein, möchte aber eine Ausbildung in der Betreuung anfangen. Ihr fehlt die Zeit, eine Lehrstelle zu finden. Zudem hat sie ein schlechtes Gewissen, ihre Eltern allein zu lassen.

Die Beraterin wird von der KESB geholt und von der Spitex begrüsst, die findet, es wäre

an der Zeit, dass sich jemand mal die ganze Situation anschaut. Die Beraterin organisiert mit Einverständnis der Familie eine Helferkonferenz. Die Beiständin der KESB, die Spitex-Verantwortliche, die zuhause lebende Tochter und zwei weitere Kinder sowie eine Person eines Besuchsdienstes, die die Familie häufig besucht und für sie Erledigungen macht, sind neben dem Ehepaar anwesend. Die Familie erfährt, dass sie Ergänzungsleistungen beanspruchen könnte, dazu aber ihre finanzielle Situation betreffend das Haus im Herkunftsland offenlegen muss. Eine Möglichkeit für die Tochter wird gesucht, zu einem Lehrabschluss zu kommen und ihre Eltern trotzdem unterstützen zu können. Die Spitexleistungen werden ausgedehnt, um auch abends nochmals nach Herrn M. zu sehen.



Wenn die Koordination in einem ersten Schritt glückte und die Kollaboration zwischen den Vertretern der Organisationen entstand, wurde die Zusammenarbeit von allen Beteiligten als äusserst hilfreich, erfreulich und lehrreich angesehen. Die Beratenden wurden als fachkompetent erlebt und andere Fachleute im Feld schätzten diese Expertise. Es kam hier und da zum Kompetenzgerangel, wer die Führung übernehmen sollte, und im Rahmen dieser Diskussionen stellten professionelle Organisationen immer wieder die Notwendigkeit der Zugehenden Beratung in Frage. Wenn die Beraterin die Koordination übernehmen wollte, ihr aber dazu von den anderen Anbietern die Legitimation nicht erteilt wurde, entstanden Spannungen und Konflikte. Die Beratenden sahen sich dadurch immer wieder in Frage gestellt. Die Frage stand im Raum, ob es ihre Aufgabe sei zu koordinieren, oder ob es darum gehe, alle Be-

teiligten zur Kooperation zu befähigen. Eine Frage, die immer wieder mit der Frage verbunden war, wo der Aufgabenbereich und die Kompetenz der Beraterinnen enden.

In diesen Situationen war die Akzeptanz der Beraterinnen sehr unterschiedlich. Eine Pflegefachfrau beschrieb ihre Erfahrung mit der Zugehenden Beratung als positiv: «Frau I. von der Zugehenden Beratung hat für ein Rundtischgespräch eingeladen. Der Hausarzt, ich und jemand vom Sozialdienst der Gemeinde waren mit Frau I. und der Tochter am Tisch. Wir konnten die Situation besprechen und festlegen, wer was übernehmen könnte. **Das hat super geklappt. Ich konnte von Frau I. viel lernen, sie hat ein super Fachwissen und sie kennt viele Angebote, die die Familie X. nutzen konnte.**»

Wenn der Einsatz nicht transparent kommuniziert wurde oder Dienstleister koordinierende Anstrengungen als nicht zielführend einschätzten, kam es auch zu Spannungen.

Dazu eine Altersbeauftragte: «Die Beraterin hat von mir den Auftrag erhalten, bei der Familie reinzuschauen, da die Situation sehr komplex ist. Die Spitex, die Haushilfe, jemand für die finanziellen Fragen und eine Psychologin sind wichtige Bezugspersonen. Ich war mir nicht sicher, ob wir eine Heimplatzierung anstreben müssen. **Der Besuch hat stattgefunden, ohne dass ich eine Rückmeldung erhielt. Die Spitex hat sich dann beklagt, dass die Zugehende Beratung Aufgaben übernahm, die die Spitex schon längst organisiert hatte. Das lief gar nicht gut.**»

FAZIT

Die Situationen, die die Beraterinnen antrafen, waren sehr vielfältig. Die Ansprüche der einzelnen Klientinnen und Klienten variierten stark und die Beraterinnen mussten äusserst flexibel und umsichtig vorgehen, damit sie das Vertrauen gewinnen und erhalten konnten. Viele Klientinnen bzw. Klienten schätzten es, mit jemandem ohne Zeitdruck sprechen zu können. Die Beraterinnen wurden aber als «zu weit weg vom täglichen Geschehen» wahrgenommen. Dies wurde als Vorteil gesehen, wenn sie als neutrale, aber fachkundige Person eingestuft wurden. Andererseits war es ein Nachteil, wenn ihre Vorschläge den Zielsetzungen anderer Anbieter widersprachen. Das Aufrechterhalten der Kontakte zu weiteren Dienstleistern war in der gewählten Projektstruktur, für mehrere Gemeinden über das ganze Kantonsgebiet zuständig zu sein, eine Herausforderung.



3.6 Zeitaufwand und Kosten für die Beratung

Der zeitliche Aufwand für Unterstützungsleistungen und damit auch die Kosten unterschieden sich stark in den vier beschriebenen Situationen. Während Informationsabgabe und ein Beratungsgespräch in der Situation 1 wenige Ressourcen benötigte, wurden in der Situation 4 Ressourcen benötigt, die deutlich über dem budgetierten Aufwand lagen. Koordinationsaufgaben, Konfliktsituationen und dysfunktionale Familiensysteme verlangten mehr zeitintensive Interventionen über einen längeren Zeitraum.

Zeitaufwand für die Beratung

Für die 51 Klientinnen und Klienten der Zugehenden Beratung wurden 381 Unterstützungsleistungen dokumentiert. Ein Drittel (31 %) waren direkte Beratungsgespräche mit den Klientinnen und Klienten zu Hause oder in der Geschäftsstelle von Alzheimer Zürich. Der Rest der Leistungen setzte sich zusammen aus Telefongesprächen und dem Schreiben von Briefen und E-Mails. Klientinnen und Klienten hatten mit durchschnittlich 2.5 Beratungsgesprächen deutlich weniger als im Rahmen der Verträge (fünf Gespräche) vereinbart waren.

Die zugehenden Beratungsgespräche waren zeitintensiv. Im Durchschnitt wurden 4.4 Stunden oder rund 48 % der verwendeten Stunden pro Klient bzw. Klientin für diese Aufgabe aufgewendet. Die Beratungsgespräche dauerten im Durchschnitt 2.1 Stunden, im Einzelfall zwischen 0.75 und 5.2 Stunden.

58 % der Klientinnen und Klienten nahmen ein oder zwei Beratungsgespräche in Anspruch. In einzelnen Situationen wurden hohe Zeitressourcen, bis zu 17.3 Stunden, benötigt. Die meisten Klientinnen und Klienten kamen mit wenigen Stunden Beratungszeit aus.

Zeitaufwand für die Unterstützung der Beraterinnen

Zur Implementierung der Rolle fanden regelmässig Gespräche und Retraiten statt, um die Beraterinnen in ihre Funktion einzuweisen und sie in ihrer Arbeit zu unterstützen.

Die Dokumentationen der Beratungen beschreiben immer wieder Situationen, die einer umfassenden Neuorganisation des Versorgungssystems für die Klientinnen und Klienten bedurften. Im Laufe des Projektes fanden deshalb vierzehn Sitzungen zur Unterstützung der Beraterinnen statt. Im Sinne von Supervision und Erfahrungsaustausch (ERFA) trafen sie sich mit der Projektleitung, um Fallbesprechungen zu den Klientensituationen durchzuführen. Dieser Begleitaufwand umfasste jährlich durchschnittlich 113 Arbeitsstunden.

Abbildung 18: Anzahl Kontakte und Zeitaufwand

	Min.	Max.	Summe	ø Klient/tin
Anzahl Kontakte				
Anzahl Besuche (inkl. Geschäftsstelle)	1.0	7.0	118.0	2.5
Anzahl Telefon, E-Mail, Brief	1.0	22.0	263.0	6.0
Zeitaufwand (Stunden)				
Zeit für Besuche (inkl. Geschäftsstelle)	1.0	17.3	226.0	4.4
Zeit für Telefon, E-Mail, Brief	0.2	10.3	121.5	3.0
Zeit für Administration	0.5	16.7	177.8	3.9

Abbildung 19: Zeitaufwand der Beraterinnen

	2016	2017	2018	2019	2020 (Mai)
Gespräche mit Beraterin	48	57	69	51	20
Supervision / ERFA	–	46	61	61	16
Retraite	–	8	8	8	–
Total	48	111	138	120	36





Finanzierung des Angebotes

Der Aufwand für die 51 Klientinnen und Klienten war hoch. Rechnet man die Aufwendungen für Akquisition und PR-Massnahmen (619 Arbeitsstunden), den Aufwand für die Begleitung und Supervision der Beraterinnen (453 Stunden) und die Zeit für die eigentliche Beratungstätigkeit und die Kontakte mit Klientinnen und Klienten sowie den administrativen Aufwand (525 Stunden) zusammen, ergibt sich ein Aufwand von rund 1600 Arbeitsstunden oder durchschnittlich 31.3 Arbeitsstunden pro beratene Person. Ein Aufwand an Ressourcen, der mit dem Preis von CHF 1200.– pro Jahr für die Klienten nicht gedeckt werden kann.

Obwohl bei der Budgetierung für die Projektphase nicht von einem kostendeckenden Angebot ausgegangen wurde, waren die Aufwendungen doch höher als angenommen. Es konnten weniger Verträge als erwartet geschlossen werden, und der Aufwand für die Beratungen war höher als angenommen. Zudem mussten die durch die NeDeZO

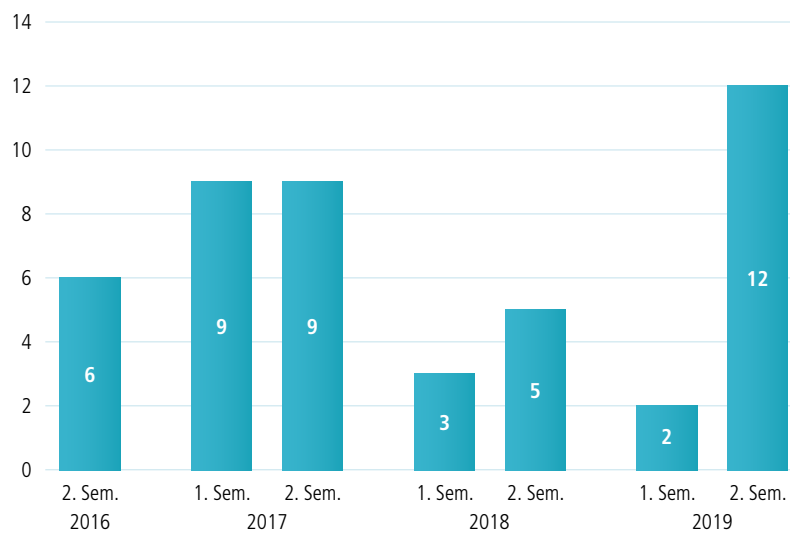
überwiesenen Klienten finanziell von der Alzheimer Zürich getragen werden, da kein Geld vom Netzwerk floss. Weder die Gemeinden noch die Klienten und Klientinnen waren bereit, die Verträge für die Zugehende Beratung zu übernehmen oder zu erneuern. Der Kanton Zürich nahm das Beratungsmodell nicht in die Leistungsvereinbarung mit der Alzheimer Zürich auf, und es wurde auch keine Anschubfinanzierung gebilligt. Die Weiterführung des Projekts war im Jahr 2018 in Frage gestellt, und es wurde überlegt, ob es abgebrochen werden müsste, da die Kosten laut Projektleitung aus dem Ruder zu laufen drohten.

Die Alzheimer Zürich entschied, dass das Angebot richtig und hilfreich ist und daher nicht eingestellt werden soll. Um die Kosten im Projekt so tief wie möglich zu halten, wurden verschiedene im Projektbudget geplante Investitionen nicht getätigt. So wurde keine Klienten basierte Datenbank angeschafft und die Kosten für Öffentlichkeitsarbeit so tief wie möglich gehalten. Personelle Ressourcen

wurden neu alloziert, so dass die Verantwortliche für Zugehende Beratung auch für administrative Aufgaben eingesetzt wurde und in der angestammten Beratung tätig war. Die Eigenleistung der Alzheimer Zürich wurde zudem durch die Übernahme der Kosten für Kommunikation und Infrastruktur deutlich erhöht. Zudem zeigte sich im Verlauf des Jahres 2019, dass die Zuweisungen und die Zahl der Klientinnen und Klienten stiegen, es eventuell sinnvoll war, dem Projekt mehr Zeit zu geben, um im Kanton bekannt zu werden.

Der Preis für die Beratungen wurde nicht erhöht, aus Angst, dass höhere Preise das grosse Segment der selbstzahlenden Klientinnen und Klienten abschrecken könnte. Es wurde intensiv Fundraising betrieben und nach weiteren Finanzquellen gesucht. Durch einen grosszügigen Projektbeitrag der AgeStiftung konnte die Weiterführung des Projektes sichergestellt werden.

Abbildung 20: Neue Klientinnen und Klienten pro Semester



FAZIT

Der Beratungsaufwand hing stark von der Klientinnen- und Klientensituation ab. Auftrag und Rollendefinition der Beraterinnen sollten deshalb konkret festhalten, bis zu welchem Umfang Leistungen erbracht werden können und welche Aufgaben die Ressourcen der Zugehenden Beratung übersteigen. Geschieht dies nicht, besteht die Gefahr, dass andere Organisationen ihre Aufgaben zum Nulltarif an die Zugehende Beratung auslagern.

Zugehende Beratung, die sich mit der Selbstpflegekapazität und der Alltagsgestaltung befasst und dies mit einem Fokus auf die Familie tut, ist komplex und per se interprofessionell. Entsprechend sind Mittel für Super- und Intervision einzuplanen und Beratende, wenn immer möglich, in Teams zu organisieren.

Neue Projekte benötigen Jahre, bis sie sich etabliert haben. Die Finanzierung stellt deshalb einen wichtigen Erfolgsfaktor dar. Der Bedarf der Klientinnen und Klienten und die Aufnahme von neuen Personen unterlag starken Schwankungen. Entsprechend schwankt auch der Beratungs- und Ressourcenbedarf. Die Kapazitäten für die Beratung müssen aber kontinuierlich zur Verfügung stehen. Ein flexibler Einsatz der Fachpersonen in verschiedenen Bereichen der Organisation kann massgeblich dazu beitragen, Durststrecken zu überwinden und ein Programm nicht vorzeitig aufgeben zu müssen.

4.1 Die Sicht der Projektleiterin Christina Krebs

Was hat sie auf die Idee gebracht, ein Angebot Zugehende Beratung zu entwickeln?

Im Rahmen der nationalen Demenzstrategie (NDS, 2014–2019) wurde das in angelsächsischen Ländern schon viele Jahre bestehende und bewährte Projekt «Zugehende Beratung» vom Bund zur Umsetzung in den Kantonen empfohlen. Wir haben gemerkt, dass im Kanton Zürich zwar demenzspezifische Angebote ins Leben gerufen wurden und sie eine Anschubfinanzierung erhielten, die Zugehende Beratung aber nicht berücksichtigt wurde. Im Kanton Aargau hingegen wurde die Zugehende Beratung bereits vor der NDS erfolgreich lanciert und breit genutzt. Die damalige Alzheimervereinigung Aargau stellte uns ihr Konzept zur Verfügung. Denn für uns war klar: Es braucht keine neuartigen Angebote, vielmehr sollte Bewährtes ausgebaut werden – genauso wie es auch der Bund empfohlen hatte. So passten wir das Aargauer Konzept auf die Versorgungsstrukturen in Zürich an und legten los.

Im Rahmen der Demenzstrategie wurde festgestellt, dass der Kanton Zürich bereits Angebote mit ähnlichen Dienstleistungen hat. Wie unter- scheidet sich ihre Zugehende Beratung von diesen Angeboten?

Zugehende Beratung bei Demenz, wie wir es nennen, ist von TARMED oder von der Krankenkasse (KK) unabhängig. Wir können – im Gegensatz zu allen anderen Angeboten, die via KK finanziert werden – eine dringend benötigte Unterstützung bieten, die weit über das hinausgeht, was die Kassen definieren und vorschreiben.

Zudem «arbeiten» wir nicht ausschliesslich für den Menschen mit Demenz. Wir beziehen auch Angehörige, das ganze Familiensystem und auch die «Zugehörigen» (engagierte Freunde, Nachbarn, KESB-Mitarbeitende, Sozialarbeitende der Gemeinde etc.) mit ein. Diese Personen helfen dem Menschen mit

Demenz und deren Familien, mit der Erkrankung und allem, was dazugehört und auf die Familien zukommt, umzugehen.

Nicht zuletzt wirken wir im Rahmen der Zugehenden Beratung immer auch in den Behörden und den Gemeindeverwaltungen. So helfen wir der Gemeinde auf dieser Ebene via Leistungsvertrag Zugehende Beratung, demenzfreundlich(er) zu werden. Wir informieren, machen Vorschläge, berufen Runde Tische ein – all dies hilft dabei, vor Ort etwas zu ändern und etwas zu verbessern, damit Menschen mit Demenz dauerhaft und langfristig davon profitieren können.

Um die Kosten der Beratung zu decken, sah das Beratungskonzept unter anderem Verträge mit den Gemeinden vor. Wie hat sich das bewährt?

Klar, toll wäre, wenn das Angebot grundsätzlich niederschwellig und unentgeltlich denjenigen Familien, die Hilfe und Unterstützung nötig haben, zur Verfügung gestellt werden könnte. Im Kanton Aargau konnten hunderte Familien dank Stiftungsgeldern innert kurzer Zeit unentgeltlich begleitet werden. Der Unterstützungs- und Beratungsbedarf im Bereich Demenz, vor allem in der Zeit, wo die Menschen noch zu Hause leben, grad auch noch bevor eine Pflegefachorganisation engagiert ist, ist riesig. Da sich die Finanzierung aber mit Stiftungen, Fundraising oder Spenden nicht dauerhaft bewerkstelligen lässt, war für uns klar: wir «verkaufen» Zugehende Beratung.

Aber ich sage ehrlich: Es ist eine Knochenarbeit. Mit jeder Gemeinde muss einzeln umfassende Akquise betrieben werden, bis die Entscheidungsträger und -trägerinnen überzeugt sind. Es gilt zudem anzumerken: Der Vertrag mit den Gemeinden betrifft nur die Menschen, welche Ergänzungsleistungen (EL) oder Sozialhilfe erhalten. Daneben machen wir auch Einzelverträge mit Privatpersonen, welche die Kosten dann selbst tragen. Diese Personengruppe erreichen wir über unsere punktuellen Beratungen an der Geschäftsstelle, via Hausärzten, Memory-Kliniken etc.

Manche Pflegeorganisationen engagieren professionelle Fundraiser, um solche aufsuchenden Sozialprojekte, die in der Fachwelt inzwischen als nötig erachtet werden, finanzieren zu können.

Ein Fundraising für diesen Zweck führt aber den Sozialstaat ad absurdum. Die Gemeinden stehen hier meiner Meinung nach in der Pflicht, für eine sehr vulnerable Menschengruppe in ihrer Kommune Sorge zu tragen. Die Gemeinden profitieren ja auch längerfristig von der Zugehenden Beratung, da Menschen mit Demenz so länger zu Hause bleiben können und die EL- oder Sozialhilfe-Gelder nicht für teure Pflegeheimkosten aufgebracht werden müssen.

Das Beratungskonzept definiert vier Bereiche: Begleitung, Beratung, Unterstützung und Koordination. Wie wichtig waren diese Bereiche in der Praxis?

Vorausschicken möchte ich, dass wir, Alzheimer Zürich, uns nicht als eine Gesundheits- oder Patientenorganisation verstehen. Demenz betrifft schlicht alle Lebensbereiche: die körperliche und mentale Verfassung, das Familien- und Beziehungsleben, die gesellschaftlich-kulturellen Teilhabechancen, die finanziellen Ressourcen usw. Und: Demenz trifft immer auch diejenigen Menschen aus dem familiären und sozialen Umfeld betroffener Personen. Sie sind es, welche die kognitiven Defizite mittragen, für die Integrität und das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz bürgen und soziale Teilhabe ermöglichen. Damit das Umfeld diese schwierige Aufgabe unter sich konstant verändernden Bedingungen meistern kann, braucht es kontinuierliche Begleitung, Beratung und Unterstützung durch qualifizierte Fachpersonen.

Es braucht also alle vier Bereiche und die Koordination, da in einem demenzbetroffenen Familiensystem in der Regel viele An- und Zugehörige und Fachleute aus verschiedensten Berufsfeldern aufeinandertreffen. Wichtig ist am Ende aber immer, dass für die Betroffenen die besten Lösungen gefunden werden können.



Frau Christina Krebs,
Geschäftsführerin Alzheimer
Zürich

Auch heute noch stellen wir fest: Soziale Arbeit, Pflege und Medizin arbeiten kaum zusammen. Es geht nicht um Abgrenzung oder um scharfe Aufgabenteilung. Sondern es geht darum, die Schnittstellen im Blick zu haben und am besten noch zu vergrössern. Unser Ziel ist das Fördern einer gleichberechtigten Zusammenarbeit auf Augenhöhe und eines Verständnisses dafür, dass alle miteinander wichtig sind. Dies gilt es einzufordern und zu koordinieren. Dass das eine grosse Herausforderung ist, bestreite ich nicht. Aber ich versichere, dass die Zugehende Beratung für die Beraterinnen eine extrem spannende, vielseitige und befriedigende Arbeit ist.

Die Zugehende Beratung wurde ja von Gemeinden, der KESB, staatlichen Stellen oder Privatpersonen angefragt. Was bedeutet es für die Beraterinnen, so viele unterschiedliche Ansprechpersonen zu haben?

Es ist sehr anspruchsvoll, die unterschiedlichsten Ansprechpersonen und die dahinterstehenden Institutionen, Ämter und Organisationen mit ihren wiederum sehr eigenen Kulturen und Regelwerken bedienen zu können. Aber bedenken wir: Dies begegnet den Angehörigen genauso – und darum und dafür bieten wir die Zugehende Beratung an.

Übrigens, in der Sozialen Arbeit ist für Beratende genau dies die Aufgabe und eine der Kernarbeiten an und für sich: Sich für den Klienten einzusetzen, wo immer und bei wem immer es das braucht.

Das Team von Alzheimer Zürich besteht aus langjährig erfahrenen Fachpersonen, die aus unterschiedlichsten Berufen kommen und verschiedenste Ausbildungen und Weiterbildungen mitbringen. Das ist bewusst so zusammengestellt und ist ein notwendiger Faktor, damit die komplexen Anforderungen der Zugehenden Beratung erfüllt werden können.

Wir wissen, dass die Beraterinnen zum Teil sehr schwierige und belastend Situationen bei den Personen zu Hause angetroffen haben. Wie wurden die Beraterinnen in diesen Situationen unterstützt?

Dass wir hauptsächlich höchst komplexe Mandate erhalten, liegt oft daran, dass man uns und unsere Fachkompetenz ins Boot holt, wenn andere Stellen nicht mehr weiterkommen. Gerne würden wir von Anfang an, kurz vor oder kurz nach einer Demenzdiagnose mit der Familie zu arbeiten beginnen. Aber oft verstreichen viele Monate oder Jahre, bis wir dann endlich dazugerufen werden. Erfahrungsberichte und Studien beschreiben genau dies als zentrales Element für den Aufbau und die Anfangsphase des Projektes Zugehende Beratung. Später, wenn sich das Angebot einmal etabliert hat, werden nicht mehr sämtliche Mandate so belastend sein, da der Alltag mit Demenz von Anfang an begleitet und viele (potentielle) künftige Krisen abgefangen werden können. Nichtsdestotrotz übernehmen wir die komplexen Mandate gerne in dem Wissen, dass die Angehörigen der schwierigen Situation sonst alleine (das heisst, ohne unser beratendes Team und unser Fachwissen) ausgesetzt wären.

Damit wir unsere Arbeit erbringen können, haben wir interne Gefässe etabliert: Wir führen regelmässig institutionalisierte Supervision-Sitzungen, Fallbesprechungen und Erfa-Treffen durch. Dabei wird auch ein externer Berater beigezogen. Zudem findet

ein Mal im Jahr eine Retraite statt, bei der grundsätzliche Fragen diskutiert werden.

Darüber hinaus sind Gespräche und ein bilateraler Austausch untereinander (auch mit mir), jederzeit möglich. Nicht zuletzt organisieren wir, sobald das Netz der «Players» in den Zugehenden Beratungsgemeinden kontaktiert und aktiviert wurde, wo immer möglich mit diesen Fachleuten fallbezogene Besprechungen.

Das Projekt sah vor, die Zugehende Beratung im gesamten Kanton Zürich anzubieten. Ist es realistisch, dass die Alzheimer Zürich in allen 168 Gemeinden die Zugehende Beratung anbieten kann?

Das Ziel ist, dass wir die Zugehende Beratung nach und nach in sämtlichen Gemeinden anbieten könnten. Da sind wir heute aber noch weit davon entfernt. Wir machen Schritt für Schritt weiter, machen Werbung, bauen auf. Langsam, aber sicher beginnt unsere Reklame zu wirken.

Ein Nebeneffekt bei der Akquise ist, dass uns Gemeindebehörden, Altersbeauftragte, Leitende Soziales, Spitex-Leitungen etc. in den Gemeinden persönlich kennenlernen und zum Teil zum ersten Mal genauer erfahren, was wir machen und was wir, Alzheimer Zürich, sonst noch alles anbieten. Manchmal dauert es vom Erstkontakt bis zum Abschluss eines Leistungsvertrages Monate oder Jahre. Es braucht Geduld.

Sie haben in den letzten Jahren viel Einsatz in diesem Projekt geleistet. Gab es für Sie bewegende Momente im Austausch mit Klientinnen bzw. Klienten, den Beraterinnen oder den Gemeindebehörden? Hat sich das Projekt für Sie persönlich gelohnt?

Tief bewegend ist immer wieder zu wissen, wie alleine gelassen die Angehörigen sind mit der meist unmenschlich riesigen Aufgabe, einen an Demenz erkrankten Menschen zu begleiten und zu

betreuen. Wenn ich dies dann Behörden oder den Zeichnungsberechtigten in den Gemeinden begreiflich machen kann, und sie nicht zuletzt deswegen mit uns den Zugehende Beratung-Vertrag unterzeichnen, sind dies für mich richtig gute Momente.

Ja, gelohnt hat es sich für mich. Ich habe viel gelernt, viel erreicht, es macht Spass, in die Gemeinden zu reisen, zu verhandeln. Etwas bekommen wir immer – sei es, dass wir dann mit dem ALZ-Infomobil an die Chilbi ins Dorf kommen können, Referate oder einen Vortrag machen oder plötzlich merken, dass wir mehr Anrufe für Beratung aus dieser Gegend bekommen.

Sie haben einiges gelernt durch dieses Projekt. Worauf sollte jemand achten, der ein ähnliches Projekt starten möchte?

- Es braucht einen ganz langen Atem – schnell geht nichts.
- Selbst all die Studien und 36 Jahre Erfahrung mit der Zugehenden Beratung in den angelsächsischen Ländern sowie viele Jahre Erfahrung im Aargau, in Deutschland und Österreich helfen nicht, um Finanzierungsunterstützung zu erhalten. Die Organisation, welche die Zugehende Beratung einführen will, kann nicht mit Unterstützung rechnen oder auf offene Arme hoffen.
- Jemand im Team muss gerne, gut und ausdauernd Akquise machen können.
- Nach der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie ist die Anzahl der Konkurrenz und die Angebote an kostenpflichtigen Dienstleistungen im Demenzbereich inflationär grösser geworden. Eine Werbestrategie und ein Werbekonzept werden zwingend gebraucht.
- Der von der Gemeinde unterzeichnete Leistungsvertrag alleine bringt noch keinen Auftrag. Die Werbung muss dann in der Gemeinde gezielt und intensiv betrieben werden.

Oft haben die etablierten «Players» zu Beginn in der Gemeinde Misstrauen und Angst, aus dem Demenz-Markt gedrängt zu werden. Vertrauen und Respekt, und der Beweis, dass die Zugehende Beratung von grossem Vorteil für alle ist, muss erarbeitet werden. Dies gelingt oftmals nicht mit allen Beteiligten.

Der Leistungsvertrag steht und fällt mit den Schlüsselpersonen – Neuwahlen oder eine Neubesetzung der Ansprechstelle kann die Fallzahlen in ein und derselben Gemeinde total ändern.

Die Zugehende Beratung wird ja nun nach dem Projektende weitergeführt. Was sind die nächsten Schritte, wie sieht die Zugehende Beratung in fünf Jahren aus?

Wir stehen immer wieder an dem Punkt, wo wir uns fragen: Machen wir weiter oder geben wir Zugehende Beratung auf? Wir sind noch nicht an dem Punkt, wo wir das Angebot sicher in «trockenen Tüchern» haben. Zum Glück sind wir an dem Punkt – allerdings noch sehr langsam – an dem die Werbung und die Akquisen doch zu greifen beginnen...

Ich erhoffe mir, dass, wenn wir dabeibleiben und das Projekt in noch mehr Orten im Kanton Sichtbarkeit erlangt und bekannt wird, dass die Zugehende Beratung (genauso, wie es die Studien belegen) das richtige, dienliche Instrument ist, wir doch irgendwann namhafte Unterstützung vom Kanton bekommen und es einen jährlich wiederkehrenden finanziellen Beitrag an die Zugehende Beratung gibt.

Für den worst case erhoffe ich mir, dass, falls wir mit Zugehender Beratung doch aufhören müssten, diese Studie, die Sie in den Händen halten, Jahre später eine Gruppe von Menschen ermutigt, es nochmals mit Zugehende Beratung zu versuchen... vielleicht ist dann die Zeit dafür erst reif. Das ist ja in der Vergangenheit bei vielen Projekten vorgekommen.

4.2 Kritische Würdigung aus Sicht der Autorin und des Autors

Im Folgenden werden die Stolpersteine und Chancen im Projekt ausgeführt. Es werden Quintessenzen gezogen und Vergleiche mit anderen Projekten gemacht. Die Thematiken beziehen sich auf die Beratungen und ihren Fokus, die Bedingungen und die Auswirkungen auf die Koordination respektive die Kollaboration.

Beratungskompetenz und Ausrichtung auf das Unterstützungssystem Familie

Die nationale Demenzstrategie von 2014–2017 empfahl Handlungen, die den veränderten Betreuungs- und Pflegeverhältnissen Rechnung tragen. Es wurde festgehalten, dass die Koordination eines sachgerechten und umfassenden Angebots entwickelt und in bestehende Angebote integriert werden sollte. Aufsuchende Beratungsangebote wurden als Modell für die Koordination und Vernetzung von Leistungen erwähnt. Im Glossar des Berichtes hingegen wurde unter der aufsuchenden Beratung dieser koordinierende Aspekt nicht erwähnt, sondern unter den Leistungen von aufsuchenden Beratungen wurde die direkte Information und Beratung der Klientinnen und Klienten und ihrer familialen Systeme priorisiert²³.

Das innovative Potential und die Qualität der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich zeigt sich ebenfalls in ihrer starken Fokussierung auf die Familien, den Aufbau und/oder den Erhalt einer familienzentrierten Versorgung. Die dabei verwendeten Konzepte wie das Calgary Family Assessment und Interventionsmodell stammen aus der familienzentrierten Pflege²⁴. Sie gehen davon aus, dass eine Erkrankung nicht nur den individuellen Patienten bzw. die Patientin, sondern das gesamte soziale Netzwerk, sprich die Familie betrifft.

Bei 80 bis 90% der Personen mit Demenz treten neben den kognitiven und funktionalen Einschränkungen im Verlaufe der Krankheit auch Verhaltensänderungen und psychische Symptome auf²⁵.

Unerwartet und mit unterschiedlicher Heftigkeit auftretende Verhaltensänderungen wie Aggressivität, Unruhe oder psychische Symptome wie Depressivität können bei pflegenden Familienangehörigen grössten Stress auslösen²⁶. Auch in den Dokumentationen der Beratungssituationen und in den Interviews mit Angehörigen wurden die Veränderungen und die damit verbundene steigende Belastung der Angehörigen beschrieben.

Die Zugehende Beratung hat diese Belastung aufgegriffen und entsprechende Beratungsziele formuliert. Die Reaktionen der Betroffenen zeigen aber auch, dass die Zugehende Beratung nicht nur diese familienzentrierten Konzepte als Beratungsgrundlage wählte, sondern diese auch mit grosser Fachkompetenz eingesetzt wurden. Wissen über Demenz und über die möglichen Auswirkungen von Demenzerkrankung auf den Alltag und Wissen/Fähigkeiten über Techniken der Gesprächsführung wurden verbunden. Beschrieben wurden Gesprächstechniken, die sich bei Demenzerkrankten als hilfreich erwiesen haben wie z. B. die integrative Validation. Dabei wurden die Ressourcen sowohl der Erkrankten als auch ihrer Familien berücksichtigt. Angehörige fühlten sich dadurch verstanden und ernst genommen. Sie würdigen die Wertschätzung, die sie erfuhren.

Es ist bekannt, dass z. B. auffallendes Verhalten der Erkrankten durch die Reaktionen der pflegenden Angehörigen beeinflusst und gemildert oder verstärkt wird²⁷. Die Beraterinnen haben mit den Familienangehörigen über diese Symptome und Verhaltensweisen gesprochen, und ihnen aufgezeigt, wie diese mit der dementiellen Krankheit in Verbindung stehen. Sie haben mit ihnen besprochen, wie sie ihr eigenes Verhalten gegenüber dem Kranken anpassen könnten. Der Erkenntnis wurde Rechnung getragen, dass diese Form von Schulung und Beratung von pflegenden Angehörigen ihre eigene gesundheitliche Situation verbessert und zu weniger Belastung führen kann²⁸. Der Erfolg der Beratung wurde in den Statements der pflegenden Angehörigen sichtbar, wenn sie zum Effekt der Beratung befragt wurden. Wie das Frau M. beschrieb: «Ich habe von der Beratung sehr profitiert. Ich bin ruhiger, ich füh-

23 Bundesamt für Gesundheit – BAG, «Nationale Demenzstrategie 2014–2017».

24 Wright und Leahey, Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen.

25 Kales, Gitlin, und Lyketsos, «Assessment and Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia»; Staedtler und Nunez, «Nonpharmacological Therapy for the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease: Linking Evidence to Practice»; Rosdinom u. a., «Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, Cognitive Impairment and Caregiver Burden in Patients with Dementia».

26 Ornstein und Gaugler, «The Problem with Problem Behaviors: A Systematic Review of the Association Between Individual Patient Behavioral and Psychological Symptoms and Caregiver Depression and Burden within the Dementia Patient–Caregiver Dyad».

27 Song u. a., «Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia».

28 Terayama u. a., «Caregivers' Education Decreases Depression Symptoms and Burden in Caregivers of Patients with Dementia».

le mich sicherer und es geht mir besser. Ich habe das Gefühl, ich kann den Alltag trotz der stark wechselnden Situation meines Mannes besser meistern.»

Die Beraterinnen und Angehörige gingen auch davon aus, dass die Beratung zu einer Verzögerung eines Heimeintrittes geführt hat. In der Literatur wird beschrieben, dass Beratung von Angehörigen einen Heimeintritt des Menschen mit Demenz hinauszögern kann²⁹. Dies konnte bei der geringen Fallzahl im Projekt der Zugehenden Beratung nicht untersucht oder bestätigt werden.

In den Dokumentationen wurde ersichtlich, dass Angehörige und die Menschen mit Demenz teilweise gemeinsam beraten wurden. Dies verlangte von den Beratenden die Fähigkeiten einer systemischen Intervention, die auf paartherapeutischen Grundsätzen beruht. Es geht darum, Konflikte zu identifizieren, Stress zu reduzieren und sowohl die Frustrationstoleranz wie auch die Kommunikation zwischen den Partnern zu erhöhen. Es hat sich gezeigt, dass bei Paarberatungen vor allem die pflegenden Angehörigen von einer verbesserten Kommunikation und Interaktion mit den Erkrankten berichteten³⁰. Die Erfahrungen im Projekt Zugehende Beratung haben bestätigt, dass die Beraterinnen für diese Aufgabe gut geschult sein müssen.

Es empfiehlt sich zudem, Beratungssituationen und -schwierigkeiten in Super- oder Intervisionssitzungen aufarbeiten zu können, wie sich dies eine mit der Zugehenden Beratung zusammenarbeitende Psychologin gewünscht hat. Eine kontinuierliche Evaluation der Beratungsqualität sollte nicht nur im Rahmen dieser Begleitstudie erfolgen, sondern standardmässig die Effekte auf Angehörige und Betroffene im Regelbetrieb evaluieren.

Die Beratungen wurden alle individualisiert und in persönlichen Besuchen zu Hause bei den Betroffenen und Familien angeboten. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass auch andere Formen der Beratung, z.B. in Gruppen für Angehörige, ebenfalls hilfreich sein können³¹. Es lässt sich beim vorliegenden Projekt der Zugehenden Beratung nicht sagen, ob andere Formen der Beratung oder die Kombina-



tion verschiedener Formen in gleichem Ausmass zur Zufriedenheit bei den Angehörigen und Betroffenen geführt hätten und ob sich der zeitliche Aufwand bei einzelnen Beratungssituationen dadurch verändert hätte. Die Alzheimer Zürich bietet verschiedene Unterstützungsleistungen an und könnte eine Kombination systematischer in ihr Angebot integrieren.

Beratung mit unterschiedlichen Bedingungen und Auftraggebern

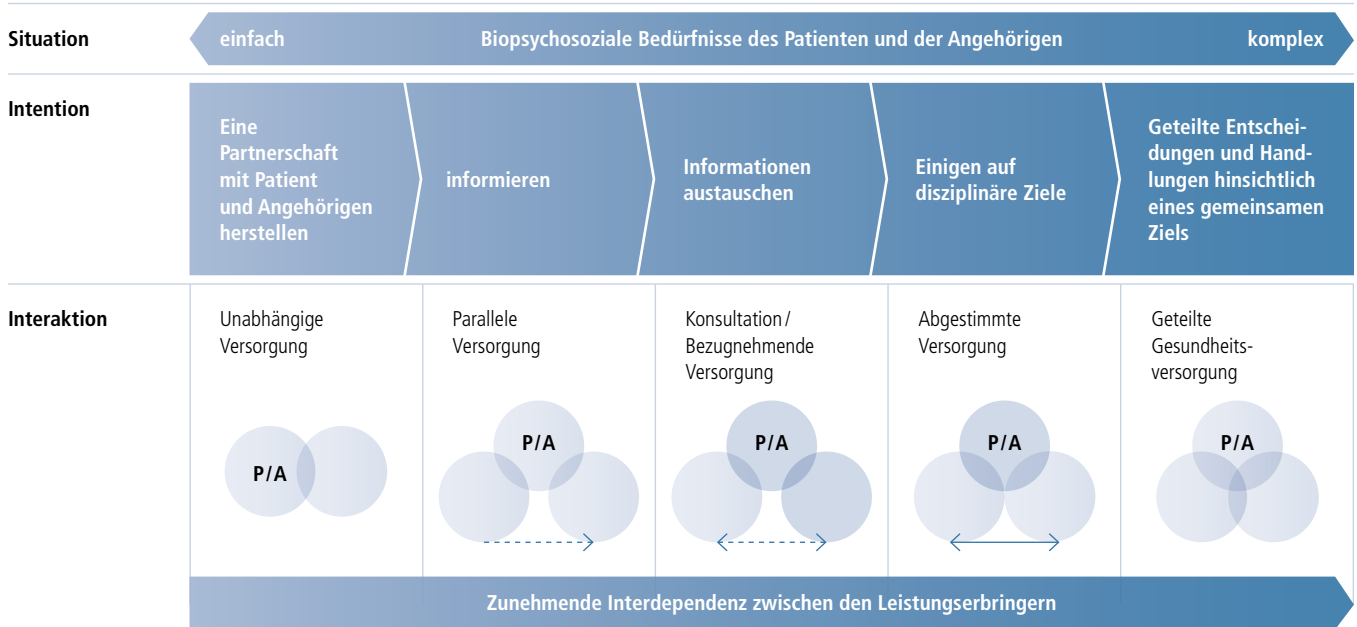
Als Schwierigkeit für die Beraterinnen haben sich die ändernden Auftraggeber für die aufsuchende Beratung herausgestellt. So stellte sich für die Beratenden die Frage, wem sie verpflichtet sind, wenn sie von der KESB geschickt wurden. Mit einem anderen Auftraggeber veränderte sich auch die Zielsetzung der Zugehenden Beratung. So stand beim Auftrag der KESB mehr die Abklärung der Gefährdung von Betroffenen als eine Beratung und Be-

29 Brodaty, Mittelman, und Gibson, «The Effects of Counseling Spouse Caregivers of People with Alzheimer's Disease Taking Donepezil and of Country of Residence on Rates of Admission to Nursing Homes and Mortality»; Dyntar u. a., «Gute ambulante Versorgung verzögert den Heimeintritt bei Menschen mit Demenz in der Stadt Zürich».

30 Quayhagen u. a., «Coping With Dementia».

31 Donath u. a., «Can Brief Telephone Interventions Reduce Caregiver Burden and Depression in Caregivers of People with Cognitive Impairment?»; Brannstrom, Tibblin, und Lowenborg, «Counselling Groups for Spouses of Elderly Demented Patients».

Abbildung 21: Intensität der Zusammenarbeit



Quelle: Gerber³³ nach Careau und Kollegen

gleitung der betroffenen Familie im Zentrum. Dieser Wechsel des Auftrags bedeutet deshalb immer auch einen Wechsel der Rolle. Dies wurde von den Betroffenen wiederholt nicht gut aufgenommen. Beraterinnen stiegen dabei aus dem Konzept «Hilfe zur Selbsthilfe» aus. Sie mussten sich deshalb z.T. auf ethische Dilemmas einstellen, wenn es darum ging, sich für das Beratungsziel Sicherheit oder die Autonomie des Klienten bzw. der Klientin zu entscheiden.

Basierend auf der Annahme, dass die beste Versorgung ein kollektives Unterfangen aller beteiligten Leistungsanbieter ist, und dass die Fachpersonen dafür zusammenarbeiten wollen, stellte sich die Frage der Koordination. Das Konzept der Zugehenden Beratung hält fest, dass diese Koordination durch die Beraterinnen zu übernehmen ist. Neben den unterschiedlichen Auftraggebern wiegen auch die unterschiedlichsten Versorgungsstrukturen der Gemeinden schwer und machen den angestrebten Koordinationsauftrag zu einem komplexen Unterfangen. Von den Beraterinnen wurde gemäss Konzept verlangt, dass die Zugehende Beratung den

Zugang zur Koordination in jeder Gemeinde und damit in unterschiedlichsten Situationen neu «erfinden muss».

Im vorliegenden Projekt der Zugehenden Beratung wurden verschiedene Grade der Zusammenarbeit erreicht. Careau und Kollegen unterscheiden in ihrem Modell fünf Stufen der Zusammenarbeit/Interaktion, welche einer zunehmenden Komplexität der Klientensituation entsprechen und auch eine Zunahme der Interdependenz zwischen den Leistungserbringern ausdrücken³².

Im Projekt der Zugehenden Beratung gab es am häufigsten die Form der unabhängigen Versorgung durch die Beraterinnen und ihre Klienten und Klientinnen, die parallele Versorgung und die bezugnehmende Versorgung. Am schwierigsten war die Form einer geteilten Entscheidung und Handlung hinsichtlich eines gemeinsamen Ziels. Bei unterschiedlichen Vorstellungen der Leistungserbringer kam es zu Konflikten und die Zusammenarbeit wurde verweigert. Gelang situativ eine Zusammenarbeit, war sie geprägt von geteilten Entscheidungen und

32 Careau u. a., «Interprofessional Collaboration».

33 Gerber, Kraft, und Bosshard, «Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht».

Handlungen und wurde von den Beraterinnen als befriedigend und für alle Beteiligten als Erfolg gewertet. Auch die befragten anderen Leistungserbringer, die sich auf eine Kooperation mit der Zugehenden Beratung eingelassen hatten, betonten, dass sie von einer solchen Zusammenarbeit profitieren konnten und sie als befriedigend erlebt hatten.

Es zeigte sich im Verlauf des Projektes, dass Koordination nicht verordnet werden kann. Sie entsteht immer in der Zusammenarbeit und muss laufend neu verhandelt werden. Die Beraterinnen erlebten in ihrer Rolle als «Kordinatorinnen» Frustrationen. Obwohl Besprechungen zwischen Projektleitung und Beraterinnen in diesen Situationen stattfanden, wurde kaum eine Rollenklärung herbeigeführt und dokumentiert, die verbindlich über den Einzelfall hinaus festhielt, wo die Grenzen der Beratung lagen, wie mit unterschiedlichen Verbindlichkeiten umgegangen werden soll und wann die Beratung zu beenden ist.

Koordination oder Kollaboration mit anderen Anbietern

Im Projekt der Zugehenden Beratung wurde viel Energie und Zeit dafür verwendet, Fragen der Zusammenarbeit mit anderen zu klären. Das erstaunt nicht, da das Ziel der Beratung war, die Selbstpflegefähigkeit zu fördern und zu erhalten und damit einen gelingenden Alltag der Familie zu unterstützen per se eine Zusammenarbeit verschiedener Professionen verlangt. Das Projekt der Zugehenden Beratung bezeichnete die Koordination als zentrale Aufgabe für die Beraterinnen, blieb aber in der Projektvorbereitung eine konkrete Schulung der Beraterinnen für diese Aufgabe zum Teil schuldig. Es ist bekannt, dass Fachpersonen ihre eigenen Sichtweisen und Interessen haben und als professionell handelnde Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet einen hohen Grad an Autonomie und Unabhängigkeit wünschen. Das Hauptinstrument, um diese Autonomie zu verhandeln, ist Macht³⁴. Im vorliegenden Projekt ging es deshalb weniger um die «technischen» Fähigkeiten zur Koordination, d.h. eine sinnvolle Verteilung von Aufgaben, sondern um die Legitimation dies tun zu dürfen, wenn



dabei Autonomie und Unabhängigkeit von anderen Fachpersonen in Frage gestellt wurden. Eine weiterreichende Kollaboration zwischen den Fachpersonen klärt diese Legitimationsfrage. Kollaboration bezieht bestehende Strukturen in Betracht, berücksichtigt aber auch Beziehungen unter Individuen und ihre Rolle als Vertreterinnen und Vertretern von Organisationen.

Laut D'Amour et al. geht es bei der Kollaboration respektive Zusammenarbeit darum, gemeinsame Zielsetzungen und Visionen zu entwickeln und patienten- respektive familienorientiert zu denken. Es gilt die Zusammenarbeit zu internalisieren. Dazu sind Sich-Kennen und gegenseitiges Vertrauen ebenso wie die Steuerung von Prozessen (governance) und die Übernahme von Verantwortung durch eine Fachperson in konkreten Situationen zuzulassen. Ausserdem sind Innovation zu unterstützen und die Formalisierung durch gemeinsame Instrumente und regelmässigen gegenseitigen Austausch zu begrüssen.

³⁴ D'Amour u. a., «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations»

Abbildung 22: Kriterien und Stufen der Kollaboration nach D'Amour (2008)

	Möglichkeit zur Kollaboration	Entwicklung von Kollaboration	Aktive Kollaboration vorhanden
Ziele	Zielkonflikte oder keine gemeinsamen Ziele	Vereinzelte Ad-hoc-Ziele	Umfangreiche Ziele mit Einverständnis aller
Klientenzentrierung	Privatinteressen überwiegen	Orientierung an Berufsgruppen oder Organisationen	Klientenzentrierung aller Beteiligten
Sich kennen	Keine Gelegenheit, sich zu treffen, keine gemeinsamen Aktivitäten	Wenig Gelegenheiten, sich zu treffen, wenig gemeinsame Aktivitäten	Regelmässige Treffen und gemeinsame Aktivitäten
Vertrauen	Fehlen von Vertrauen	Vertrauen mit Bedingungen entwickelt sich	Vertrauen ist vorhanden
Gemeinsame Strukturen	Keine gemeinsamen Strukturen, Fehlen einer politischen Rolle	Schlecht definierte Rollen, unklare politische und strategisch definierte Rollen	Starke und aktive Strukturen, welche Konsens verlangen
Führung	Keine gemeinsame oder monopolistische Führung	Fragmentierte Führung ohne Einfluss	Gemeinsame, konsensuelle Führung
Unterstützung für Innovation	Wenig oder keine Expertise für Kollaboration	Vereinzelte vorhandene Expertise für Teilaspekte der Kollaboration	Expertise fördert Kollaboration und Innovation
Verbundenheit	Keine Diskussionsmöglichkeiten	Vereinzelte Diskussionsmöglichkeiten zu spezifischen Themen	Viele Diskussions- und Partizipationsmöglichkeiten
Formalisierung	Keine Übereinkünfte, nicht respektiert, Grund für Konflikte	Keine, praxisfremde oder im Aufbau begriffene Übereinkünfte	Konsens-Übereinkünfte, gemeinsam definierte Rollen
Informationsaustausch	Fehlende Infrastruktur, um Information auszutauschen	Teilweiser Informationsaustausch, nicht praxistauglich oder falsch genutzt	Gemeinsame Infrastruktur für den Informationsaustausch

■ erfüllt ■ teilweise erfüllt □ nicht erfüllt

Aufgrund der Gespräche mit der Geschäfts- und Projektleitung von Alzheimer Zürich, den Beraterinnen und diversen Personen anderer Organisationen kann der Stand der Kollaboration im Projekt, wie von D'Amour et al. beschrieben, bei sieben Kriterien in drei Stufen der Entwicklung, grob eingeschätzt werden. Diese Aufstellung der sieben Kriterien für den Grad der Kollaboration soll die Entwicklungsperspektiven für das weitere Vorgehen darstellen und nicht Defizite hervorheben.

Daraus lassen sich mehrere Ziele ableiten, die im Rahmen der Weiterführung des Projekts zur Entwicklung einer interprofessionellen Kollaboration verfolgt werden können. Dazu gehören:

- die gemeinsame Zielsetzung durch entsprechende Diskussionsmöglichkeiten zu stärken,
- die Zugehende Beratung so zu organisieren, dass sich Fachleute regelmässig begegnen und kennenlernen,
- die Rolle der Zugehenden Beratung klarer und verbindlich zu definieren und gemeinsam mit anderen Berufsleuten zu diskutieren,
- den Informationsaustausch verbindlich zu regeln und durch eine gemeinsame Infrastruktur zu ermöglichen,
- die Berücksichtigung von Expertise dadurch zu fördern, dass Regeln des «Ich darf» durch Regeln des «Ich kann» ersetzt werden.

Bilanz Demenzstrategie und deren Bezug zum Projekt Zugehende Beratung

Im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie im Kanton Zürich wurden weitere Projekte für aufsuchende Dienstleistungen lanciert. Im Kanton Zürich gab es bereits vor der nationalen Demenzstrategie einerseits demenzspezifische Angebote wie die aufsuchende Beratung und Abklärungsstelle SIL in der Stadt Zürich oder Agil, ein gerontopsychiatrischer aufsuchender Dienst der Alterspsychiatrie. Zudem gab es familienorientierte Angebote wie z. B. die pflegegeleitete Familienberatung für Familien älterer Menschen an der ZHAW, ein ähnliches Angebot in der Spitex Küsnacht oder eine privat organisierte Familienberatung in Andelfingen.

Im Rahmen der Demenzstrategie wurden weitere Projekte wie die Zugehende Beratung durch die Alzheimer Zürich und AIDA-Care durch die Universität Zürich lanciert. Dazu wurde CareNet+ der Pro Senectute im Bezirk Affoltern am Albis entwickelt und evaluiert. Alle Projekte sahen vor, sich auf den Alltag von Menschen mit Demenz zu konzentrieren und dafür koordinative Aufgaben zu übernehmen.

Familienorientierte Interventionen

Auf den ersten Blick ist schwer ersichtlich, wie sich die Angebote in diesen Projekten unterscheiden. Erst bei genauerem Studium werden Unterschiede sichtbar. Im Faktenblatt der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich wird das Projekt AIDA-Care als ein Beratungsangebot für sozial isolierte Demenzbetroffene beschrieben³⁵. AIDA-Care implementierte Teams in den Gemeinden, die aufsuchende Beratungen bei Betroffenen und diagnostische Abklärung durchführen. AIDA-Care übernimmt die Beratung und Begleitung der Betroffenen in einer ersten Phase. Schwerpunkt der Tätigkeit ist es, neben der Demenzdiagnostik, zuständige Unterstützungsorganisationen und -personen zu involvieren oder ein entsprechendes Unterstützungsnetz aufzubauen, wenn dies fehlt³⁶. Eine konkrete Beschreibung oder ein Hinweis auf einen systemischen, familienzentrierten Fokus ist nicht explizit

vorhanden. Abklärungsschwerpunkte lassen aber vermuten, dass die von AIDA-Care organisierten Unterstützungsorganisationen diesen Fokus aufweisen sollten.

Das Projekt CareNet+ richtet sich an Menschen ab 50 Jahren und ist nicht demenzspezifisch ausgerichtet. Als Dienstleistung werden Bedarfsabklärung und Erstellung eines koordinierten Behandlungsplans, Prozessbegleitung (Fallmoderation und -monitoring) und die Koordination der Leistungserbringer angeboten. Klientinnen und Klienten werden einbezogen und professionelle Leistungen (Ärzte/Ärztinnen, Pflegefachpersonen der Spitex und Krankenversicherungen etc.) werden koordiniert³⁷. Zu Beginn waren aufsuchende Beratungen vorgesehen, von denen im Verlaufe des Projektes Abstand genommen wurde. CareNet+ konzentriert sich stark auf die Koordination der Dienstleister, mit dem Ziel, die Wirksamkeit, Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern. Die Anbieter betonen, dass sie sich auch mit dem Alltag der Klientinnen und Klienten und ihrem unterstützenden Umfeld befassen.

Die Projektbeschreibungen argumentieren sehr allgemein. Wie die Unterstützung erfolgen soll, wird nicht oder nicht ausreichend beschrieben. Aufsuchende Dienstleistungen per se sind noch keine Zielsetzung und Handlungen lassen sich ohne Zielsetzungen nicht beschreiben³⁸. Beschreibungen von Zielsetzungen der aufsuchenden Dienstleistungen, wie z. B. eine Ausrichtung auf die Selbstpflegefähigkeit bei Menschen mit Demenz, oder deren familiales System zu erhalten oder gar zu fördern, fehlen weitgehend. Die Zugehende Beratung der Alzheimer Zürich kombinierte familienorientierte Beratung mit aufsuchender Dienstleistung bei Menschen mit Demenz. Die Zielsetzungen jedes einzelnen Projektes müssten stärker kommuniziert werden, damit nicht ein unübersichtliches (Über-)Angebot entsteht und die Navigation des Versorgungsnetzes für dementiell Erkrankte und ihre Familien verunmöglicht wird. Klarheit zu den Unterschieden zu gewinnen, aber auch Gemeinsamkeiten zu stärken, könnten helfen, die Angebote passgenauer auf Klientengruppen auszurichten oder – sich einander angleichend – gemeinsam im Sinne einer Verbundlösung zu agieren³⁹.

36 Ugolini, «AIDA-Care – methodisches Konzept».

37 Trageser u. a., «Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+) – Evaluationsbericht».

38 Imhof und Mahrer Imhof, «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells».

39 Knöpfel, Pardini, und Heinzmann, Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme.

Die Anforderungen an den beruflichen Hintergrund der Beratungspersonen waren in zwei der Projekte gleich. AIDA-Care verlangt von ihren Beraterinnen und Beratern eine Ausbildung als Pflegefachperson⁴⁰. Die Zugehende Beratung mit ihrem klar familienzentrierten Ansatz stützt sich auf pflegewissenschaftliche Konzepte der familienzentrierten Versorgung und setzt auch Pflegefachpersonen als Beraterinnen ein. Diese Personen hatten in beiden Projekten nach Möglichkeit einen sozialarbeiterischen Hintergrund mitzubringen. Donelan et al. (2019) haben im Zusammenhang mit «Complex Chronic Care Management» untersucht, wie sich die Koordinationsaufgaben in der Zusammenarbeit in einem interprofessionellen Team verändern. Sie zeigten auf, dass sich Sozialarbeitende mehrheitlich und differenzierter den sozialen und finanziellen Aspekten der Kundensituationen und Pflegefachpersonen vor allem die Koordination von Übergängen als Hauptaufgabe annahmen. Sie brauchten gegenseitig überlappendes Wissen, um den notwendigen Unterstützungsbedarf der Kunden zu decken⁴¹. Diese Erkenntnisse können in aufsuchenden Dienstleistungen genutzt werden. Gemeinsame Weiterbildungen von Mitarbeitenden in aufsuchenden Beratungen und interprofessionelle Entwicklungen rund um die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien könnten angestrebt werden. Die Zugehende Beratung kann hier mit ihrer Erfahrung zu Weiterbildung und Schulung von anderen Dienstleistern beitragen. Eine Entwicklung von Qualitätsinstrumenten und nachvollziehbarer standardisierter Prozesse wären wichtige Elemente interprofessioneller Kollaboration. Sie würden erlauben, Vergleiche anzustellen und voneinander zu lernen, welche interprofessionellen Versorgungskonzeptionen für die Betroffenen den meisten Nutzen bringen.

Strukturelle Bedingungen für den Beratungsauftrag

Allen Projekten ist gemeinsam, dass sie grossen Aufwand betreiben mussten, um ein Klientel zu gewinnen und ihr Angebot bekannt zu machen. Das Projekt SIL der Stadt Zürich zeigte die ersten vier Jahre nur einen langsamen Anstieg der Fallzahlen. Im Projekt AIDA-Care, das im Zeitraum von 2016–

2017 evaluiert wurde, konnten 57 Personen beraten werden⁴². Im Projekt CareNet+ wurden in zwei Jahren Evaluationszeit insgesamt 40 Personen, nur ein Drittel davon Menschen mit Demenz, für die Koordination der Leistungen zugewiesen⁴³. Im Projekt Zugehende Beratung konnten in dreieinhalb Jahren 51 Fälle (Einzelpersonen und Familien) beraten werden.

Trotz dem beschriebenen grossen Aufwand an Öffentlichkeitsarbeit und Akquise war die Empfehlung bei allen Projekten, die Werbemassnahmen zu verstärken. Der Aufwand, der personell und finanziell betrieben werden musste, um Klientinnen und Klienten zu gewinnen, war hoch, und es muss in Frage gestellt werden, ob mehr vom Selben zu einer besseren Akzeptanz und Auslastung der Angebote führt. Als Grundlage des Entscheids für mehr Marketing geht man von Strategien aus, die besagen, dass Marketing und PR-Massnahmen ein wichtiger Erfolgsfaktor nach der Einführung am Markt sind. Je nach Produkt und Dauer des Kaufentscheidungsprozesses beim Kunden könne es bis zu zwei Jahre dauern, bis erste «Umsätze» für das neue Produkt messbar seien⁴⁴. Marketing-Massnahmen waren sicherlich ein Gelingensfaktor, um die Projekte bekannt zu machen. Es bleibt jedoch unklar, wer bei diesen Anstrengungen die zu bewerbenden Kunden waren. Waren es die möglichen Klientinnen und Klienten, die Unterstützungsleistungen kaufen sollen oder die Gemeinden, die Personen an die Beratung überweisen? Der primäre Klient, die primäre Klientin müssen ihre Bedarfe erkennen oder im Sinne der Prävention sogar antizipieren, während die Gemeinden das Angebot trotz möglicher Folgekosten als nutzbringend für sich einstufen müssten.

Dies war in den Projekten nicht immer der Fall. All den Projekten war gemeinsam, dass mit dem neuen Angebot auch Konkurrenz geschaffen wurde. So wurde der Aufwand für Koordination, Anmeldung und die Abklärung durch CareNet+ von anderen Anbietern als sehr hoch eingeschätzt. Deshalb wurde angenommen, dass sowohl dieser zeitintensive Abklärungsprozess als auch die Angst vor Konkurrenz dazu beigetragen haben, dass es wenig Überweisungen gab⁴⁵.

40 Ugolini, «AIDA-Care – methodisches Konzept».

41 Donelan u. a., «Care Management for Older Adults».

42 Koppitz u. a., «Evaluation der Praktikabilität des Programms «AIDA-Care»».

43 Trageser u. a., «Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+) – Evaluationsbericht».

44 Steffenhagen, Marketing: Eine Einführung.

45 Trageser u. a., «Evaluation integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+) – Zwischenbericht».

Auch im Zusammenhang mit der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich wurden Stimmen laut, die das Angebot als Konkurrenz betrachteten und deshalb weder eine Leistungsvereinbarung unterzeichnen noch mit Alzheimer Zürich kooperieren wollten.

Die Chance der Ablehnung eines Angebots sinkt, wenn die Personen, die die Beratungen durchführen, bei den anderen Leistungserbringern bekannt sind, selbst gut über das Dienstleistungsangebot Bescheid wissen, und Strukturen bestehen, um sich vernetzen zu können⁴⁶. Existieren diese drei Bedingungen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Projektangebot der bereits vorhandenen Angebots-situation entspricht. Dies dürfte der Grund gewesen sein, dass z. B. das Projekt CareNet+ eine Steuergruppe aus lokalen Vertretern eingesetzt hatte und damit eine Bottom-up-Entwicklung einzuleiten versuchte. Leider waren diese Bedingungen bei der Zugehenden Beratung nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Um die nötige Zahl von Klientinnen und Klienten einbinden zu können, wurde die Grösse des Einzugsgebiets als wichtiger Faktor genannt. Im Kanton Zürich wurde von einem Einzugsgebiet von 80 000 Bewohnenden ausgegangen. Nicht nur die Grösse des Einzugsgebietes kann limitierend für ein neues Beratungsmodell sein, sondern auch die lokale Vernetzung ist von zentraler Bedeutung, um diese im Versorgungsnetz anbinden zu können. Dies gilt im Falle der Zugehenden Beratung sicher für die Situationen 3 und 4, in denen die Klientinnen und Klienten bereits durch verschiedene Leistungsanbieter betreut werden. Während die anderen Projekte der kantonalen Demenzstrategie heute lokale, bezirksbezogene Anbindungen haben (ein AIDA-Care-Team ist im KZU in Embrach und im Gesundheitszentrum Dielsdorf im Regelbetrieb tätig, und CareNet+ wird bis Ende 2020 im Bezirk Affoltern und den Gemeinden Thalwil und Horgen fortgeführt⁴⁷), hat die Zugehende Beratung (noch) keine starke lokale Anbindung, ausser in Küsnacht, aufbauen können. Es gilt daher zu überlegen, ob eine regionale Verankerung – wie mit NeDeZO angestrebt – weiterverfolgt werden kann.



Koordination und Kollaboration in Versorgungsstrukturen

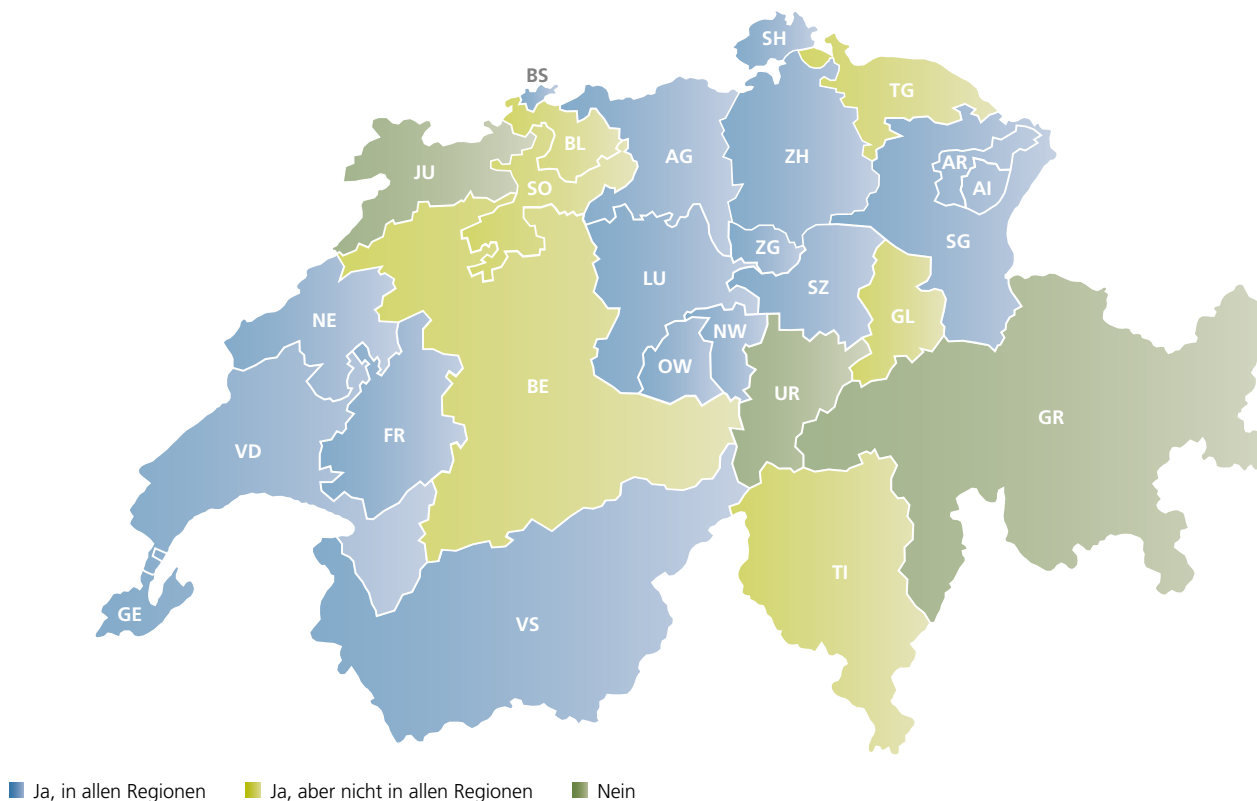
Es scheint, dass mit dem Begriff der Koordination als Bestandteil der Zugehenden Beratung – wie in anderen Projekten auch – auf den vermehrten Bedarf an interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit reagiert wurde, welcher in der Demenzstrategie hervorgehoben wurde. Die nationale Demenzstrategie sprach explizit davon, dass ein Transfer von Kompetenzen von der einzelnen Fachperson zur interprofessionellen Gruppe stattfinden und damit neue Leistungsstrategien entwickelt werden sollen⁴⁸. Dafür braucht es nicht nur das Ein-

46 D'Amour u. a., «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations».

47 Santi, Schmidiger, und Rex, «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Care Management: Sozialarbeit und Pflege rund um den Gesundheitsstandort Privathaushalt».

48 Bundesamt für Gesundheit – BAG, «Nationale Demenzstrategie 2014–2017».

Abbildung 23: Kantone mit Spitexdiensten mit demenzspezifischer Kompetenz



verständnis der Klientinnen und Klienten, sondern auch die Legitimation und Unterstützung der Anbieter. Der Transfer der Kompetenz von einzelnen Fachpersonen zum interprofessionellen Team hängt deshalb von mehreren Gelingensfaktoren ab. Ein wesentlicher Faktor ist die Entwicklung gemeinsamer Zielsetzungen für die klientenzentrierten Unterstützungsleistungen. Die «unique selling properties» müssten daher auf diese gemeinsamen Zielsetzungen gelegt werden, bei denen sich alle Beteiligten mit ihren fachlichen und persönlichen Kompetenzen einbringen können. Entsprechende Prozesse und Strukturen fehlen weitgehend und konnten auch im Projekt der Zugehenden Beratung nicht etabliert werden. In den Interviews mit anderen Anbietern, die mit der Zugehenden Beratung zusammenarbeiteten, und in einem kürzlich erschienenen Artikel zur Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Pflegefachpersonen im Projekt CareNet+ wird das Potential einer engen Zusammenarbeit positiv erwähnt⁴⁹.

Diesem zunehmenden Kollaborationsbedarf der Leistungserbringer stehen heute ein hoher Kostendruck und ein Mangel an Betreuungs- und Gesundheitsfachpersonen gegenüber. Der Kostendruck ist insofern von Bedeutung, als bei bestehenden Organisationen für die Alterspflege nach dem Krankenversicherungsgesetz oder TARMED keine Abgeltung für koordinative Aufgaben geschweige denn für die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team vorgesehen ist. Angeführt wird auch das Argument, dass bestehenden Organisationen der ambulanten Versorgung, z. B. der Spitex, keine koordinierenden Aufgaben übertragen werden können. Eine systematische Zusammenarbeit würde durch den Mangel der Pflegefachpersonen – man spricht von 17 000 Stellen, die im Jahre 2020 geschaffen werden müssten – verhindert. Laut der GDK Schweiz zeigte eine Untersuchung aber, dass in einigen Kantonen die Spitex sich flächendeckend in der Lage sah, mit Demenzerkrankten umzugehen⁵⁰.

49 Santi, Schmidiger, und Rex, «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Care Management: Sozialarbeit und Pflege rund um den Gesundheitsstandort Privathaushalt».

50 GDK, «Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen 2017».

51 Trageser u. a., «Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+) – Evaluationsbericht».

Eine Fachkompetenz wäre entsprechend diesem Bericht also vorhanden. Trotzdem soll der Leistungskatalog nicht ausgebaut werden. Lieber nimmt man in Kauf, dass das Problem einer fehlenden Kollaboration in der aufsuchenden Versorgung mittels neuer koordinierender Strukturen gelöst werden soll, welche ausserhalb von etablierten Strukturen neue Leistungen lancieren und viele Ressourcen einsetzen müssen, um sich nur bekannt zu machen, und die dabei auch auf Widerstand und Ablehnung bei etablierten Anbietern stossen⁵¹. Die Auslagerung von Koordination und Kollaboration führt möglicherweise zu einer zusätzlichen Fragmentierung der Leistungen, die einen Mehraufwand generiert und den Mangel an Fachkräften in der direkten Versorgung von Klienten, Patienten und Kunden eher verschärft.

Das Argument, durch Auslagerung die Kosten zu senken, trifft möglicherweise nicht zu. Es wurde bei allen Projekten angeführt, dass die Finanzierung nach der Projektphase für einen Regelbetrieb nicht gesichert sei. Für alle koordinativen und kollaborativen Aufgaben ist auch in diesen Strukturen keine entsprechende kostendeckende Finanzierung garantiert. Bei CareNet+ stehen Entscheidungen zur Finanzierung und zum Regelbetrieb Ende 2020 an. Unabhängig davon, wer koordiniert und kollaboriert, gilt: Kollaboration braucht Zeit und damit auch personelle und finanzielle Ressourcen von allen am Versorgungsnetz Beteiligten.

Die Schlussfolgerungen bei AIDA-Care⁵², ihr Angebot in bestehende Strukturen zu integrieren, könnte darauf hinweisen, dass den Fachpersonen etablierter Anbieter mehr Verantwortung übertragen werden kann. Allenfalls wären Geldmittel zur Verbesserung der Zusammenarbeit besser eingesetzt, als wenn sie in Marketing und PR-Massnahmen fliessen müssen, wenn neue Strukturen etabliert werden. Es gilt daher zu überlegen, wie das Angebot der Zugehenden Beratung der Alzheimer Zürich mit einem bestehenden Versorgungsnetz kollaborieren kann, welches lokaler oder eventuell regional agiert, um ein genug grosses Einzugsgebiet zu haben. Mit dem weiterführen der Demenzstrategie in Kanton Zürich wurde das Projekt Mäander lanciert, bei dem es um

die Vernetzung der Akteure geht⁵³. Die Zugehende Beratung kann Erfahrung in Beratungsaufgaben für Menschen mit Demenz und in familienzentrierten Interventionen in eine Kollaboration einbringen. Sich mit anderen etablierten Anbietern zu verbinden, wäre eine Möglichkeit, die Finanzierung zu sichern, eine wirkungsvolle Demenzversorgung zu garantieren und die vorhandene individuelle Fachkompetenz in ein interprofessionelles Team einzubringen.

Empfehlungen

- die fachlichen Ressourcen – gerade in familienzentrierter Beratung und Demenz – anderen Anbietern zugänglich machen,
- Grösse des Einzugsgebietes und Bedarf in der Region für lokale Vernetzung klären,
- verbindliche Partnerschaften eingehen, lokale Verankerung anstreben,
- neue Dienstleistungen in bestehende Strukturen integrieren,
- nicht koordinieren, sondern kollaborieren und dafür finanzielle Mittel einsetzen.

52 Ugolini, «Konzept AIDA-Care: Aufsuchende Abklärung und Beratung sozialisolierter Menschen mit Demenz».

53 Regierungsrat des Kantons Zürich, Gründung einer koordinierenden Organisation im Bereich Demenz (Projekt «Mäander»), Projektfreigabe.

- Ackermann, M.** «Koordinationsleistungen bei Demenz. Dokumentation von unterschiedlichen Koordinationsmodellen inklusive Praxisbeispielen». Bern: Alzheimer Schweiz, 2019.
- Alzheimer Schweiz.** «Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft». Yverdon-les-Bains: Alzheimer Schweiz, 2014.
 ➔ alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/angehoerigenbefragung.pdf
- Alzheimer Zürich.** «Factsheet_Zuerich_2019_aktualisiert.pdf», 2019.
- Bär, M., C. Berendonk, und M. Hoben.** «DEMIAN – Pflegekonzept zur Förderung der Lebensqualität».
 ➔ www.gero.uni-heidelberg.de/forschung/demian.html
- Baumert, S., und Ch. Krebs.** «Konzept Zugehende Beratung». Alzheimervereinigung Kanton Zürich, 2017.
- Brannstrom, B., A. Tibblin, und C. Lowenborg.** «Counselling Groups for Spouses of Elderly Demented Patients: A Qualitative Evaluation Study». International Journal of Nursing Practice 6, (2000): 183–91.
 ➔ doi.org/10.1046/j.1440-172x.2000.00209.x
- Brodaty, H., M. Mittelman, und L. Gibson.** «The Effects of Counseling Spouse Caregivers of People with Alzheimer’s Disease Taking Donepezil and of Country of Residence on Rates of Admission to Nursing Homes and Mortality», American Journal of Geriatric Psychiatry 17, (2009): 734–43.
- Brodaty, H., K. Seeher, und L. Gibson.** «Dementia Time to Death: A Systematic Literature Review on Survival Time and Years of Life Lost in People with Dementia». International Psychogeriatrics 24, (2012): 1034–45.
 ➔ doi.org/10.1017/S1041610211002924
- Bundesamt für Gesundheit – BAG.** «Nationale Demenzstrategie 2014–2017». Bern: BAG, 2013.
- Bundesamt für Gesundheit – BAG.** «Förderprogramm Entlastungsangebote für pflegende Angehörige». Bundesamt für Gesundheit, 2017.
- Careau, E., N. Brière, N. Houle, S. Dumont, C. Vincent, und B. Swaine.** «Interprofessional Collaboration: Development of a Tool to Enhance Knowledge Translation». Disability and Rehabilitation 37, (2015): 372–78.
 ➔ doi.org/10.3109/09638288.2014.918193
- Chiao, C.-Y., H.-S. Wu, und C.-Y. Hsiao.** «Caregiver Burden for Informal Caregivers of Patients with Dementia: A Systematic Review». International Nursing Review 62, (2015): 340–50.
 ➔ doi.org/10.1111/inr.12194
- D’Amour, D., L. Goulet, J-F. Labadie, L. Martin-Rodriguez, und R. Pineault.** «A Model and Typology of Collaboration between Professionals in Healthcare Organizations». BMC Health Services Research 8, (2008).
 ➔ doi.org/10.1186/1472-6963-8-188
- Donath, C., K. Luttenberger, E. Graessel, J. Scheel, A. Pendergrass, und E-M. Behrndt.** «Can Brief Telephone Interventions Reduce Caregiver Burden and Depression in Caregivers of People with Cognitive Impairment? – Long-Term Results of the German Day-Care Study (RCT)». BMC Geriatrics 19, (2019).
 ➔ doi.org/10.1186/s12877-019-1207-y
- Donelan, K., Y. Chang, J. Berrett-Abebe, J. Spetz, D. I. Auerbach, L. Norman, und P.I. Buerhaus.** «Care Management for Older Adults: The Roles of Nurses, Social Workers, and Physicians». Health Affairs 38, (2019): 941–49.
 ➔ doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00030
- Dyntar, D., H. Geschwindner, N. Theill, S. Negatsch, A. Meier, R. Gmünder, H. R. Schelling, A. Wettstein, und G. Bieri-Brüning.** «Gute ambulante Versorgung verzögert den Heimeintritt bei Menschen mit Demenz in der Stadt Zürich». Praxis 107, (2018): 505–11.
 ➔ doi.org/10.1024/1661-8157/a002970
- GDK.** «Bestandesaufnahme der Demenzversorgung in den Kantonen 2017». Bern: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2017.
- Gerber, M., E. Kraft, und Ch. Bosshard.** «Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht». Schweizerische Ärztezeitung, 31, (2018): 1524–29.
 ➔ doi.org/10.4414/saez.2018.17276
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.** «Projekte im Rahmen der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014–2019 in Kanton Zürich», 2018.
- Gesundheitsdirektion Zürich.** «Vernehmlassung Konzept AIDA-Care», 2015.
 ➔ gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion
- Imhof, L., und R. Mahrer-Imhof.** «Betreutes Wohnen in der Schweiz. Grundlagen eines Modells». Winterthur: Nursing Science & Care, 2020.
 ➔ ns-c.ch/publikationen/schlussberichte/
- Kales, H. C., L. N. Gitlin, und C. G. Lyketsos.** «Assessment and Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia». BMJ (Clinical Research Ed.) 350 (2015): h369–h369.
 ➔ doi.org/10.1136/bmj.h369
- Knöpfel, C., R. Pardini, und C. Heinzmann.** Gute Betreuung im Alter in der Schweiz: Eine Bestandsaufnahme. Zürich: Seismo Verlag, 2018.

- Koppitz, A., N. Zigan, G. Blanc, U. Grosse, und Th. Volken.** «Evaluation der Praktikabilität des Programms <AIDA-Care>». Schlussbericht. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften – ZHAW, 2018.
- ➔ aida-care.ch/wp-content/uploads/2019/04/18073_EvaluationProjektAIDA-Care_Abschlussbericht.pdf
- Kraft, E., und T. Bachmann.** «Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft». Yverdon-les-Bains: Alzheimer Schweiz, 2014.
- ➔ alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/angehoerigenbefragung.pdf
- Alzheimer Schweiz.** «Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie». EcoPlan, 2013, 38.
- Miller, W.R., und S. Rollnick.** Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2015.
- Ornstein, K., und J. E. Gaugler.** The Problem with «Problem Behaviors»: A Systematic Review of the Association Between Individual Patient Behavioral and Psychological Symptoms and Caregiver Depression and Burden Within the Dementia Patient-Caregiver Dyad. International Psychogeriatrics 24, (2012): 1536–52.
- ➔ doi.org/10.1017/S1041610212000737
- Quayhagen, M. P., M. Quayhagen, R. R. Corbeil, R. C. Hendrix, J. E. Jackson, L. Snyder, und D. Bower.** «Coping With Dementia: Evaluation of Four Nonpharmacologic Interventions». International Psychogeriatrics 12, (2000): 249–65.
- ➔ doi.org/10.1017/S1041610200006360
- Regierungsrat des Kantons Zürich.** Gründung einer koordinierenden Organisation im Bereich Demenz (Projekt «Mäander»), Projektfreigabe, Pub. L. No. RRB-2019-0388 (2019).
- Richard, N., und M. Richard.** Die Integrative Validation nach Richard. 2. Aufl. Kassel: Institut für integrative Validation, 2016.
- Rosdinom, R., M.Z.N. Zarina, M.S. Zanariah, M. Marhani, und W. Suzaily.** «Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia, Cognitive Impairment and Caregiver Burden in Patients with Dementia». 1st Asia Pacific Clinical Epidemiology and Evidence Based Medicine Conference 57 (2013): S67–69.
- ➔ doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.025
- Santi, S., K. Schmidiger, und Ch. Rex.** «Interprofessionelle Zusammenarbeit im Care Management: Sozialarbeit und Pflege rund um den Gesundheitsstandort Privathaushalt». Case Management 1 (2020): 32–38.
- Schacke, C., und S. Zank.** Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung – Demenz (BIZA-D): Manual für die Praxisversion (BIZA-D-PV). 1. Aufl. ZPE-Schriftenreihe/Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen 23. Siegen: ZPE, 2009.
- Song, J.-A., M. Park, J. Park, H. J. Cheon, und M. Lee.** «Patient and Caregiver Interplay in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Family Caregiver’s Experience». Clinical Nursing Research 27, (2018): 12–34.
- ➔ doi.org/10.1177/1054773816678979
- Staedtler, A. V., und D. Nunez.** «Nonpharmacological Therapy for the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer’s Disease: Linking Evidence to Practice». Worldviews on Evidence-Based Nursing 12, (2015): 108–15.
- ➔ doi.org/10.1111/wvn.12086
- Steffenhagen, H.** Marketing: Eine Einführung. 6. Stuttgart: Kohlhammer, 2008.
- Terayama, H., H. Sakurai, N. Namioka, R. Jaime, K. Otakeguchi, R. Fukasawa, T. Sato, u.a.** «Caregivers’ Education Decreases Depression Symptoms and Burden in Caregivers of Patients with Dementia: Caregiver Depression and Burden». Psychogeriatrics 18, (2018): 327–33.
- ➔ doi.org/10.1111/psyg.12337
- Trageser, J., E. Gschwend, T. Von Stokar, A. Hegedüs, und U. Otto.** «Integriertes Altersversorgungsnetzwerk (CareNet+) – Evaluationsbericht». Zürich: Pro Senectute Kanton Zürich, 2018.
- ➔ www.carenetplus.ch/wp-content/uploads/2018/11/Evaluationsbericht_CareNet_online_182711-1.pdf
- Trageser, J., E. Gschwend, T. Von Stokar, A. Hagedüs, und U. Otto.** «Evaluation integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (CareNet+) – Zwischenbericht». Zürich: Pro Senectute Kanton Zürich, 2017.
- Ugolini, B.** «Konzept AIDA-Care: Aufsuchende Abklärung und Beratung sozialisolierter Menschen mit Demenz». Vernehmlassungstext. Zürich: Universität Zürich, 2015.
- ➔ gd.zh.ch
- Ugolini, B.** «AIDA-Care – methodisches Konzept». Zürich: Zentrum für Gerontologie – Universität Zürich, 2015.
- Vögeli, S.** «Case Management und <Zugehende Beratung> bei Demenz». Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG, 2013.
- ➔ bag.admin.ch
- Vögeli, S.** «Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen». Brugg: Alzheimervereinigung Aargau, 2014.
- ➔ alz.ch/ag
- Wright, L. M., und M. Leahey.** «Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen. Deutschsprachige Ausgabe von Barbara Preusse. 2. Bern: Verlag Hans Huber, 2014.
- ➔ www.hogrefe.ch/shop/familienzentrierte-pflege-92789.html