Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

SABDFam
Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

DZNE

Malteser …weil Nähe zählt.

Projektbericht „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien“ (SABD-Fam)

Teilprojekt 1 & Teilprojekt 2

Im Auftrag des Malteser Hilfsdienstes e.V.

Laufzeit: 1. November 2023 bis 30. April 2025

Inhaltsverzeichnis

Einführung in das Projekt SABD-Fam 3
Projektbericht Teilprojekt 1 19
Projektbericht Teilprojekt 2 72
Danksagung 122
Anhang Teilprojekt 1 123
Anhang Teilprojekt 2 150

Einführung in das Projekt SABD-Fam

Teilprojekt 1 & Teilprojekt 2

Im Auftrag des Malteser Hilfsdienstes e.V.

Laufzeit: 1. November 2023 bis 30. April 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 5

2. Vorarbeiten und Bildung des Konsortiums für das Modellprojekt SABD-Fam 6

2.1. Vorarbeiten zur Entwicklung einer erweiterten beruflichen Rolle und zur Qualifizierung von Pflegefachpersonen: das BMBF-Projekt E hoch B – Pflege und Gesundheit 6

2.1.1. An Versorgungsbedarfen orientierte akademische Bildung für Pflegefachpersonen 6

2.1.3. Zwischenfazit 10

2.2. Vorarbeiten zur Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz: Die Projektlinie „Stability of Care Arrangements“ (SoCA) 11

2.3. Bildung des Konsortiums SABD-Fam 13

Literaturverzeichnis 16

1. Einleitung

In Deutschland leben die meisten Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit, wo sie überwiegend von nahestehenden Angehörigen betreut und versorgt werden. Angehörige übernehmen eine anspruchsvolle Aufgabe, indem sie das Versorgungsarrangement fortlaufend an die sich wandelnden Bedürfnisse der Person mit Demenz anpassen, um eine stabile und nachhaltige Versorgungssituation zu gewährleisten (Köhler et al., 2021). Die damit verbundene Sorgeverantwortung geht nicht selten mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen einher (Chiao et al., 2015). Um diesen Belastungen pflegender Angehöriger, idealerweise frühzeitig und präventiv, entgegenzuwirken, sind niedrigschwellige und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für Familien in der häuslichen Pflege unerlässlich.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (Maßnahme 2.8.2: „Stärkung von psychosozialer Beratung“, BMFSFJ 2020) das Modellprojekt „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien” (SABD-Fam) konzipiert. Ziel war es, ein niedrigschwelliges, systemisch ausgerichtetes Unterstützungsangebot zur Entlastung pflegender Angehöriger zu entwickeln und damit dazu beizutragen die Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements zu stärken.

Das Versorgungskonzept SABD-Fam besteht aus drei Komponenten:

1. Der spezialisierten, kontinuierlichen Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien in der Häuslichkeit durch wissenschaftlich weitergebildete Fachberaterinnen Demenz.
2. Von den Fachberaterinnen Demenz moderierte Fallbesprechungen mit Mitarbeitenden in Einrichtungen der ambulanten Pflege und Versorgung mit Fokus auf die Versorgung von Menschen mit Demenz.[1]
3. Interdisziplinären Fallbesprechungen in einem Fachteam Demenz mit Expert:innen aus Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit sowie den Fachberaterinnen Demenz als Expert:innen für Pflege.

Das Modellprojekt SABD-Fam wurde vom Malteser Hilfsdienst e. V. initiiert und finanziert sowie im Rahmen von zwei Teilprojekten im Auftrag der Malteser durchgeführt:

Teilprojekt 1 umfasste die partizipative Entwicklung sowie die modellhafte Erprobung des Unterstützungsangebots und wurde unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. Doris Arnold von der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen (HWG LU) durchgeführt. Die konkrete Umsetzung der Intervention SABD-Fam erfolgte in den Einrichtungen der Malteser in Nord-Ost-Württemberg. Zentrale Bestandteile von SABD-Fam waren die kontinuierliche, spezialisierte Begleitung von Familien durch

[1] Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen waren vor Beginn des Projekts nicht explizit als Komponente der Intervention SABD-Fam benannt worden. Im Rahmen des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurde jedoch bereits zu einem frühen Zeitpunkt deutlich, dass einrichtungsbezogene Fallbesprechungen eine Komponente von essentieller Bedeutung für die sinnvolle Umsetzung von SABD-Fam darstellten. Siehe nähere Ausführungen hierzu in Bericht Teilprojekt 1 Kapitel 6.2.

wissenschaftlich weitergebildete Fachberaterinnen Demenz sowie die Etablierung von einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen.

Teilprojekt 2 beinhaltete die Prozessevaluation der modellhaften Erprobung von SABD-Fam und wurde vom Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e.V., Standort Witten, unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. Bernhard Holle durchgeführt. Ziel der Prozessevaluation war es, die Intervention und ihre Elemente im Rahmen logischen Modells zu beschreiben, Erkenntnisse zur Implementierung, Akzeptanz und Übertragbarkeit der Intervention zu gewinnen, sowie erste Ideen zu möglichen Wirkmechanismen zu generieren.

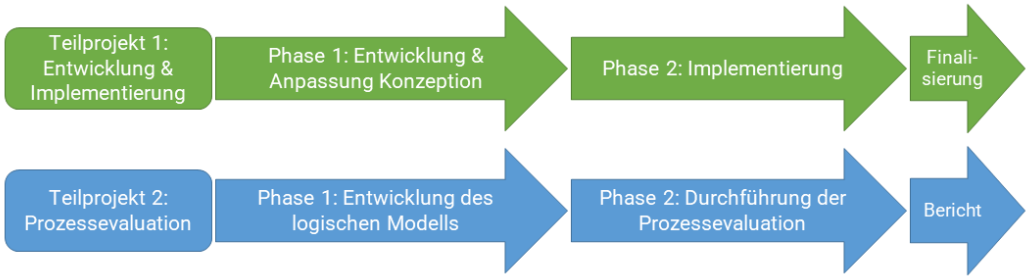


Abb. 1: Ablaufplan des Projektes SABD-Fam

2. Vorarbeiten und Bildung des Konsortiums für das Modellprojekt SABD-Fam

2.1. Vorarbeiten zur Entwicklung einer erweiterten beruflichen Rolle und zur Qualifizierung von Pflegefachpersonen: das BMBF-Projekt E hoch B – Pflege und Gesundheit

2.1.1. An Versorgungsbedarfen orientierte akademische Bildung für Pflegefachpersonen

Das vom Bundministerium für Bildung und Forschung im Rahmen der Förderlinie „Aufstieg durch Bildung – Offen Hochschulen" geförderte Verbundprojekt „E hoch B: Bildung als Exponent individueller und regionaler Entwicklung – evidenzbasierte Bedarfserschließung und vernetzte Kompetenzentwicklung" (2014-2020) fokussierte auf die strukturschwache und besonders vom demografischen Wandel betroffene Modellregion Westpfalz (Rohs et al. 2020). Das an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft (HWG) Ludwigshafen unter Leitung von Dr. Doris Arnold[2] durchgeführte Teilvorhaben „Pflege und Gesundheit" konzentrierte sich auf die pflegerische und gesundheitliche Versorgung in den ländlichen Gebieten

[2] Dr. Doris Arnold leitete das Teilvorhaben bis 10/2018.

der Region. Das Projekt hatte den Auftrag, wissenschaftliche Bildungsangebote für die Zielgruppe berufserfahrener Pflegefachpersonen zu entwickeln, die sowohl einen Beitrag zur Bewältigung der versorgungsbezogenen Herausforderungen als auch zur Schaffung von attraktiven Tätigkeitsfeldern für die Pflegeberufe leisten sollten (Dürrschmidt et al. 2020).

Das im Projekt *E hoch B – Pflege und Gesundheit* entwickelte wissenschaftliche Weiterbildungsangebot „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause" (Gold et al. 2018) diente, in einer leicht als Inhouse-Schulung für die Malteser adaptierten Form, der Qualifizierung der beiden im Projekt SABD-Fam tätigen Fachberaterinnen Demenz für ihre Tätigkeit. Im Rahmen Projekts *E hoch B – Pflege und Gesundheit* wurden darüber hinaus Fokusgruppen, sogenannte „Ideenworkshops", zur Entwicklung einer erweiterten beruflichen Rolle für die Absolvent:innen dieses Zertifikatskurses in der gemeindenahen Versorgungspraxis mit relevanten Akteur:innen durchgeführt (Arnold und Gold 2020). Die Ergebnisse der „Ideenworkshops" bildeten schließlich die Grundlage für den Entwurf der erweiterten beruflichen Rolle der Fachberater:innen Demenz, die im Modellprojekt SABD-Fam weiterentwickelt und in der Versorgungspraxis implementiert wurde.

Zu den umfangreichen Bedarfserhebungen im Projekt *E hoch B – Pflege und Gesundheit* gehörten Befragungen von Hausarztpraxen und von Pflegefachpersonen und Pflegedienstleitungen in den ambulanten Pflegediensten in der Modellregion Westpfalz (Scheipers und Arnold 2017; Helbig et al. 2018). Neben anderen Erkenntnissen wurde in diesen Untersuchungen die aus Sicht der Befragten bestehenden Bedarfe an für die Versorgungspraxis relevantem Wissen sowie das Interesse von Pflegefachpersonen an wissenschaftlichen Weiterbildungs- und Studienangeboten ermittelt. Eng orientiert an den Ergebnissen dieser Bedarfserhebungen wurden im Projekt *E hoch B – Pflege und Gesundheit* insgesamt vier wissenschaftliche Weiterbildungsangebote entwickelt und erprobt, die zum Ziel hatten, einerseits die zu bewältigenden Anforderungen an die gemeindenahe Gesundheitsversorgung zu adressieren und andererseits attraktive erweiterte Tätigkeitsfelder für berufserfahrene Pflegefachpersonen zu schaffen (Dürrschmidt et al. 2020).

Eines der im Projekt *E hoch B – Pflege und Gesundheit* entwickelten und erprobten wissenschaftlichen Bildungsangebote ist der Zertifikatskurs: „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause" (Gold et al. 2018; Dürrschmidt et al. 2019). Dessen Inhalte orientieren sich wesentlich am 2018 veröffentlichten Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz". Wie erwähnt, diente dieser Zertifikatskurs (im Folgenden „Zertifikatskurs Demenz") im Projekt SABD-Fam in einer leicht angepassten Form der Qualifikation der Fachberaterinnen Demenz (siehe Bericht Teilprojekt 1, Kap. 5.2).

2.1.2. Ideenworkshops zu erweiterter ambulanter Pflege von Menschen mit Demenz[3]

Die übergeordnete Zielsetzung im Projekt *E hoch B – Pflege und Gesundheit* war, einen Beitrag zur Beantwortung von gesundheitlichen Versorgungsbedarfen im gemeindenahen Bereich sowie zum Angebot neuer, erweiterter beruflicher Rollen für Pflegefachpersonen zu leisten. Über die wissenschaftlich begleitete Entwicklung und Erprobung des Zertifikatskurses zu Demenz hinaus sollten dessen Absolvent:innen die Gelegenheit bekommen, eine neue, erweiterte berufliche Rolle in der gemeindenahen pflegerischen Praxis zu übernehmen, um ihr erworbenes Wissen in der Versorgung von Menschen mit Demenz zu Hause anwenden zu können.

Aus diesem Grund wurden gegen Ende des Projekts *E hoch B – Pflege und Gesundheit* sogenannte „Ideenworkshops zu erweiterter ambulanter Pflege für Personen mit Demenz" (Arnold und Gold 2020) durchgeführt (im Folgenden „Ideenworkshops"). Das Ziel der Ideenworkshops war es, gemeinsam mit relevanten Akteur:innen zu diskutieren, wie neue, erweiterte berufliche Rollen für wissenschaftlich weitergebildete Pflegefachpersonen in ambulanten Pflegediensten im Kontext der häuslichen Demenzversorgung gestaltet und finanziert werden können.

Teilnehmende an den Ideenworkshops ordneten sich drei unterschiedlichen Gruppen relevanter Akteur:innen zu: Absolventinnen der Erprobung des Zertifikatskurses Demenz; Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen ambulanter Pflegedienste sowie Expert:innen zur Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen. Methodisch orientierte sich das Vorgehen an partizipativer Aktionsforschung (Kemmis und McTaggart 2000) und verstand sich entsprechend als Vorbereitung eines möglichen partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprojekts zur Unterstützung der Implementierung erweiterter Tätigkeitsfelder für Absolvent:innen des Zertifikatskurses Demenz. Daten wurden in Form von Diskussionen in Fokusgruppen (Lamnek 2005, 2008; Wilkinson 2004) zwischen Februar bis Mai 2019 erhoben. Deren Auswertung erfolgte schrittweise und orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2016; Mayring 2019) sowie am zyklischen Charakter partizipativer Aktionsforschung (Kemmis und McTaggart 2000).

Die Ergebnisse zeigten, dass Absolvent:innen des Zertifikatskurses sinnvoll für Tätigkeiten mit dem Ziel einer Stabilisierung komplexer Pflegesituationen von Personen mit Demenz im gemeindenahen Bereich sowie als Multiplikator:innen für Wissen zu Demenz in den Pflegeteams eingesetzt werden können. Die entsprechende berufliche Rolle wurde als „Berater:innen für Demenz in der ambulanten Pflege" (im Folgenden „Berater:innen für Demenz") beschrieben.

[3] Die Darstellung in diesem Abschnitt ist eine gekürzte Version des Beitrags von Arnold und Gold 2020

Den Berater:innen für Demenz wurden zwei wesentliche Funktionen zugeordnet. Sie sollten:

1. Personen mit Demenz und ihre Angehörigen über einen längeren Zeitraum begleiten sowie für diese leicht erreichbar sein;
    - diese in der Häuslichkeit besuchen und dort Assessments durchführen;
    - auf dieser Basis beratend tätig werden, um geeignete Lösungen für bestehende Pflegeprobleme anzubieten
2. ihr erweitertes Wissen zu Demenz zur Schulung der Kolleg:innen im Team des Pflegedienstes nutzen, z.B. durch die Durchführung von Fallbesprechungen mit Bezug zu komplexen Pflegesituationen bei Personen mit Demenz

Als zentral für das erweiterte Tätigkeitsfeld der Berater:innen für Demenz wird die Durchführung von geeigneten Assessments als Teil des Pflegeprozesses gesehen. Diese fokussierten sowohl auf den betroffenen Menschen mit Demenz als auch auf die Förderung der Ressourcen pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. Eine befragte PDL betonte, es reiche nicht aus, dass Berater:innen für Demenz nur einzelne häuslichen Beratungen anbieten, nachdem es bereits zu Krisensituationen bei Menschen mit Demenz gekommen sei. Wünschenswert sei vielmehr, eine Begleitung kontinuierlich anzubieten, um insbesondere in komplexen Pflegesituationen eine tragfähige Beziehung zu den Menschen mit Demenz und deren Familien aufzubauen.

Als weiterer Tätigkeitsschwerpunkt der Berater:innen für Demenz wird allgemein die Umsetzung des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Büscher 2018) genannt. Erweiterte Tätigkeiten, wie die mit dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung verbundene kontinuierliche Beratung und Begleitung von Personen mit Demenz und ihren Familien, eröffneten nach Auffassung einer befragten PDL zudem attraktive Perspektiven für Pflegefachpersonen in der ambulanten Pflege:

In den Ideenworkshops wurden darüber hinaus Überlegungen zur Refinanzierung erweiterter ambulanter Pflege von Menschen mit Demenz angestellt. Teilnehmende Pflegedienstleitungen schlugen in diesem Kontext die Schaffung einer Stabsstelle für Berater:innen für Demenz (ähnlich wie z.B. Qualitätssicherungsbeauftragte) für die Verortung der neuen Rolle im Team des Pflegedienstes vor. Die Expert:innen für Finanzierung konnten sich die Vergütung erweiterter Versorgungsleistungen durch wissenschaftlich weitergebildete Berater:innen für die ambulante Pflege von Personen mit Demenz auf Basis von § 45 SGB XI grundsätzlich vorstellen. Sie konstatierten jedoch zum damaligen Zeitpunkt (im Jahr 2019) zugleich, dass für die Schaffung solcher Strukturen zur Refinanzierung durch die Pflegekassen die Konkretisierung, Erprobung und

Evaluation der von Beraterinnen für Demenz erbrachten erweiterten Versorgungsleistungen im Rahmen eines Modellprojekts zwingend notwendig sei.

2.1.3. Zwischenfazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Ideenworkshops zunächst die berufliche Rolle von wissenschaftlich (durch den Zertifikatskurs Demenz) weitergebildeten „Berater:innen für Demenz in der ambulanten Pflege“ entworfen wurde, die erweiterte Leistungen für die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz in ambulanten Pflegediensten anbieten.

Die Leistungen der Beraterinnen für Demenz umfassen

- eine kontinuierliche Begleitung und Beratung in der Häuslichkeit über einen längeren Zeitraum sowie den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Menschen mit Demenz und den sie versorgenden Familie
- den Einsatz des im Zertifikatskurs Demenz erworbenen erweiterten Wissens im Rahmen dieser Begleitung und Beratung, z.B. bei der fachgerechten Durchführung von Assessments und verstehender Diagnostik und der daran orientierten Beratung der Familien
- den Transfer ihres erweiterten Wissens an das Team des Pflegedienstes, unter anderem in Form von Fallbesprechungen für Menschen mit Demenz.

Die Berater:innen für Demenz könnten eine neue, erweiterte berufliche Rolle einnehmen, die in der Organisation eines ambulanten Pflegedienstes z.B. in Form einer Stabsstelle vorstellbar wäre. Für die Refinanzierung der Leistungen der Berater:innen für Demenz wäre jedoch die Schaffung von zusätzlichen Ressourcen erforderlich.

Die Ideenworkshops waren als Pilotstudie konzipiert, an deren Ende weiterführende Überlegungen zu einem an deren Ergebnisse anknüpfenden Modellprojekt angestellt wurden. Diese Vorstellungen beinhalteten zum einen ein partizipatives Projekt zur Implementierung der erweiterten beruflichen Rolle von Berater:innen für Demenz in der ambulanten Pflege und zum anderen die Evaluation des Nutzens dieses neuen Versorgungskonzeptes.

Das Modellprojekt SABD-Fam knüpft in großen Teilen an die Überlegungen in den Ideenworkshops an. Teilprojekt 1 arbeitete mit partizipativen Methoden an der Weiterentwicklung und Implementierung der erweiterten beruflichen Rolle der wissenschaftlich weitergebildeten Fachberater:innen Demenz, deren Leistungen im Rahmen des Versorgungskonzepts SABD-Fam enthalten sind. Als Absolvent:innen des in nur leicht veränderter Form angebotenen Zertifikatskurses Demenz boten sie im Modellprojekt ähnliche Leistungen an, wie sie in den Ideenworkshops für die erweiterte ambulante Pflege von Menschen mit Demenz beschrieben wurden. Ein Unterschied besteht darin, dass Fachberaterinnen Demenz im Rahmen von SABD-Fam innerhalb der Einrichtungen der Malteser nicht nur in ambulanten Pflegediensten einsetzt wurden, sondern auch in

Demenzdiensten (Angebote nach § 45a SGB XI), die eine etwas andere organisatorische Struktur aufweisen.

Das Versorgungskonzept SABD-Fam stellt eine komplexe Intervention dar. Aufgrund dessen widmete sich das Teilprojekt 2 bewusst nicht sogleich der Evaluation des Nutzens von SABD-Fam. Als notweniger Zwischenschritt konzentrierte sich das Vorgehen vielmehr zunächst auf eine Prozessevaluation, welche die notwendigen Voraussetzungen für eine wissenschaftlich fundierte Wirksamkeitsevaluation von SABD-Fam in einer möglichen weiteren Untersuchung schafft.

2.2. Vorarbeiten zur Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz: Die Projektlinie „Stability of Care Arrangements“ (SoCA)

Im Bericht über die Ideenworkshops war an einer Stelle zunächst eher allgemein davon die Rede, dass das Ziel der erweiterten Leistungen der Berater:innen Demenz eine „Stabilisierung komplexer Pflegesituationen von Personen mit Demenz im gemeindenahen Bereich“ (Arnold und Gold 2020, S. 199–200) sein sollte. Letztendlich bestanden jedoch zunächst eher tentative Vorstellungen zu Endpunkten, an denen die Wirksamkeit der erweiterten Leistungen der Beraterinnen Demenz gemessen werden kann.

Im Jahr 2022 entstand schließlich ein Kontakt zwischen Dr. Doris Arnold und Dr. Kerstin Köhler, die zusammen mit dem Team um Dr. Bernhard Holle am Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten, im Rahmen der Projektlinie „Stability of Care Arrangements“ (SoCA)[4] eine sogenannte Pflegetheorie mittlerer Reichweite zur Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz entwickelt hatte (Köhler et al. 2021). Damit war gewissermaßen das im Rahmen der Vorarbeiten in den Ideenworkshops bisher nur unscharf umrissene Puzzle-Teil gefunden, das eine klare Definition des wesentlichen Zieles formuliert, auf das die von den Berater:innen für Demenz geleistete erweiterte Pflege von Menschen mit Demenz hinarbeitet.

Das Wittener Forschungsteam entwickelte auf der Basis einer Meta-Studie ein Modell zum besseren Verständnis des Phänomens der Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz (Köhler et al. 2021), das sich aus drei wesentlichen Komponenten zusammensetzt:

1. Die Darstellung des Versorgungsarrangements zwischen dem Menschen mit Demenz und den ihn versorgenden Personen im Sinne einer „Verlaufskurve“, wie sie allgemein auch für andere chronische Erkrankungen beschrieben wurde (Corbin und Strauss 1998; Corbin et al. 2009). Daran anknüpfend werden im zeitlichen Verlauf der Demenz und des häuslichen

[4] Ein knapper Überblick über alle Projekte in der Projektlinie SoCA ist hier zu finden: https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/soca

Versorgungsarrangements zyklische Prozesse des Ausbalancierens und der Anpassung an Veränderungen beschrieben, die versorgende Angehörige bewältigen müssen.

2. Die Bewältigung der Prozesse des Ausbalancierens und der Anpassung an Veränderungen im Zeitverlauf werden wiederum von weiteren Faktoren beeinflusst:

    a) von den Bedürfnissen des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen,

    b) vom Rollenverständnis und dem Rollenerleben der versorgenden Person,

    c) von der dyadischen Beziehung zwischen dem Menschen mit Demenz und den versorgenden Angehörigen,

    d) von den vorhandenen Ressourcen in Form der individuellen Möglichkeiten und Grenzen der versorgenden Person einerseits und der Unterstützung von außen andererseits durch informell Helfende (z.B. Familienmitglieder) oder professionelle Unterstützung (z.B. ambulante Pflege, Betreuungsangebote).

3. Die Personen im häuslichen Versorgungsarrangement bewegen sich darüber hinaus in einer sozialen Umgebung, die von der Gesellschaft und dem Gesundheitssystem bestimmt wird. Diese Faktoren haben ebenfalls Einfluss auf die Stabilität des Versorgungsarrangements.

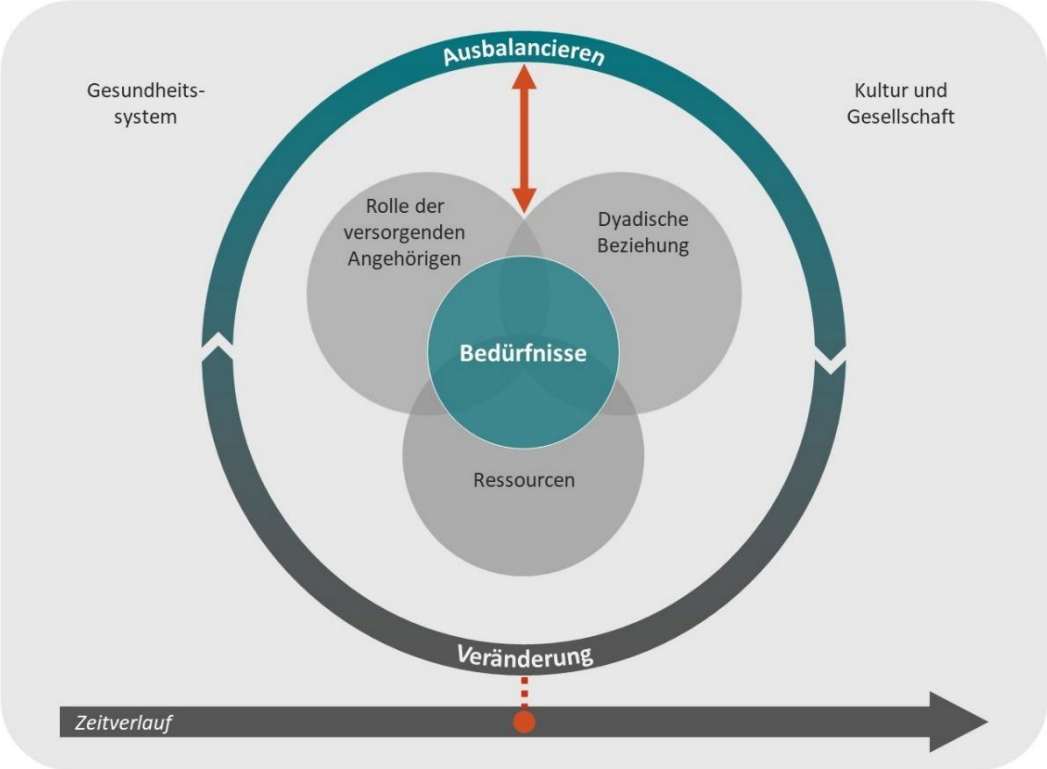


Abb.2: Modell zur Stabilität häuslicher Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz (SoCA-Dem)

Nach Abschluss der Meta-Studie wurde das SoCA-Dem Modell als forschungsleitende Theorie sowie als analytischer Reflexionsrahmen sowohl in qualitativen (Köhler et al., 2022) als auch in quantitativen empirischen Studien (Dreyer et al. 2022) eingesetzt und hatte sich als Rahmen-gebendes theoretisches Modell auch in Prozessevaluationen von Modellprojekten in der gemeindenahen häuslichen Versorgung (etwa im Projekt UplandCare[5]) bereits bewährt.

2.3. Bildung des Konsortiums SABD-Fam

Durch die Vermittlung von Dr. Bernhard Holle kam schließlich im Sommer des Jahres 2022 der Kontakt zu Nina Basteck, Leiterin der Fachstelle Demenz der Malteser auf Bundesebene zustande. Die Malteser hatten sich wiederum im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (NDS) (BMFSFJ & BMG 2020) zu Punkt 2.8.2 Stärkung von psychosozialer Beratung mit folgender Zusage engagiert:

„[D]ie Malteser [werden] ein Modellprojekt zur Entlastung und Stabilisierung von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz durchführen. Es wird ein spezifisches niedrigschwelliges, systemisches Angebot in Kooperation verschiedener Professionen und mit einem multiprofessionellen Team entwickelt und umgesetzt." (BMFSFJ & BMG 2020, S. 76)

[5] Das Projekt UplandCare ist hier beschrieben: https://www.dzne.de/forschung/studien/projekte-der-versorgungsforschung/stiv-h/uplandcare-bedarfsorientierte-vernetzte-versorgung-im-laendlichen-raum

Damit waren alle drei Partner:innen im letztendlich umgesetzten Modellprojekt SABD-Fam zusammengekommen, deren jeweilige Interessen sich sehr gut ergänzten:

- Die HWG Ludwigshafen, vertreten durch Dr. Doris Arnold, hatte ein Interesse an der Durchführung eines Anschlussprojekts zur Weiterentwicklung der in den „Ideenworkshops" (Arnold und Gold 2020) des Projekts *E hoch B – Pflege und Gesundheit* geleisteten Vorarbeiten zu einer „Erweiterten ambulanten Pflege von Menschen mit Demenz".
- Das DZNE Witten, vertreten von Dr. Bernhard Holle, war interessiert an der weiteren Arbeit in Anknüpfung an die Projektlinie „SoCA".
- Die Malteser, vertreten durch Nina Basteck, hatten sich für ein Modellprojekt im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie engagiert, das viele Anknüpfungspunkte aus den Vorarbeiten der anderen beiden Projektpartner:innen bot. Die Projektidee basiert auf langjährigen Erfahrungen der Malteser in der Betreuung von Menschen mit Demenz.

In der zweiten Hälfte des Jahres 2022 fanden mehrere Gespräche zwischen den drei Projektpartner:innen statt. Diese Gespräche führten schließlich zur Bildung des Projektkonsortiums SABD-Fam in der letztendlichen Form und zu einer Einigung auf wesentliche Elemente des gleichnamigen Versorgungskonzepts SABD-Fam, das den Ausgangspunkt des Forschungs- und Entwicklungsprozesses bildete.

Wichtige Ergänzungen zum Versorgungskonzept einer „Erweiterten ambulanten Pflege von Menschen mit Demenz" betrafen aus Sicht der HWG Ludwigshafen vor allem drei Punkte:

1. die Berücksichtigung des von den Maltesern gewünschten „spezifische[n] niedrigschwellige[n], systemische[n] Angebot[s] in Kooperation verschiedener Professionen und mit einem multiprofessionellen Team" (BMFSFJ & BMG 2020, S. 76).
2. die Erweiterung des bisher nur auf die Pflege im ambulanten Bereich bezogenen Konzepts auf den Bereich der Demenzdienste (Angebote nach § 45a SGB XI) der Malteser
3. den Einbezug weiterer Refinanzierungs-Optionen über das SGB XI hinaus aus den Bereichen des SGB V und SGB IX

Anknüpfend an den von den Maltesern in der NDS formulierten Gedanken des „multiprofessionellen Teams" wurde vom DZNE und den Maltesern in den gemeinsamen Gesprächen die Idee formuliert, im Bereich der Demenzversorgung ähnliche Strukturen zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" (SAPV) zu implementieren. Ein wesentlicher Teil des SAPV-Konzepts sind „spezialisierte und multiprofessionelle Palliativ Care Teams" (Appelmann und Hoffmann-Menzel 2022), bestehend aus Ärzt:innen mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin,

einschlägig in Palliative Care weitergebildeten Pflegekräften und weiteren, möglichen Kooperationspartner:innen (u.a. Apotheken und Psycholog:innen).

Für das geplante Modellprojekt im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz wurde – im Sinne der in der NDS formulierten Maßnahme – für SABD-Fam ebenfalls die Durchführung von Fallbesprechungen in einem multidisziplinären Team angedacht. Das multidisziplinäre Team wird in SABD-Fam „Fachteam Demenz“ genannt und führt interdisziplinäre Fallbesprechungen durch. Neben Ärzt:innen und wissenschaftlich einschlägig zu Demenz weitergebildeten Pflegefachpersonen wurden in SABD-Fam – anders als in SAPV – auch Psychotherapeut:innen sowie Sozialarbeiter:innen mit Expertise zu Demenz als essentielle, permanente Mitglieder des Fachteams Demenz für sinnvoll erachtet.

Für die Einbeziehung von Psychotherapeut:innen sprechen einerseits vorhandene evidenzbasierte Erkenntnisse zu den Bedarfen, die in ambulanten Pflegearrangements für Menschen mit Demenz bestehenden (Köhler et al. 2021). Andererseits ist in der für die NDS formulierten Maßnahme explizit von psychosozialer Unterstützung und von einem „systemischen Angebot“ die Rede.

Der vorliegende Gesamtbericht dokumentiert die Ergebnisse des Modellprojekts SABD-Fam und gliedert sich in zwei Teile: Teilprojekt 1 beschreibt die partizipative Entwicklung und Erprobung der SABD-Fam-Intervention. Teilprojekt 2 umfasst die begleitende Prozessevaluation. Beide Teile ergänzen sich und liefern eine gemeinsame Grundlage für die Weiterentwicklung und Implementierung der Intervention.

Literaturverzeichnis

Appelmann, Iris; Hoffmann-Menzel, Helmut (2022): Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). In: *best practice onkologie* 17 (11), S. 580–590. DOI: 10.1007/s11654-022-00441-0.

Arnold, Doris; Gold, Andreas W. (2020): Der Beitrag wissenschaftlicher Bildungsangebote als Antwort auf Versorgungsbedarfe in der ambulanten Pflege. In: Matthias Rohs, Hans-Ulrich Dallmann und Hans-Joachim Schmidt (Hg.): Wissenschaftliche Weiterbildung und Region. Bedarfsorientierte Angebotsentwicklung für neue Zielgruppen. Bielefeld: wbv, S. 193–208.

BMFSFJ & BMG (2020): Nationale Demenzstrategie. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzsstrategie.pdf, zuletzt geprüft am 20.06.2025.

Büscher, Andreas (2018): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Sonderdruck einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie. Hg. v. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Osnabrück.

Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International nursing review*, *62*(3), 340-350.

Corbin, Juliet M.; Hildenbrandt, Bruno; Schaeffer, Doris (2009): Das Trajektkonzept. In: Doris Schaeffer (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, S. 55–74.

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Pierre Woog (Hg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-und-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 1–30.

Dreyer, J., Bergmann, J. M., Köhler, K., Hochgraeber, I., Pinkert, C., Roes, M., Thyrian, J. R., Wiegelmann, H., & Holle, B. (2022). Differences and commonalities of home-based care arrangements for persons living with dementia in Germany – a theory-driven development of types using multiple correspondence analysis and hierarchical cluster analysis. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 723. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03310-1

Dürrschmidt, Dorit; Gold, Andreas W.; Römer, Clara; Berkemer, Esther; Dallmann, Hans-Ulrich (2019): Erprobung und Evaluation des Zertifikatskurses: Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B (36) (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-

B). Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58644, zuletzt geprüft am 20.06.2025.

Dürrschmidt, Dorit; Gold, Andreas W.; Römer, Clara; Dallmann, Hans-Ulrich (2020): Hochschulische Bildungsangebote für die gemeindenahe Gesundheitsversorgung. In: Matthias Rohs, Hans-Ulrich Dallmann und Hans-Joachim Schmidt (Hg.): Wissenschaftliche Weiterbildung und Region. Bedarfsorientierte Angebotsentwicklung für neue Zielgruppen. Bielefeld: wbv, S. 145–157.

Gold, Andreas W.; Helbig, Anna Katharina; Römer, Clara; Arnold, Doris (2018): Der Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz zu Hause“. Evidenzbasierte und bedarfsorientierte Entwicklung des Bildungsangebots. (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B, (29)). Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58584, zuletzt geprüft am 20.06.2025.

Helbig, Anna Katharina; Poppe, Sarah; Gold, Andreas W.; Steuerwald, Tatjana; Arnold, Doris (2018): Hochschulische Bildungsangebote zu erweiterter Pflege im ambulanten Bereich. Ergebnisse quantitativer Studien unter Pflegefachpersonen, Pflegedienstleitungen und Hausärzt_innen aus der Region Westpfalz (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B, (28)). Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58577, zuletzt geprüft am 20.06.2025.

Kemmis, Stephan; McTaggart, Robin (2000): Participatory Action Research. In: Norman K. Denzin und Yvonna S. Lincoln (Hg.): Handbook of qualitative research. 2. Aufl. Thousand Oaks: SAGE Publ, S. 567–605.

Köhler, Kerstin; Dreyer, Jan; Hochgraeber, Iris; Kutzleben, Milena von; Pinkert, Christiane; Roes, Martina; Holle, Bernhard (2021): Towards a middle-range theory of 'Stability of home-based care arrangements for people living with dementia' (SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research. In: *BMJ open* 11 (4), e042515. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042515.

Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., Pinkert, C., von Kutzleben, M., Holle, B., & Roes, M. (2022). Dyadic relationship, carer role, and resources: a theory-driven thematic analysis of interviews with informal carers focusing on the stability of home-based care arrangements for people living with dementia. *BMC Geriatr*, *22*, 908. https://doi.org/10.1186/s12877-022-03618-y

Köhler, K., Dreyer, J., Hochgraeber, I., von Kutzleben, M., Pinkert, C., Roes, M., & Holle, B. (2021). Towards a middle-range theory of ‘Stability of home-based care arrangements for people living with dementia’(SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research. *BMJ open*, *11*(4), e042515.

Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.

Lamnek, Siegfried (2008): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. überarb. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz PVU.

Mayring, Philipp (2019): Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 20 (3). DOI: 10.17169/fqs-20.3.3343.

Rohs, Matthias; Dallmann, Hans-Ulrich; Schmidt, Hans-Joachim (Hg.) (2020): Wissenschaftliche Weiterbildung und Region. Bedarfsorientierte Angebotsentwicklung für neue Zielgruppen. Bielefeld: wbv.

Scheipers, Maike; Arnold, Doris (2017): Rekonstruktion von Bedarfslagen zur Erweiterung gemeindenaher Pflegepraxis anhand von Expert*inneninterviews mit Geschäftsführungen, Pflegedienstleitungen und Pflegefachkräften ambulanter Pflegedienste. Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B (15). Unter Mitarbeit von Dorit Dürrschmidt, Clara Römer, Nicole Witte und Fabian Wüst (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B, (15)). Online verfügbar unter https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-58438, zuletzt geprüft am 20.06.2025.

Wilkinson, Sue (2004): Focus Group Research. In: David Silverman (Hg.): Qualitative research. Theory, method and practice. 2. Aufl. London [u.a.]: Sage, S. 177–199.

Projektbericht Teilprojekt 1

Entwicklung und Umsetzung von spezialisierter ambulanter Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien – SABD-Fam im Rahmen der nationalen Demenzstrategie

Im Auftrag des Malteser Hilfsdienstes e.V.

Laufzeit: 1. November 2023 bis 30. April 2025

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen
Dr. Doris Arnold
Ernst-Boehe-Str. 4
67059 Ludwigshafen am Rhein
doris.arnold@hwg-lu.de

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort zum Modellprojekt „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien“ SABD-Fam 22

1. Einleitung Teilprojekt 1 Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam 24

2. Definition des Versorgungskonzepts SABD-Fam und dessen Komponenten mit Blick auf die Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam 24

2.1. Definition: SABD-Fam 24

2.2. Definition: Fachberaterinnen Demenz 25

2.3. Definition: Spezialisierte Begleitung 26

2.4. Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen 26

2.5. Interdisziplinäre Fallbesprechungen 27

3. Zielsetzung Teilprojekt 1 Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam 28

4. Methoden 28

4.1. Partizipativer Forschungsansatz und partizipativ Forschende 28

4.2. Forschungsethik 29

4.3. Forschungsfeld 30

4.4. Partizipation in Arbeitsgruppen 30

4.5. Methodisches Vorgehen im partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess 31

4.6. Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam 33

4.6.1. Zielsetzung, Teilnehmende und Kriterien für die Fallauswahl 33

4.6.2. Forschungsmethoden 34

5. Beschreibung der Durchführung des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses in Teilprojekt 1 35

5.1. Zugang zum Feld und Vorbereitung des Modellprojekts 35

5.2. Wissenschaftliche Weiterbildung der Fachberaterinnen Demenz 35

5.3. Überblick über den Forschungs- und Entwicklungsprozess 36

5.3.1. Phase I: (Weiter-)Entwicklung und Anpassung der Konzeption 37

5.3.2. Phase II: Umsetzung von SABD-Fam 38

5.4. Kommunikation, Gremien und Öffentlichkeitsarbeit 43

5.4.1. Interne Kommunikation und Gremien innerhalb des Modellprojekts 43

5.4.2. Projektbeirat 44

5.4.3. Öffentlichkeitsarbeit 44

6. Beschreibung der Umsetzung der Komponenten von SABD-Fam 45
6.1. Umsetzung der spezialisierten Begleitung durch Fachberaterinnen Demenz 46
6.1.1. Umsetzung der Rolle der Fachberaterinnen Demenz 47
6.1.2. Umsetzung spezialisierter Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien 49
6.1.3. Diskussion 54
6.2. Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen 57
6.2.1. Umsetzung einrichtungsbezogener Fallbesprechungen 57
6.2.2. Evaluation der Fallbesprechungen in den AGs Pflegedienst und Demenzdienst 59
6.2.3. Diskussion 60
6.3. Interdisziplinäre Fallbesprechungen 60
6.3.1. Definition und Umsetzung interdisziplinärer Fallbesprechungen 61
6.3.2. Diskussion 64
7. Partizipative Forschung: Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam 65
7.1. Überblick: Vier Fälle 65
7.2. Durchführung von Interviews mit Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen 65
8. Diskussion und Ausblick 66
9. Dissemination 68
Literaturverzeichnis 69

Geleitwort zum Modellprojekt „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien“ SABD-Fam

Als unterstützendem, außenstehendem Supervisor und ärztlich-psychotherapeutischem Begleiter des Projektes auch in den interdisziplinären Fallbesprechungen waren mir drei Aspekte besonders augenfällig:

Erstens die wertschätzende, kooperative und im positiven Sinne neugierig-zuhörende (nicht pädagogisierend besserwissende) Haltung der zertifizierten **Fachberaterinnen Demenz**, Frau Dauser und Frau Felber, in dem was sie über ihre Erfahrungen in den begleiteten Familien berichteten.

> Menschen mit Demenz bringen ihre Befindlichkeiten und Bedürfnisse oft „ungefiltert“, lebendig, zum Ausdruck.
> Gerade im Umgang damit kommen die betreuenden Angehörigen wie die institutionellen Profis schnell an ihre Grenzen. Denn über eigene Vorstellungen von „jetzt notwendig“, von richtig und falsch, gerät man schnell in stressbedingtes binäres Denken. Ähnlich wie der betreute Mensch, erlebt man selbst komplexitätsreduzierend die archaischen Antworten von Flucht-, Aggressions- oder Erstarrungsimpulsen auf Störungen, die wie ein Angriff auch das eigene Ich erscheinen; die jeweils beim anderen als herausforderndes Verhalten angesehen werden.
> So konfrontiert, wird man leicht geneigt, dem anderen (u.a. aus eigenem Sicherheitsbedürfnis) vorzuschreiben, was denn nun (oft aus Zeitgründen) zwingend zu tun sei.
> Spannungsreduzierend ist jedoch ein genaues, freundliches Hinschauen wünschenswert, bei parallelem Achten auf die eigenen resonanten Reaktionen.
> So sind oft in verstehender Hypothesenbildung Beweggründe zu erkennen, die mit Bewegungen zur Befriedigung streben – unabhängig, ob zielführend oder scheinbar dysfunktional. Jedes Verhalten, jedes Symptom, ist (aus welchen Gründen oder Vorgeschichten entstanden) sinnvoll – zumindest im eigenen inneren Kontext, der hier oft nicht zu den Vorstellungsbildern oder zum Erleben des Betrachters passt.
>
> Nur wer seine Haltung in eine liebend-annehmende zu ändern vermag, reagiert nicht auf das vordergründig, zum Teil herausfordernde Verhalten, sondern auf das, was diese - oft stressbedingten - Reaktionen antreibt. Stressor kann alles Mögliche sein; vor allem auch Unsichtbares und Unbewusstes oder eben frühere Traumata, die aktuell als Flashbacks virulent werden.
>
> Erst in einer (wieder) beruhigten Situation kann wieder systemisch und konstruktiv gedacht werden; wobei dem Prozess vertrauend neue Lösungswege „wie von selbst“ auftauchen. Ein schönes Beispiel war die Idee, der Patient mit einer weit fortgeschrittenen Demenz könne ja zunächst einmal >zur Probe< in ein Pflegeheim gehen. Diese Formulierung war für Verwandte und Patienten entlastend, obschon die

Notwendigkeit des andauernden Umzuges klar war.
Auch aus salutogenetischer Perspektive braucht es ein Situationsverständnis und sinnvoll erscheinende Handlungsmöglichkeiten, um einen kohärenten Zustand im Gehirn zu erzeugen, der beruhigend wenig Energie verbraucht.

Zweitens, die auch im interdisziplinären kollegialen Austausch der **Fallbesprechungen** wieder in Erscheinung tretende wertschätzend, kooperative, einander ergänzende Haltung der Gruppenteilnehmer/innen.

Kooperation, statt der in solchen Kontexten oft zu findenden konkurrierenden Grundhaltung;
unterstelltes Wohlwollen, statt sich vom anderen oder von anderer Sichtweise, bedroht zu wähnen;
anerkennen, dass die Welt aus unterschiedlichen Perspektiven verschieden aussieht und ein Zusammentragen der Informationen ein vollständigeres Bild ergibt.

Auch wenn solche Treffen zunächst aufwendig erscheinen, so zeitigen sie in der Folge doch eine deutliche Arbeits- und damit auch Kostenersparnis (auch auf Seiten der sekundär involvierten Hausärzte), plus Lebensqualitätsgewinn für die Familien und Mitarbeiterzufriedenheit.

Drittens fiel mir auf: der deutliche Unterschied zwischen partizipativer, praxisnaher, erfahrungsbasierter **Modellbildung**, sozusagen bottom-up, anstatt der ideologiegeprägten pädagogisierenden Haltung, top-down.

Letzteres, obschon sicherlich auch gut gemeint, organisiert durch algorithmisch gleichmachende Rituale und Kontrolle nur vermeintliche Sicherheit.
Das im Subtext spürbare Misstrauen, Ur-Krux vieler unserer Ängste, zerstört jedoch das zutrauende und vertrauende Miteinander.
Vieles davon muss nicht sein, das war hier in der Zusammenarbeit gut erlebbar. Evolutionär war eben das Modell der Vielfalt das erfolgreichere.

So hoffe ich und wünsche allen Beteiligten, dass sich dieser Ansatz bundesweit ausdehnt und sich regional wie personell vielfältig entwickelt.

Dr. med. Alfons Lindemann, Biebertal, 18. April 2025

1. Einleitung Teilprojekt 1 Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam

Im Folgenden wird zunächst über den Forschungs- und Entwicklungsprozess sowie die Ergebnisse des Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* berichtet.

2. Definition des Versorgungskonzepts SABD-Fam und dessen Komponenten mit Blick auf die Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam

Basierend auf den dargestellten Vorarbeiten zum Modellprojekt werden zu Beginn das Versorgungskonzept SABD-Fam und die einzelnen Komponenten definiert, aus denen es sich zusammensetzt. Auftrag des Teilprojekts 1 war die Weiterentwicklung und die Umsetzung von SABD-Fam in der Versorgungspraxis. Änderungen der einzelnen Komponenten und des Versorgungskonzepts als Ganzes im Projektverlauf ergaben sich logisch aus dem Auftrag der Weiterentwicklung von SABD-Fam und seiner Anpassung an die Bedingungen der Versorgungspraxis. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der vielfältigen Anpassungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Projektverlauf vorgenommenen wurden, findet sich eine Dokumentation der verschiedenen Definitionen vor Beginn des Modellprojekts und nach Anpassung der Konzeption am Ende von Phase I „Weiterentwicklung und Anpassung der Konzeption“ im Anhang[1]. Am Ende der Ausführungen über das Teilprojekt 1 in diesem Bericht erfolgt eine Gegenüberstellung der untenstehenden Definitionen des Versorgungskonzepts SABD-Fam und seiner Komponenten mit wichtigen Erkenntnissen aus dem Forschungs- und Entwicklungsprozess und den jeweils erzielten Ergebnissen.

2.1. Definition: SABD-Fam

Vorbemerkung

Die Bezeichnung „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien (SABD-Fam)“ bezeichnet das Versorgungskonzept, das im vorliegenden Teilprojekt 1 weiterentwickelt und implementiert und in Teilprojekt 2 evaluiert wurde. Das Wording weist bewusste Ähnlichkeiten zu SAPV (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) auf, weil mit SABD-Fam mittel- bis langfristig eine ähnlich umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung für den

[1] Es handelt sich dabei um die Darstellungen in der am 07.07.2023 zuerst eingereichten Projektskizze des Teilprojekts 1 „Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam“ und die dem Projektbeirat am 12.06.2024 vorgelegte Konzeption von SABD-Fam. Siehe Anhang: „Änderungen im Projektverlauf Teilprojekt 1“.

Bereich Demenz angestrebt wird, wie diese für den Bereich SAPV erreicht werden konnte.

Der Zusatz „Fam“ wurde als unerlässlich betrachtet, weil nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die Familien, die für ihre Versorgung verantwortlich sind, und die dynamischen Beziehungen innerhalb der Familien gleichermaßen in den Blick genommen werden. Zudem berücksichtigt dies, dass die in der NDS formulierte Maßnahme auf die psychosoziale Unterstützung von Angehörigen zielt.

Definition SABD-Fam

Das Versorgungskonzept SABD-Fam umfasst insgesamt drei Komponenten:

1. *Die spezialisierte, kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien zu Hause durch wissenschaftlich weitergebildete Fachberater:innen Demenz.*
2. *Fallbesprechungen in den Einrichtungen: im Pflegedienst (Touren-Fallbesprechung) und im Demenzdienst (Café-Fallbesprechungen); moderiert und protokolliert durch die Fachberaterin Demenz in der Einrichtung*
3. *Interdisziplinäre Fallbesprechungen im Fachteam Demenz mit einschlägiger Expertise zu Psychotherapie, Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit; moderiert und protokolliert durch die Fachberaterinnen Demenz.*

2.2. Definition: Fachberaterinnen Demenz[2]

Fachberaterinnen Demenz besitzen eine Qualifikation als Pflegefachperson, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder eine vergleichbare Qualifikation in einem Pflegeberuf[3]. Sie verfügen über eine mehrjährige berufliche Erfahrung in der Pflege oder Versorgung von Menschen mit Demenz, idealer Weis im ambulanten Bereich. Die Qualifikation zur Tätigkeit als Fachberaterin Demenz wird durch die Teilnahme am wissenschaftlichen Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung von Menschen mit Demenz (zu Hause).“ oder an einem direkt

[2] Siehe Stellenbeschreibung bzw. „Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz“ im Anhang. Direkt vor Beginn des Modellprojekts wurden zwei Frauen gewonnen, die jeweils die Rolle der Fachberaterin Demenz einnahmen und in Teilprojekt 1 als Co-Forschende agierten. Daher wird im Folgenden auf einer gender-offene Schreibweise verzichtet und die weibliche Form verwendet. Die Funktion von Fachberater:innen Demenz kann selbstverständlich von Menschen ausgeübt werden, die einem anderen als dem weiblichen Geschlecht angehören.

[3] Diese Definition rekurriert auf die Erkenntnisse des vorliegenden Modellprojekts auch in Bezug auf die Qualifikation der in diesem konkreten Kontext tätigen Fachberaterinnen Demenz. Dennoch sind Abweichungen hiervon grundsätzlich vorstellbar, z.B. könnten ggf. auch Sozialarbeiter*innen die Rolle einer Fachberaterin Demenz einnehmen. Dies müsste ggf. in einem eventuellen zukünftigen Projekt geprüft werden. Dabei ist vor allem die im vorliegenden Forschungs- und Entwicklungsprojekt gewonnene Erkenntnis zu beachten, dass sich im Rahmen der spezialisierten Begleitung eine ganzheitliche, qualifizierte Einschätzung des psychosozialen und des körperbezogenen Pflegebedarfs sowie eine Begleitung des daran orientierten Pflegeprozesses als notwendig erwiesen hat. Falls Sozialarbeiter*innen als Fachberaterinnen Demenz tätig werden und die diesbezüglich erforderliche Qualifikation selbst nicht besitzen sollten, wären für diese Problematik ggf. geeignete Lösungen zu entwickeln. Denkbar wäre beispielsweise eine enge interprofessionelle Kooperation mit einer entsprechend qualifizierten Pflegefachperson, die dann entsprechend die Erhebung des Pflegebedarfs und die Verantwortung für den Pflegeprozess übernehmen könnte.

vergleichbaren wissenschaftlichen Bildungsangebot und dessen erfolgreichen Abschluss erworben.

Die Aufgaben der Fachberaterinnen sind die Durchführung der spezialisierten, kontinuierlichen Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien sowie die Organisation und Moderation von einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen.

2.3. Definition: Spezialisierte Begleitung[4]

Die spezialisierte, kontinuierliche Begleitung wird von Fachberaterinnen Demenz angeboten und beinhaltet die Durchführung von Besuchen bei Familien, die einen Menschen mit Demenz zu Hause begleiten und versorgen, in der Häuslichkeit.
Als ein Fall in SABD-Fam wird ein Mensch mit Demenz und seine pflegenden An- und Zugehörigen sowie ggf. weitere für die Versorgung relevante Personen betrachtet. Im Zentrum des Falls steht die Dyade, bestehend aus dem Menschen mit Demenz und der Person, die ihn hauptsächlich versorgt.

Zentrale Inhalte und Merkmale der Besuche und weiterer Tätigkeiten im Rahmen der spezialisierten Begleitung sind:

- *Aufbau einer vertrauensvollen professionellen Beziehung zum Menschen mit Demenz und seiner Familie*
- *Orientierung des Handelns am personzentrierten Ansatz der Pflege von Menschen mit Demenz*
- *Kennenlernen des Menschen mit Demenz sowie seiner An- und Zugehörigen und Erhebung von Assessments für beide Teile der Dyade (inklusive verstehender Diagnostik)*
- *Erstellung einer zusammenfassenden Dokumentation und Analyse der Ergebnisse der Assessments sowie eines Maßnahmenplans sowie Besprechung dieser Ergebnisse gemeinsam mit der Familie*
- *Angebot weiterer Besuche oder Telefonate in regelmäßigen Abständen über einen längeren Zeitraum*
- *Im Falle von Krisen oder relevanten Veränderungen im Pflegearrangement erfolgen eine zeitnahe telefonische Beratung und/ oder Besuche in der Häuslichkeit mit ggf. erneuter Durchführung von Assessments*
- *Bei Bedarf Begleitung der Familie bei der Bewältigung der Überleitung des Menschen mit Demenz in ein stationäres Versorgungssetting oder bei der Bewältigung des initialen Trauerprozesses, sollte der Mensch mit Demenz versterben*
- *Angebot von Familiengesprächen mit An- und Zugehörigen bei Bedarf*

2.4. Definition: Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen[5]

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen werden als Touren-Fallbesprechungen oder Café-Fallbesprechungen bezeichnet. „Touren Fallbesprechungen" sind

[4] Grundlage: Entwurf Stellenbeschreibung bzw. „Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz" sowie der Entwurf einer „Verfahrensanweisung spezialisierte Begleitung" (siehe Anhang).
[5] Siehe „Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam" und Tabelle „Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen" im Anhang.

Fallbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes, an denen Mitarbeitende teilnehmen, die den im Mittelpunkt des Falles stehenden Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer „Pflege-Tour" versorgen. „Café-Fallbesprechungen" werden innerhalb des Demenzdienstes mit Mitarbeitenden des Teams eines Betreuungsangebots „Café Malta" durchgeführt, an dem der im Mittelpunkt des Falles stehende Mensch mit Demenz als Gast teilnimmt.
Die in einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen fokussierte Problematik sollte eine Relevanz für das jeweilige Team der Einrichtung besitzen. Die Fallauswahl trifft jeweils die Fachberaterin Demenz im Einvernehmen mit der zuständigen Führungskraft und interessierten Mitarbeitenden des jeweiligen Teams. Die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen werden von der Fachberaterin Demenz moderiert und protokolliert.

Ziele der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen für das Team in einer Einrichtung sind die Gewinnung von weiterem Wissen über den Fall, verbessertes Fallverstehen sowie eine Schulung des gesamten Teams, das in der Einrichtung den jeweiligen Menschen mit Demenz betreut oder versorgt.

2.5. Definition: Interdisziplinäre Fallbesprechungen[6]

Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam werden in einem multidisziplinären Team (Fachteam Demenz) durchgeführt, wenn für Menschen mit Demenz oder ihre Familien aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz besondere Herausforderungen bestehen.
Das Fachteam Demenz setzt sich aus Fachkräften mit den folgenden Qualifikationen zusammen[7]:

- *zwei Fachberaterinnen Demenz als Pflege-Expertinnen*
- *ein Psychotherapeut mit einschlägiger Expertise[8]*
- *eine Fachärztin für Geriatrie*
- *eine Sozialarbeiterin*

Eine der Fachberaterinnen Demenz übernimmt die Einbringung eines Falls in die interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die jeweils andere Fachberaterin Demenz ist in der moderierenden Funktion tätig und fertigt ein Protokoll an.

Die in interdisziplinären Fallbesprechungen besprochenen Fälle bestehen jeweils aus einem Menschen mit Demenz und den ihn versorgenden Angehörigen im Kontext des familiären und strukturellen Umfeldes der ambulanten Versorgungssituation.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam zielen auf

- *ein verbessertes Fallverstehen und die Gewinnung von weiterem Wissen über die einzelnen Fälle (Menschen mit Demenz und ihren Familien), die im Rahmen der spezialisierten Begleitung aufgenommen und beraten werden;*

---

[6] Siehe „„Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam" und Tabelle „Interdisziplinäre Fallbesprechungen" im Anhang.
[7] Hier wird das Geschlecht der im vorliegenden Projekt tätigen Personen verwendet. Alle Rollen im Fachteam Demenz können auch von entsprechend qualifizierten Fachkräften übernommen werden, die einem anderen Geschlecht angehören.
[8] Qualifikation des:der Psychotherapeut:in: In Teilprojekt 1 wurde ein ärztlicher Psychotherapeut für das Fachteam Demenz mit einer Expertise zu Familientherapie gewonnen, aber ohne ausgewiesen Expertise zu Demenz. Diese Rolle könnte auch von psychologischen Psychotherapeut:innen; Psychiater:innen oder Gerontopsychiater:innen übernommen werden.

- *die Erarbeitung dieses Wissen mittels einer gemeinsamen systematischen Analyse der Probleme im jeweiligen Fall aus den disziplinären Perspektiven der Medizin, der sozialen Arbeit, der Psychotherapie und der Pflege;*
- *die Nutzung dieses Wissens für Lösungsansätze/Maßnahmen im Rahmen der weiteren Begleitung durch die Fachberaterinnen Demenz (ggf. Durchführung von Familiengesprächen);*
- *die Nutzung dieses Wissens für Vorschläge für Maßnahmen (in Form von Arztbriefen) bezüglich Diagnostik und Therapie durch Hausärzt:innen. Die Behandlungshoheit verbleibt bei den Hausärzt:innen, die über weitere Diagnostik und Therapie sowie ggf. Überweisung an weitere Stellen entscheiden.*

3. Zielsetzung Teilprojekt 1 Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam

Im Anschluss an die Beschreibung der Vorarbeiten zum Modellprojekt und die Definition der einzelnen Komponenten des Versorgungskonzepts SABD-Fam wird im Folgenden die Zielsetzung des Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* formuliert[9].

Das Versorgungskonzept SABD-Fam soll weiterentwickelt und probeweise in zwei Einrichtungen der Malteser, einem Demenzdienst und einem ambulanten Pflegedienst, umgesetzt werden.

Unter SABD-Fam wird die spezialisierte, kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch Fachberater:innen Demenz, die Durchführung von Fallbesprechungen in den Einrichtungen sowie die Durchführung von Fallbesprechungen in einem interdisziplinären Fachteam Demenz verstanden.

4. Methoden

4.1. Partizipativer Forschungsansatz und partizipativ Forschende

Teilprojekt 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* wird einem partizipativen Forschungsansatz folgend durchgeführt, der sich an den methodischen Designs partizipativer Gesundheitsforschung (Unger, 2014; Wahl et al., 2021; Wright, 2021), partizipativer Organisations- und Qualitätsentwicklung (Bethmann et al., 2021) sowie partizipativer Aktionsforschung (Kemmis & McTaggart, 2000) orientiert. Zentral für das Vorgehen im Teilprojekt 1 ist Michael Wrights Verständnis partizipativer Gesundheitsforschung (PGF):

[9] Auch die Zielsetzung des Teilprojekts 1 hat sich im Laufe den Veränderungen im partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess (wie dies entsprechend der offenen Natur dieses Prozesses entspricht) verändert und wurde entsprechend leicht modifiziert. Die vorgenommenen Änderungen zur Projektskizze vom 07.07.2023 bzw. 14.08.2023 sind an anderer nachvollziehbar dargestellt. Siehe „Änderungen im Projektverlauf Teilprojekt 1“ im Anhang.

„Für PGF ist die umfassende Partizipation von Menschen am Forschungsprozess, deren Lebensverhältnisse oder Arbeitsweisen im Mittelpunkt der Forschung stehen, das zentrale Ziel und Merkmal, das alle Aspekte der Forschung beeinflussen soll." (Wright 2013, S. 123)

Im Mittelpunkt des Modellprojekts stehen zum einen die Lebensverhältnisse von Menschen mit Demenz und von versorgenden Angehörigen als Adressat:innen von SABD-Fam sowie zum anderen die Arbeitsweisen von Fachberaterinnen Demenz, die als zentrale Akteurinnen der Umsetzung des Versorgungskonzepts betrachtet werden. Dementsprechend sollte sowohl Personen aus der Gruppe der Adressat:innen als auch den Fachberater:innen Demenz eine Partizipation am Forschungs- und Entwicklungsprozess ermöglicht werden.

Wahl und Kolleg:innen (Wahl et al., 2021) unterscheiden drei Gruppen von Beteiligten an partizipativer Gesundheitsforschung: Expert:innen aus Erfahrung, Fachkräfte und Wissenschaftler:innen. Im Teilprojekt 1 SABD-Fam wurden zu Projektbeginn zwei Pflegekräfte, die die Rolle der Fachberater:innen Demenz übernahmen, als partizipativ forschende Fachkräfte gewonnen und aktiv an allen Phasen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses beteiligt. Außerdem war beabsichtigt, im Projektverlauf möglichst zwei versorgende Angehörige und einen Menschen mit Demenz als partizipativ forschende Expert:innen aus Erfahrung zu rekrutieren. Im Projekt wurde von den Fachberaterinnen Demenz anstatt „partizipativ Forschende" der einfachere Ausdruck „Co-Forschende" präferiert und wird deshalb auch in der folgenden Darstellung verwendet.

Von den Personen, die aktiv als partizipativ Forschende oder Co-Forschende am Forschungsprozess mitarbeiten, werden von Wahl und Kolleg:innen (Wahl et al., 2021) weitere Beteiligte unterschieden, welche die Rolle von Teilnehmenden an Forschung einnehmen. Teilnehmende werden in Forschungsaktivitäten einbezogen und nehmen beispielsweise an Datenerhebungen, wie Befragungen mittels Interviews oder Fragebögen teil, wie dies auch in konventionellen Ansätzen der qualitativen oder quantitativen Sozialforschung üblich ist. Partizipativ Forschende haben die Möglichkeit nicht nur teilzunehmen, sondern in Form einer Teilhabe aktiv in allen Phasen des Forschungsprozesses mitzuarbeiten und mitzubestimmen.

Bezogen auf den Forschungs- und Entwicklungsprozess in Teilprojekt 1 SABD-Fam sind folgende Zielgruppen als Teilnehmende beteiligt: (1) Fachkräfte, die in Arbeitsgruppen teilnehmen; (2) versorgende Angehörige und Menschen mit Demenz, die an der spezialisierten Begleitung teilnehmen.

Wissenschaftler:innen nehmen im Rahmen des partizipativen Vorgehens eine weitgehend moderierende Rolle ein und vermittelt den Co-Forschenden das für ihre Aufgaben im Forschungs- und Entwicklungsprozess erforderliche Wissen. Die Funktion der Wissenschaftlerin wird in dem vorliegenden relativ kleinen Vorhaben mit Pilotcharakter in Teilprojekt 1 SABD-Fam zugleich von der Projektleiterin, Doris Arnold, übernommen.

4.2. Forschungsethik

Zur Gewährleistung eines aus ethischer Sicht und bezüglich der Einhaltung des Datenschutzes korrekten Handelns wurde das methodische Vorgehen im

Teilprojekt 1 SABD-Fam einer Begutachtung durch die Ethik-Kommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft am 28.04.2024 unterzogen; am 13.09.2024 wurde ein ethisches Clearing erteilt. Menschen mit Demenz und die sie versorgenden Angehörigen bilden eine zentrale Zielgruppe des vorliegenden Forschungs- und Entwicklungsprojekts. In forschungsethischer Hinsicht zählen diese Personen zu den sogenannten „vulnerablen Gruppen"; das heißt, es besteht ein erhöhtes Risiko, dass diese Personen durch Forschungsaktivitäten beeinträchtigt oder geschädigt werden können (Schnell, 2017; Schnell & Dunger, 2018). Gründe hierfür sind unter anderem, dass Menschen mit Demenz einer gesellschaftlich stigmatisierten Gruppe angehören und unter kognitiven Einschränkungen in unterschiedlicher Ausprägung leiden. Die Personen, die als Angehörige Menschen mit Demenz zu Hause versorgen, sind in der Regel älter, relativ häufig selbst von Gesundheitsproblemen betroffen und zudem oft stark durch die Versorgungsleistungen belastet, die sie erbringen.
Insbesondere die Rekrutierung und Erhebung von Daten von Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen durfte deshalb in Teilprojekt 1 erst nach Vorliegen des ethischen Clearings erfolgen. Auch die Anfertigung von Audio-Aufnahmen von Gesprächen durfte erst nach diesem Zeitpunkt beginnen.

4.3. Forschungsfeld

Als Einrichtungen für die Weiterentwicklung und Umsetzung von SABD-Fam wurden von der Auftraggeberin zwei Einrichten der Malteser im Bezirk Nord- und Ostwürttemberg gewonnen.
Dabei handelt es sich um einen Demenzdienst der Malteser, einem Angebot zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a SGB XI. Diese Einrichtung bietet als „Café Malta" bezeichnete Betreuungsgruppen mit Angeboten zur Aktivierung und Stimulation von Menschen mit Demenz an. Im Demenzdienst sind sowohl hauptamtliche Fachkräfte als auch ehrenamtliche Helfer:innen beschäftigt.

Die zweite Einrichtung ist ein ambulanter Pflegedienst der Malteser, in dem Pflegefachpersonen sowie Pflegehelfer:innen tätig sind.

4.4. Partizipation in Arbeitsgruppen[10]

Um eine möglichst weitgehende aktive Einbeziehung von Fachkräften und Expert:innen aus Erfahrung im Forschungs- und Entwicklungsprozess zu ermöglichen, wurden im Teilprojekt 1 folgende Arbeitsgruppen gebildet:

- In der AG Forschung fand die Zusammenarbeit zwischen Co-Forschenden und der Projektleiterin während des gesamten partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses im Teilprojekt 1 statt. Zu den Co-Forschenden

[10] In Teilprojekt 1 hat ein ergebnisoffener und flexibler partizipativer Forschungs- und Entwicklungsprozess stattgefunden. Daher würde eine Darstellung des Ablaufs in linearer Form, von der Planung über die Durchführung zu den Ergebnissen, wie dies in der klassischen Darstellung von Forschungsprojekten üblich ist, zu erheblichen Redundanzen in diesem Bericht führen. Im Zuge des Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurden Ziele im Projektverlauf – mit entsprechender Information der Beteiligten – adaptiert, sofern dies für den Erfolg des Projekts sinnvoll erschien. Um dennoch eine Übersicht über die zunächst in der Projektskizze dargestellte Projektplanung, die im Verlauf vorgenommenen Änderungen und die Kontrolle der Zielerreichung zu ermöglich, wurde eine Darstellung in tabellarischer Form gewählt. Siehe Anhang: Tabelle „Übersicht Arbeitsgruppen Teilprojekt 1" und Tabelle „Übersicht Komponenten & Ergebnisse SABD-Fam".

zählten während des gesamten Projekts zwei Fachkräfte als Fachberaterinnen Demenz. Im Herbst 2024 wurde eine versorgende Angehörige gewonnen, die an der Erstellung von Interviewleitfäden für die Datenerhebung mit versorgenden Angehörigen im Rahmen von Fallstudien mitarbeitete.

- In den beiden am Projekt beteiligten Einrichtungen wurde entsprechend eine AG Demenzdienst und eine AG Pflegedienst gebildet, deren Aufgabe es jeweils war, die Umsetzung der spezialisierten Begleitung und die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen zu begleiten. Mitglieder waren Mitarbeitende aus allen Hierarchieebenen; die Moderation übernahmen die Projektleiterin oder die Fachberaterinnen Demenz.
- Die Konzeption, Durchführung und Evaluation interdisziplinärer Fallbesprechungen erfolgte im Fachteam Demenz. Es setzte sich zusammen aus Angehörigen der Berufsgruppen der Medizin, der Psychotherapie, der Sozialen Arbeit sowie der Pflege, vertreten durch die beiden Fachberaterinnen Demenz.

4.5. Methodisches Vorgehen im partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess

Der partizipative Forschungs- und Entwicklungsprozess in Teilprojekt 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* orientierte sich an den von Kemmis und McTaggert (Kemmis & McTaggart, 2000) beschriebenen zyklischen Abläufen partizipativer Aktionsforschung. Diese wurden in Form von sogenannten PDCA-Zyklen gestaltet: Planung von Interventionen (Plan), Sammlung von Erfahrungen mit der Umsetzung (Do), Reflexion von Veränderungen in der AG Forschung und gemeinsam mit Akteur:innen, (Check); und an den Ergebnissen der Reflexion orientierte Modifikation (Act). Im Anschluss wurde der Zyklus erneut durchlaufen, bis keine wesentlichen Modifikationen mehr als notwendig erachtet wurden. Diese Prozesse strukturierten die systematische, auf kontinuierlicher Reflexion gründende Weiterentwicklung der Komponenten von SABD-Fam und begleiteten deren Umsetzung.
Zentraler Ort der Durchführung der PDCA-Zyklen war die AG Forschung, die sich über den gesamten Projektverlauf kontinuierlich und regelmäßig traf. In der AG Forschung berichteten die beiden Fachberaterinnen Demenz als Co-Forschende über ihre Erfahrungen mit der Umsetzung der Komponenten von SABD-Fam und reflektierten diese gemeinsam mit der Projektleiterin. In der AG Forschung wurden außerdem organisatorische und methodische Entscheidungen diskutiert sowie neue Bestandteile von Komponenten (z.B. Ablaufbeschreibungen und Formulare zur Dokumentation) gemeinsam entwickelt und im Sinne der PDCA-Zyklen fortlaufend erprobt sowie adaptiert.

Das Vorgehen in den Arbeitsgruppen in den Einrichtungen und im Fachteam Demenz orientierte sich ebenfalls an der Struktur der PDCA-Zyklen. Die Fachberaterinnen Demenz moderierten, teilweise mit Unterstützung der Projektleiterin, Treffen der Arbeitsgruppen in den Einrichtungen (AG Pflegedienst und AG Demenzdienst). Während der Treffen berichteten sowohl die Fachberaterinnen Demenz als auch die Mitarbeitenden der Einrichtungen über ihre

Erfahrungen mit den Komponenten von SABD-Fam aus der Perspektive der Einrichtungen.

In der AG Forschung reflektierten die Fachberaterinnen Demenz gemeinsam mit der Projektleiterin die Durchführung der interdisziplinären Fallbesprechungen im Fachteam Demenz. Die Projektleiterin meldete Erkenntnisse hieraus sowie eventuelle Änderungen an das Fachteam Demenz zurück.

Gespräche und Diskussionen in der AG Forschung, den AGs in den Einrichtungen und im Fachteam Demenz wurden in weitgehend offener, halbstrukturierter Form durchgeführt. Sie orientierten sich in der Regel an zu Beginn gemeinsam festgelegten Themen und wurden in Form von Gesprächsprotokollen dokumentiert. Gruppendiskussionen, die in den AGs in den Einrichtungen und im Fachteam Demenz gegen Ende des Projekts mit dem Ziel der Evaluation stattfanden, wurden anhand eines zuvor in der AG Forschung partizipativ erstellten Leitfadens mit offenen Fragen strukturiert und im Anschluss protokolliert.

Die Datengrundlage für Gesprächsprotokolle war:

- handschriftliche Notizen
- mit Moderationsmethoden erhobene Daten (Fotos von Kartenabfragen/ Pinnwänden oder stichwortartige Protokolle auf Flipchart)
- Audioaufnahmen mit anschließender wörtlicher Transkription[11]

Moderationsmethoden kamen bei Treffen des Fachteams Demenz und bei der Gruppendiskussion mit den AGs Pflegedienst und Demenzdienst zur Evaluation von SABD-Fam und den einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen zum Einsatz.

Nach Vorliegen des ethischen Clearings wurden Audioaufnahmen von Reflexionsgesprächen über Erfahrungen mit der spezialisierten Begleitung in der AG Forschung und von einer Gruppendiskussion im Fachteam Demenz zur Evaluation der interdisziplinären Fallbesprechungen angefertigt.

Protokolle von Diskussionen in Gruppen können folgende Formen annehmen:

- kurzgefasste Ergebnisprotokolle
- Verschriftlichung von Kartenabfragen/ Pinnwänden oder Flipchart-Protokollen
- ausführliche Darstellung des Gesprächsverlaufs

Zur Auswertung der Daten im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurden einfache, thematische Zusammenfassungen oder ggf. Moderationsmethoden (Clustern) verwendet.

In den Gesprächsprotokollen der AG Forschung sind Aussagen der Fachberaterinnen Demenz über ihre Erfahrungen und Reflexionen zur spezialisierten Begleitung oder zu anderen für SABD-Fam relevanten Themen enthalten. Diese Daten werden über ihre direkte Nutzung im Forschungs- und Entwicklungsprozess hinaus als Datenmaterial für weitere Auswertungen zu SABD-Fam verwendet. Dazu gehören in erster Linie die Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam, mögliche weitergehende Analysen der Komponenten von SABD-

[11] Die Transkription orientiert sich am Regelsystem für inhaltlich-semantische Transkription: Dresing und Pehl (2023)

Fam sowie die Rekonstruktion des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses.

4.6. Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam

4.6.1. Zielsetzung, Teilnehmende und Kriterien für die Fallauswahl

Im Sinne einer qualitativen Evaluation wird im Teilprojekt 1 eine gesonderte Untersuchung zur Beschreibung der Umsetzung der Intervention SABD-Fam sowie deren Bedeutung und deren Nutzen im Kontext der ambulanten Pflegearrangements der Menschen mit Demenz und ihrer Familien in Form von Fallstudien (Abma & Stake 2014, Stake 2000) durchgeführt. Dabei werden die einzelnen Pflegearrangements aus den Blickwinkeln der befragten Personengruppen in SABD-Fam betrachtet:

- Blickwinkel der Menschen mit Demenz: Wie schildern Menschen mit Demenz ihre momentane Lebenssituation und ihr Pflegearrangement?
- Blickwinkel der versorgenden Angehörigen: Wie nehmen die versorgenden Angehörigen die Leistungen von SABD-Fam wahr? Welche Auswirkungen von SABD-Fam beobachten sie in Bezug auf die Situation im Pflegearrangement?
- Blickwinkel der Fachberaterinnen Demenz: Wie beschreiben die Fachberaterinnen Demenz die Komponenten im Rahmen von SABD-Fam bezogen auf den Fall? Welchen Nutzen von SABD-Fam nehmen die Fachberaterinnen Demenz bezogen auf den Fall wahr?

Die Zielsetzung der Interviews mit Menschen mit Demenz ist es, diese Personen selbst in der Beschreibung ihres Pflegearrangements und der Intervention SABD-Fam zu Wort kommen zu lassen, soweit dies ihre jeweiligen kognitiven Einschränkungen zulassen und soweit sie dies möchten (Demenz Support Stuttgart, 2006, 2009; Dewing, 2008).

Die Daten aus den Interviews mit Menschen mit Demenz werden trianguliert mit den Aussagen der versorgenden Angehörigen und der Fachberaterin Demenz, um die Schilderungen der Menschen mit Demenz in den jeweiligen Kontext der Falldarstellung einordnen zu können.

In den Fallanalysen in SABD-Fam werden insgesamt vier Fälle untersucht. Ein Fall besteht aus einem Menschen mit Demenz und einem oder zwei versorgenden Angehörigen. Wichtige Kriterien zur Auswahl der Fälle waren:

- Noch vorhandene Fähigkeiten der Menschen mit Demenz zur verbalen Kommunikation
- Ausreichend stabiler Gesundheitszustand und Bereitschaft des Menschen mit Demenz und der versorgenden Angehörigen zur Durchführung des Interviews
- Besprechung des Falles in einrichtungsbezogenen oder interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam

Im Rahmen der Projektlaufzeit konnte die Datenerhebung abgeschlossen werden. Die Auswertung der Daten erfolgt nach Abschluss der Fertigstellung dieses

Abschlussberichts. Die Ergebnisse werden gesondert publiziert und der Auftraggeberin zur Verfügung gestellt.

4.6.2. Forschungsmethoden

Die Datenerhebung mit Menschen mit Demenz erfolgte mittels problemzentrierter Interviews in einfacher Sprache (Helfferich 2011; Witzel 2000; Hampel et al. 2018; Hellström et al. 2007). Auch für die Datenerhebung mit versorgenden Angehörigen wurden problemzentrierte Interviews verwendet (Helfferich, 2011; Witzel, 2000).
Im Rahmen des partizipativen Vorgehens wurden die Interviewleitfäden in der AG Forschung mit den beiden Fachberaterinnen Demenz und der Projektleiterin gemeinsam entwickelt. Für die Entwicklung des Interviewleitfadens für versorgende Angehörige wurde eine Person aus dieser Zielgruppe als co-forschende Expertin aus Erfahrung einbezogen.

Die Interviews mit Menschen mit Demenz wurden von den beiden Fachberaterinnen Demenz durchgeführt. Zuvor erhielten sie von der Projektleiterin eine entsprechende Schulung zu qualitativer Forschung, problemzentrierten Interviews, zu forschungsethischen Aspekten und zur Interviewführung. Die Interviews mit versorgenden Angehörigen führte die Projektleiterin selbst durch.

Begleitend zu den problemzentrierten Interviews wurden teilnehmende Beobachtungen (Spradley 1980; Sanjek 1990; Emerson et al. 2001; Musante 2015) durchgeführt. Diese wurden genutzt, um Daten zur räumlichen Situation, informellen Gesprächen und nonverbalen Interaktionen zwischen der interviewenden Person und den Befragten (Mensch mit Demenz oder versorgende Angehörige), vor, während und nach dem Interview zu erfassen. Die Dokumentation der Beobachtungsnotizen erfolgte in Form eines Postskripts (Witzel 2000).

Neben der Durchführung von problemzentrierten Interviews mit Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen wird für die Fallstudien weiteres, den jeweiligen Fall betreffendes Datenmaterial verwendet. Dazu gehören die Protokolle der Erfahrungsberichte und Reflexionen der Fachberaterinnen Demenz aus der AG Forschung und ggf. Auszüge aus Protokollen der interdisziplinären Fallbesprechungen.

Das Vorgehen bei der Datenerhebung im Rahmen der Fallstudien war ebenfalls Teil des ethischen Clearings. Die Teilnahme der befragten Menschen mit Demenz sowie der versorgenden Angehörigen war freiwillig, eine entsprechende Einverständniserklärung wurde (ggf. von den gesetzlichen Vertreter:innen) vor den Interviews erhoben und während der Interviews mit Menschen mit Demenz wurde das Vorgehen des „Ongoing Consent“ (Hellström et al., 2007; Schnell & Dunger, 2018) kontinuierlich beachtet.

5. Beschreibung der Durchführung des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses in Teilprojekt 1

5.1. Zugang zum Feld und Vorbereitung des Modellprojekts

Im Vorfeld des Modellprojekts fand am 02.08.2023 eine Video-Konferenz mit Leitungskräften der Malteser im Bezirk Nord- und Ostwürttemberg, im Land Baden-Württemberg und auf Bundesebene statt, an dem die Leiterin des vorliegenden Teilprojekts 1, Dr. Doris Arnold, teilnahm und über das geplante Vorgehen informierte. Weitere Gespräche per Telefon oder Video-Call mit den Auftraggeberinnen und den Verantwortlichen vor Ort folgten.
Ab Oktober führte die Projektleiterin darüber hinaus erste Gespräche mit den beiden Pflegekräften im Demenzdienst und im Pflegedienst, die sich für die Übernahme der Rolle der Fachberaterin Demenz interessierten, mit deren direkten Vorgesetzten, der Pflegedienstleitung und der Referentin für das Soziale Ehrenamt der Malteser in Baden-Württemberg sowie mit dem Geschäftsführer der Malteser im Bezirk Nord- und Ostwürttemberg (im Folgenden: Bezirk). Bei einem initialen Treffen der Projektleiterin mit den genannten für das Teilprojekt 1 relevanten Akteur:innen vor Ort am 23.11.2023 in der Geschäftsstelle Ellenberg fanden eine nochmalige Information sowie erste Vorbereitungen für den Einstieg in die Projektarbeit statt. Im Mittelpunkt standen zunächst Planungen der Auftaktveranstaltung (Kick-Off) für das Modellprojekt SABD-Fam am 25.01.2024 sowie für die Erstellung eines Flyers für SABD-Fam für die Öffentlichkeitsarbeit.

5.2. Wissenschaftliche Weiterbildung der Fachberaterinnen Demenz

Am 11.12.2023 startete die erste Blockwoche des Zertifikatskurses „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz (zu Hause)“[12] an dem die beiden Fachberaterinnen Demenz teilnahmen. Der Zertifikatskurs hatte einen Umfang von insgesamt 300 Stunden. Diese teilen sich auf in: 80 Stunden Präsenz-Lehre, 16 Stunden Online-Lehre, 21 Stunden E-Learning (Erarbeitung zweier Studienbriefe), 77 Stunden Selbststudium und 106 Stunden berufsbegleitendem Praxisprojekt (inkl. Erstellung eines Projektberichts). Der Arbeitsumfang entspricht 10 ECTS, die grundsätzlich gegebenenfalls für ein zukünftiges einschlägiges Studium auf thematisch ähnliche Module angerechnet werden können.
Der Zertifikatskurses „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz (zu Hause)“ umfasste die folgenden theoretischen Inhalte:

[12] Zur Entwicklung des Zertifikatskurses und dessen Bedeutung für das vorliegende Modellprojekt siehe oben: *Einführung in das Projekt; Kap. 2.1; Vorarbeiten zur Entwicklung einer erweiterten beruflichen Rolle und zur Qualifizierung von Pflegefachpersonen: das BMBF-Projekt E hoch B – Pflege und Gesundheit.*

1. Vertieftes Wissen zur Demenz (u.a. Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“)
2. Assessment und Verstehende Diagnostik (Assessmentverfahren und Verstehende Diagnostik; Implementierung und Durchführung von Fallbesprechungen)
3. Familiale Pflege von Menschen mit Demenz (Konzepte, Unterstützungs- und Versorgungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen; Anwendungsorientiertes Wissen zu Beratungsmethoden)
4. Vertiefung ausgewählter Thematiken ambulanter Pflegesituationen bei Demenz: Kenntnisse zu pflegerischen/ psychosozialen Problemfeldern (Gewalt; ethische und rechtliche Probleme, wie freiheitsentziehende Maßnahmen); Wissen zu technischen Entwicklungen (z. B. neue Technologien); Vertiefung wichtiger Themen (z.B. Fallbesprechungen in der Praxis)

Die beiden Fachberaterinnen Demenz in SABD-Fam (sowie die anderen Teilnehmenden) erprobten und reflektierten ihr erworbenes theoretisches Wissen in einem Praxisprojekt, das sie ab dem ersten Drittel des Zertifikatskurses während ihrer beruflichen Tätigkeit in der Versorgung von Menschen mit Demenz durchgeführten. Ihre Aufgabe bestand darin, verstehende Diagnostik in einem Fall eines Menschen mit Demenz im Versorgungsalltag anzuwenden und ihre dabei gesammelten Erfahrungen zu reflektieren[13]. Zum Bestehen des Zertifikates berechtigte ein Projektbericht als unbenotete Studienleistung. Der Projektbericht bestand aus dem Bericht sowie der Reflexion über das Praxisprojekt und eine Textbearbeitung zu einem selbstgewählten Thema. Bei der Durchführung des Praxisprojekts und beim Schreiben des Projektberichts wurden die Teilnehmenden kontinuierlich durch Tutorinnen unterstützt.

Die beiden Fachberaterinnen Demenz in SABD-Fam sammelten im Praxisprojekt des Zertifikatskurses wertvolle erste Erfahrungen mit der Durchführung der Tätigkeiten der spezialisierten Begleitung. Diese waren Gegenstand der Reflexionsgespräche in der AG Forschung und fanden auf diesem Wege Eingang in die ersten Adaptionen dieser Komponente von SABD-Fam.

5.3. Überblick über den Forschungs- und Entwicklungsprozess

Der zeitliche Verlauf des im Teilprojekt 1 durchgeführten Forschungs- und Entwicklungsprozesses ist in der folgenden Grafik dargestellt und veranschaulicht den Stand gegen Ende der Umsetzungsphase.

[13] Das Praxisprojekt im Zertifikatskurs diente der Weiterbildung der Fachberaterinnen Demenz und der anderen Teilnehmenden. Die im Rahmen des Praxisprojekts erhobenen Daten finden keinen Eingang in die Datenerhebung für das Teilprojekt 1. Um auch im Weiterbildungskontext ein ethisch korrektes Vorgehen bezüglich der im Rahmen der Fallarbeit einbezogenen Menschen mit Demenz zu gewährleisten, wurden diese Personen oder deren gesetzliche Vertreter:innen entsprechend ausführlich informiert und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten.

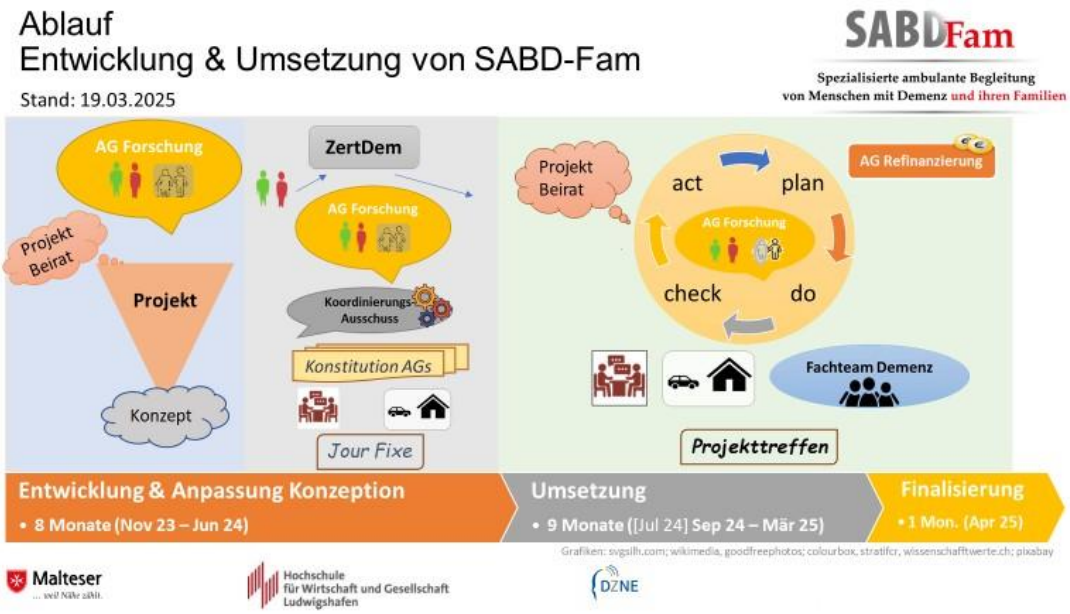


Abb. 3: Ablauf Teilprojekt 1

Der partizipative Forschungs- und Entwicklungsprozess wurde in den beiden Projektphasen Entwicklung und Anpassung der Konzeption (Phase I) sowie Umsetzung von SABD-Fam (Phase II) bis auf wenige Ausnahmen erfolgreich wie geplant umgesetzt. Wesentliche Abweichungen zum geplanten Projektverlauf sind dem erst verzögert vorliegenden ethischen Clearings geschuldet.

Die Arbeit in beiden Projektphasen wurde von einer kontinuierlichen Kommunikation innerhalb des Projekts (Jour Fixe und Koordinierungsausschuss in Phase I sowie Projekttreffen in Phase II) und von Diskussionen im Projektbeirat begleitet.

5.3.1. Phase I: (Weiter-)Entwicklung und Anpassung der Konzeption

Wesentliche Aktivitäten der Phase I waren:

- Die beiden im Projekt tätigen Pflegefachkräfte absolvierten eine wissenschaftliche Weiterbildung in Form des Zertifikatskurses zu Demenz als zentrale Voraussetzung für ihre Qualifikation für die Rolle der Fachberaterinnen Demenz (siehe oben).
- Die AG Forschung wurde aus den beiden Fachberaterinnen Demenz und der Projektleiterin gebildet und nahm im Januar 2024 ihre Arbeit auf. Zu den Aktivitäten der AG Forschung zählten u.a.:
    - Öffentlichkeitsarbeit für das Projekt SABD-Fam, z.B. Erstellung von Flyern und Durchführung der Kick-Off-Veranstaltung zum Auftakt des Modellprojekts am 25.01.2024.
    - Information der Pflegedienstleitungen und der Mitarbeitenden im Demenzdienst und im Pflegedienst über das Projekt (z.B. Teilnahme an Dienstbesprechungen)

  - Gewinnung von Mitarbeitenden für die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen in den Einrichtungen (AG Demenzdienst und AG Pflegedienst)
  - Weiterentwicklung des Versorgungskonzepts SABD-Fam (u.a. Konzeption der interdisziplinären Fallbesprechungen)
  - Vorbereitung der spezialisierten Begleitung für die Durchführung der Umsetzungsphase (z.B. Erstellung des Dokumentationssystems)
- Die AGs Demenzdienst und Pflegedienst nahmen ihre Arbeit auf und führten erste Treffen durch.
- Aktivitäten zur Vernetzung umfassten:
  - Gespräche mit der Abteilung für Altersmedizin im Ostalbklinikum in Aalen, der über Netzwerkkontakte einer Fachberaterin Demenz hergestellt wurde
  - Kontakte zu anderen, für die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz relevanten lokalen Akteur:innen sowie zum Pflegestützpunkt[14]
- Konstitution des Fachteams Demenz:
  - Aus der Abteilung für Altersmedizin eines lokalen Krankenhauses wurden die Chefärztin (Fachärztin für Geriatrie) und eine Sozialarbeiterin für das Fachteam Demenz rekrutiert.
  - Ein Treffen mit weiterführenden Überlegungen zu interdisziplinären Fallbesprechungen fand im März statt; ein weiterer Austausch folgte.
  - Die Akquise eines:einer Psychotherapeut:in wurde intensiv vorangetrieben, war jedoch bis Sommer 2024 zunächst nicht erfolgreich.

5.3.2. Phase II: Umsetzung von SABD-Fam

Im Laufe der Phase II wurden die spezialisierte Begleitung, einrichtungsbezogene Fallbesprechungen und interdisziplinäre Fallbesprechungen im Fachteam Demenz als Komponenten von SABD-Fam im Rahmen eines partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses erprobt, reflektiert und erfolgreich implementiert.
Nach Vorliegen des ethischen Clearings am 13.09.2025 begann in Phase II, mit einer leichten Verzögerung, direkt die Umsetzung der spezialisierten Begleitung mit der Durchführung von Besuchen bei den Familien in der Häuslichkeit. Im Rahmen der spezialisierten Begleitung nahmen beide Fachberaterinnen Demenz umgehend nach dem Erhalt des ethischen Clearings Kontakt mit geeigneten Familien auf und konnten bereits ab 18. September die erste Familie in SABD-Fam aufnehmen; weitere Aufnahmen erfolgten zeitnah. Der partizipative Prozess zur Umsetzung und Weiterentwicklung, auch der weiteren Komponenten von SABD-Fam wurde weitgehend wie angedacht umgesetzt.

Gegen Ende des Projektzeitraums wurden Datenerhebungen zu den Fallstudien zu Erfahrungen der teilnehmenden Menschen mit Demenz und der versorgenden

[14] Teilnahme einer Fachberaterin Demenz an der AG Demenz im Ostalbkreis mit Vorstellung SABD-Fam am 25.4.24. Gespräche mit Frau Waldenmaier (Pflegestützpunkt, Landratsamt Ostalbkreis) und anderen Akteur:innen in der ambulanten Versorgung von älteren Menschen anlässlich der Teilnahme an der regionalen Pflegekonferenz in Ellwangen am 16.06.2024.

Angehörigen mit der Umsetzung von SABD-Fam im Rahmen eines partizipativen Vorgehens vorbereitet und durchgeführt.

AG Forschung begleitet die Umsetzung und Weiterentwicklung der spezialisierten Begleitung

Während der gesamten Phase II traf sich die AG Forschung, weiterhin bestehend aus den beiden Fachberaterinnen Demenz und der Forscherin, engmaschig und widmete sich folgenden Aufgaben:

- Die Zeit vom ursprünglich geplanten Beginn der Phase II Anfang Juli bis zum Start der Umsetzung von SABD-Fam Mitte September 2024 nutzten die Fachberaterinnen Demenz unter anderem für die intensive partizipative Arbeit mit der Projektleiterin an der Entwicklung eines Dokumentationssystems für die spezialisierte Begleitung.
- Außerdem wurde in dieser Zeit die Entwicklung der Konzeption der interdisziplinären Fallbesprechungen vorangetrieben. Neben der Vorbereitung, Durchführung und Evaluation einer probeweisen „Dummy-Fallbesprechung“ am 29.07.2024 wurden Formulare für die Dokumentation und ein Ablaufmodell entwickelt.
- Nach dem Start der spezialisierten Begleitung wurde eine kontinuierliche Reflexion und Weiterentwicklung dieser Komponente von SABD-Fam orientiert an PDCA-Zyklen geleistet. Beide Fachberaterinnen Demenz berichteten zu Beginn der Treffen jeweils ausführlich über ihre Erfahrungen und reflektierten hierüber gemeinsam mit der Projektleiterin (in der Regel mit Audio-Aufnahme).

Anders als geplant, war es im Verlauf des Teilprojekts 1 nicht möglich, eine ethisch verantwortbare Partizipation eines Menschen mit Demenz im Forschungs- und Entwicklungsprozess zu realisieren. Gegen Projektende konnte eine versorgende Angehörige gewonnen werden, die aktiv an der Vorbereitung der Fallstudien mitarbeitete.

Die eingeschränkte Partizipation von Expert:innen aus Erfahrung ist folgenden Umständen geschuldet: Aufgrund des verzögerten ethischen Clearings war es erst ab Mitte September möglich, mit der Ansprache von Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen für die partizipative Mitarbeit als Expert:innen aus Erfahrung zu beginnen. Trotz mehrerer Versuche der Kontaktaufnahme war es aufgrund weiterer ungünstiger Umstände in der Kürze der verbliebenen Zeit nicht mehr möglich, einen Menschen mit Demenz und eine zweite versorgende Person für diese Aufgabe zu gewinnen[15].

[15] Während Phase I wurden in der AG Forschung über Kontakte einer Fachberaterin Demenz Überlegungen zur Rekrutierung einer Frau mit Demenz als partizipativ forschende Expertin aus Erfahrung angestellt, die zu dem Zeitpunkt über ausreichende kognitive Fähigkeiten verfügte und von ihren beiden Töchtern begleitet wurde. Leider verschlechterte sich die körperliche Gesundheit dieser Person über den Sommer hin wesentlich und anhaltend. Eine Tochter, die zuvor Interesse an einer partizipativen Mitarbeit als versorgende Angehörige geäußert hatte, war unter anderem durch die wegen der Gesundheitsprobleme ihrer Mutter gestiegene zeitliche und mentale Belastung nicht mehr in der Lage, darüber hinaus Zeit für das Projekt aufzubringen.

Im Rahmen der Fallstudien wurde Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen dennoch die Möglichkeit gegeben, als Teilnehmende an der Datenerhebung ihre jeweiligen Sichtweisen auf die Komponenten in SABD-Fam einzubringen.

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen[16]

Die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen wurden eng orientiert am Konzept der „Malteser Demenzkompetenz“ vorbereitet.

- Zunächst wurden die verschiedenen Elemente und Dokumente aus dem Konzept der „Malteser Demenzkompetenz“ an die Erfordernisse von SABD-Fam angepasst.
- Die Entwürfe der Konzeption für die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen wurden in den AGs in den Einrichtungen vorgestellt und diskutiert.
- Die erste Café-Fallbesprechung fand am 08.01.2025 statt; die erste Touren-Fallbesprechung folgte zeitnah. Insgesamt wurden zwei Touren-Fallbesprechungen und vier Café-Fallbesprechungen durchgeführt.
- Die durchgeführten Fallbesprechungen wurden sowohl in der AG Forschung als auch in den AGs in den Einrichtungen von einem Reflexionsprozess im Sinne von PDCA-Zyklen begleitet.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen im Fachteam Demenz[17]

Im Einzelnen stellte sich der Forschungs- und Entwicklungsprozess der interdisziplinären Fallbesprechungen im Fachteam Demenz wie folgt dar:

- Die Entwicklung eines Konzepts für die interdisziplinären Fallbesprechungen geschah mit der Fachärztin für Geriatrie und der Sozialarbeiterin in Zusammenarbeit mit der AG Forschung. Als im November 2024 ein Psychotherapeut zur Ergänzung des Fachteams Demenz gewonnen wurde, lag bereits ein initialer Entwurf der Konzeption vor.
- Die Konzeption interdisziplinärer Fallbesprechungen in SABD-Fam orientiert sich teilweise am Vorgehen der interdisziplinären Fallvisiten in der Klinik für Geriatrie, welche die Fachärztin für Geriatrie leitete. Die Fachärztin für Geriatrie stellte freundlicher Weise bereits bei einem ersten Treffen im März 2024 Vorlagen für Formulare zur Verfügung. Diese Vorlagen wurden in einem ersten Schritt in der AG Forschung gemeinsam an die Erfordernisse von SABD-Fam angepasst.
- Unter Verwendung der auf diese Weise entwickelten ersten Entwürfe der Dokumente für SABD-Fam wurde am 29.07.2024 eine erste sogenannte „Dummy-Fallbesprechung“ mit der Ärztin, der Sozialarbeiterin und den beiden

[16] Tabelle „Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen“ im Anhang gibt eine Übersicht über die durchgeführten einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen.
[17] Tabelle „Treffen Fachteam Demenz“ gibt eine Übersicht über die Treffen des Fachteams Demenz und Tabelle „Interdisziplinäre Fallbesprechungen“ gibt eine Übersicht über die durchgeführten interdisziplinären Fallbesprechungen.

Fachberaterinnen Demenz anhand eines fiktiven Falles[18] zum Zwecke der Erprobung durchgeführt.

- Auf Basis der Reflexion der so gesammelten Erfahrungen sowie einer Hospitation der beiden Fachberaterinnen Demenz bei einer Fallbesprechung in der Klinik für Geriatrie wurden die Formulare für die interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam nochmals angepasst und eine Ablaufbeschreibung erstellt.
- Orientiert an dieser Konzeption wurde schließlich am 09.01.2025 die erste interdisziplinäre Fallbesprechung durchgeführt. Weitere interdisziplinäre Fallbesprechungen folgten am 27.02.2025 und am 27.03.2025, wurden danach in der AG Forschung reflektiert und führten zu weiteren Adaptionen.
- Die Erfahrungen mit den interdisziplinären Fallbesprechungen wurden am 27.03.2025 einer Evaluation im Fachteam Demenz unterzogen. Die Ergebnisse flossen in die finale Version der Konzeption interdisziplinärer Fallbesprechungen in SABD-Fam ein[19].

Herausforderungen in Bezug auf die Konstitution des Fachteams Demenz und die interdisziplinären Fallbesprechungen

Die Fachärztin für Geriatrie und die Sozialarbeiterin, die mit ihr zusammenarbeitete, konnten durch die Nutzung des Netzwerks einer der beiden Fachberaterinnen Demenz relativ frühzeitig und unkompliziert für das Fachteam Demenz gewonnen werden. Die Akquise eines:einer geeigneten Psychotherapeut:in als weiterem Mitglied des Fachteams Demenz war jedoch mit größeren Herausforderungen verbunden. Die Projektleitung des Teilprojekts 1 führte seit März 2024 mehrere Gespräche mit lokal tätigen Psychotherapeut:innen, um diese für die Mitarbeit im Fachteam Demenz zu gewinnen. Diese blieben jedoch, genauso wie die intensive Telefon-Akquise Ende Juni 2024 mit Unterstützung von Mitarbeitenden des Bezirks der Malteser und der Fachstelle Demenz erfolglos. Erst im November 2024 konnte die Projektleitung über ihr privates Netzwerk einen ärztlichen Psychotherapeuten für die Mitarbeit bei interdisziplinären Fallbesprechungen und im Fachteams Demenz gewinnen.

Bevor die erste interdisziplinäre Fallbesprechung stattfinden konnte, musste noch eine weitere organisatorische Herausforderung beim Abschluss einer vertraglichen Regelung für die Zusammenarbeit mit der Fachärztin für Geriatrie und der Sozialarbeiterin bewältigt werden. Dabei musste berücksichtigt werden, dass beide Personen Angestellte eines Krankenhauses waren, das als Institution ebenfalls einbezogen werden musste. Bei Projektbeginn wurde hingegen zunächst in formaler Hinsicht von der Zusammenarbeit mit selbstständig tätigen Hausärzt:innen ausgegangen. Auch für dieses Problem wurde schließlich eine Lösung gefunden. Allerdings kosteten die organisationsinternen Abstimmungsprozesse zwischen den Vertragsparteien Hochschule und Krankenhaus zusätzlich Zeit.

[18] Der verwendete „Dummy-Fall" war in gänzlich anonymisierter Form an einen Fall aus dem Praxisprojekt des Zertifikatskurses einer Fachberaterin Demenz angelehnt
[19] Siehe „Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam" im Anhang.

AGs Demenzdienst und Pflegedienst[20]

Die in Phase I gebildeten Arbeitsgruppen AG Demenzdienst und AG Pflegedienst zur Begleitung der Umsetzung aus Perspektive der beteiligten Einrichtungen, trafen sich in Phase II regelmäßig zu einem intensiven Austausch mit der Fachberaterin und zur Reflexion der Komponenten in SABD-Fam.

- Zu Beginn der Phase II berieten die Arbeitsgruppen zunächst über das entwickelten Dokumentationssystem für die spezialisierte Begleitung.
- Nach Start der Besuche bei den Familien standen die Berichte der jeweiligen Fachberaterin Demenz zu ihren Erfahrungen mit der spezialisierten Begleitung und die Auswahl neuer Fälle zur Aufnahme in SABD-Fam im Mittelpunkt der Diskussion in den Arbeitsgruppen.
- Die Erfahrungen mit den Fallbesprechungen und die Auswahl von Fällen für weitere Fallbesprechungen waren ebenfalls Gegenstand der gemeinsamen Reflexion. Außerdem berichtete die Fachberaterin Demenz über die Erfahrungen bei den interdisziplinären Fallbesprechungen und stellten diese zur Diskussion.

Aktivitäten zur Vernetzung[21]

Aktivitäten zur Vernetzung wurden in Phase II auf insgesamt drei Ebenen vorgenommen:

- Erstens wurden Kontakte zu einem lokalen Ärztevertreter[22] sowie zu den Hausärzt:innen der in SABD-Fam aufgenommenen Menschen mit Demenz hergestellt, um diese über das Versorgungskonzept SABD-Fam und die interdisziplinären Fallbesprechungen zu informieren. Darüber hinaus führten die Fachberaterinnen Demenz im Nachgang zu interdisziplinären Fallbesprechungen Besuche bei Hausärzt:innen durch. Die enge Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des Fachteams Demenz, der Fachärztin für Geriatrie, dem Psychotherapeuten und der Sozialarbeiterin, ist ebenfalls unter dem Blickwinkel der Vernetzung mit anderen Berufsgruppen zu betrachten.
- Zweitens leisteten die Fachberater:innen Demenz Beratungsarbeit zu lokalen Angeboten zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sowie anderen Dienstleistungen und vermittelten auf diese Weise Kontakte im Versorgungsnetz für die Familien.
- Drittens haben im Rahmen des Teilprojekts 1 Gespräche mit zwei wichtigen Akteur:innen auf der Ebene des Landes Baden-Württemberg mit Blick auf die Verortung von SABD-Fam in Versorgungsstrukturen stattgefunden.

---

[20] Tabelle „Treffen AG Demenzdienst und AG Pflegedienst“ im Anhang gibt eine Übersicht über die Treffen der Arbeitsgruppen in den Einrichtungen.
[21] Auf die Bildung einer gesonderten „AG Vernetzung“ oder einer „Vernetzungskonferenz“ auf lokaler Ebene wurde im Verlauf der Phase II nach Rücksprache mit der Auftraggeberin verzichtet. Die Erreichung der mit der AG Vernetzung intendierten Ziele wurde im Wesentlichen erreicht: Nämlich die Verortung von SABD-Fam im lokalen Versorgungsnetz, die Anfertigung einer entsprechenden Netzwerkkarte (und die Existenz entsprechender Kontakte). Siehe „Netzwerkkarte SABD-Fam“ im Anhang.
[22] Email-Kontakt am 01.08.2024 und Telefonat mit Herrn Dr. Hock, Sprecher der Ellwanger Ärzte am 27.09.2024.

A. Die Projektleitung des Teilprojekts 1 hat, zusammen mit der Referentin für das soziale Ehrenamt der Malteser Baden-Württemberg und den beiden Fachberaterinnen Demenz, am 11.12.2024 ein Gespräch mit einem Vertreter des Sozialministeriums Baden-Württemberg geführt.
B. Über Vermittlung der Referentin kam am 11.02.2025 ein Online-Treffen mit der Leiterin eines gerontopsychiatrischen Dienstes zustande, dass diese gemeinsam mit der Projektleitung vorbereitet und durchgeführt hat.

Projektübergreifende Aktivitäten: AG Refinanzierung

Die Verantwortlichkeit für die Moderation der AG Refinanzierung lag zu Projektbeginn bei den Maltesern als Auftraggebende. Das Ziel war es, eine Refinanzierung für SABD-Fam auf der Grundlage der bestehenden Leistungen im SGB XI, V und IX zu prüfen bzw. sonstige Fördermöglichkeiten aufzutun. Die Moderation für diese Arbeitsgruppe wurde im Laufe des Modellprojekts vom Leiter des Teilprojekts 2, Dr. Bernhard Holle, übernommen. Das Teilprojekt 1 unterstützte die Arbeit dieser Arbeitsgruppe beispielsweise durch das Angebot von Daten zur Schätzung des Umfangs der Arbeitszeit, den die beiden Fachberaterinnen Demenz für die spezialisierte Begleitung leisten. Auch die oben genannten Vernetzungs-Aktivitäten im Hinblick auf die Verortung von SABD-Fam in Versorgungsstrukturen auf Landesebene dienten der Recherche zu möglichen Optionen für die Refinanzierung im jeweiligen organisatorischen Kontext.

5.4. Kommunikation, Gremien und Öffentlichkeitsarbeit

5.4.1. Interne Kommunikation und Gremien innerhalb des Modellprojekts

Der partizipative Forschungs- und Entwicklungsprozess im Teilprojekt 1 war systematisch in Kommunikationsstrukturen eingebunden. Diese bezogen das Teilprojekt 2 und die Auftraggeberin einerseits sowie andererseits wichtige lokale AkteurInnen der Malteser auf der Ebene des Bezirks und des Landes ein.
Zusammen mit dem Team des Teilprojekts 2 und der Auftraggeberin bildete die Projektleitung des Teilprojekts 1 eine Steuerungsgruppe, in der wichtige Entscheidungen im Projekt diskutiert wurden und die sich während des Modellprojekts bei Bedarf in unregelmäßigen Abständen traf.

Zu Beginn des Modellprojekts wurde einvernehmlich mit allen Teilnehmenden ein Koordinierungsausschuss gegründet. Teilnehmende waren jeweils eine Führungskraft der beiden Einrichtungen, die Auftraggeberin und der Geschäftsführer des Bezirks; die Moderation übernahm die Projektleitung des Teilprojekts 1. Ziele waren die Koordination der Umsetzung von SABD-Fam innerhalb der beiden Einrichtungen und im lokalen Versorgungsnetz auf der Management-Ebene sowie die Koordination und Kommunikation der Arbeit des Modellprojekts innerhalb der Organisation der Malteser auf regionaler Ebene und auf Bundesebene. In der Phase I fanden insgesamt 2 Treffen des Koordinierungsausschusses statt.

Regelmäßige Jour Fixe fanden in der ersten Phase des Projekts Regel einmal im Monat statt und dienten dem kontinuierlichen Austausch von Informationen zu den Forschungs- und Entwicklungsprozessen im Teilprojekt 1. In den Jour Fixen fand eine Kommunikation zwischen den Fachberaterinnen Demenz, der Projektleitung und dem Management in den einzelnen Einrichtungen (Pflegedienst und Demenzdienst) statt. Ein weiterer Jour Fixe mit der Fachstelle Demenz diente dem Austausch der genannten Informationen zwischen Projektleitung und Auftraggeberin.

Gegen Ende der ersten Projektphase wurden auf Wunsch von Vertreter:innen des Managements der Malteser einvernehmlich mit allen weiteren Akteur:innen die Jour Fixe sowie der Koordinierungsausschuss zusammengefasst zu einem einmal monatlich stattfindenden „Projekttreffen". Die Moderation der Projekttreffen übernahm der Leiter des Teilprojekts 2. In diesem Gremium war außer dem Bericht des Teilprojekts 1 auch ein Bericht des Teilprojekts 2, ein Bericht „lokale Organisation" und ein Bericht „Verbandstruktur" vorgesehen. Projekttreffen fanden bis zum Ende der Phase II im monatlichen Turnus statt.

5.4.2. Projektbeirat

Ein weiteres wichtiges, externes Gremium im Teilprojekt 1 war der Projektbeirat. Ziele des Projektbeirates waren die Beratung des Projekts in methodischen und fachlichen Fragen sowie eine Vernetzung mit wichtigen Institutionen und Verbänden.
Der Projektbeirat wurde im Laufe der Phase I gebildet aus folgenden Akteur:innen: Expert:innen aus Wissenschaft und Praxis; Vertreter:innen aus dem zuständigen Landesministerium und der Deutschen Alzheimergesellschaft (als Interessenverband für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen); einem Vertreter des Bundesvorstandes der Malteser; einer Vertreterin der Fachstelle Demenz der Malteser (zugleich Auftraggeberin); Vertreter:innen der Führungsebene der beiden an SABD-Fam beteiligten Einrichtungen; ein:e Vertreter:in des Teilprojekts 2, sowie eine der beiden Fachberaterinnen Demenz. Die Moderation übernahmen die Projektleitung des Teilprojekts 1 oder die Auftraggeberin. Ein Mitglied des Teams des Teilprojekts 2 verfasste die Protokolle zu den Beiratssitzungen.

Eine erste wichtige Aufgabe des Projektbeirats war die eingehende Diskussion der Konzeption von SABD-Fam vor Beginn der Umsetzungsphase in seiner ersten Sitzung am 12.6.2024. Insgesamt fanden drei Sitzungen statt, in denen jeweils wichtige Impulse für die Arbeit im Modellprojekt gegeben und Kontakte zu wichtigen Akteur:innen, z.B. zum Vertreter des Sozialministeriums Baden-Württemberg, hergestellt wurden.

5.4.3. Öffentlichkeitsarbeit

Zu den Aufgaben der AG Forschung und der Projektleitung in Teilprojekt 1 gehörte die Sorge um die Öffentlichkeitsarbeit:

- Zu Beginn des Modellprojekts SABD-Fam wurden Flyer für zwei Zielgruppen erstellt: Ein Flyer bietet kurz gefasste Information für Fachkräfte (in den Einrichtungen und darüber hinaus, z.B. Hausärzt:innen) und weitere relevante Akteur:innen. Ein weiter Flyer in leichter Sprache wurde gezielt für Menschen

mit Demenz mit erhaltener Lesekompetenz und versorgende Angehörige erstellt.
- Für das Modellprojekt SABD-Fam sowie für die beiden Teilprojekte wurde jeweils eine Homepage für das Angebot und den Zugriff auf Informationen gestaltet und entsprechend verlinkt.
- Ein wichtiges Ereignis der Öffentlichkeitsarbeit, das wesentlich von der Projektleitung des Teilprojekts 1 und AG Forschung vorbereitet wurde, war die Auftaktveranstaltung, das Kick-Off für SABD-Fam am 25.1.2024. An der Abschlussveranstaltung beteilige sich das Teilprojekt 1 mit einer gemeinsamen Präsentation der AG Forschung.
- Die AG Forschung gab zur Information der Einrichtungen und der Netzwerkpartner zwei Ausgaben des „Newsletter SABD-Fam“ im Sommer 2024 und im Frühjahr 2025 heraus.

6. Beschreibung der Umsetzung der Komponenten von SABD-Fam

Das übergeordnete Ziel des Versorgungskonzepts SABD-Fam im Rahmen des Modellprojekts lautete:
Die Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements von Menschen mit Demenz und ihren Familien, unter der Bedingung, dass in diesen Arrangements die Bedürfnisse aller Beteiligten respektiert werden, sowie die Förderung der Akzeptanz eventuell notwendiger Übergänge in eine stationäre Versorgung.

Die Prozessevaluation im Teilprojekt 2 entwickelte ein logisches Modell, das das Versorgungskonzept SABD-Fam sowie dessen einzelnen Komponenten in einen systematischen Bezug zur Erreichung dieses Zieles setzt.

Die Erweiterung der Zielsetzung der Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements um die Bedingung, dass die Bedürfnisse aller Beteiligten in diesen Arrangements respektiert werden, resultierte aus einer wesentlichen Erkenntnis des Forschungs- und Entwicklungsprozesses im Rahmen des Verlaufs der spezialisierten Begleitung: Eine Fortsetzung des ambulanten Pflegearrangements erwies sich nämlich nicht in jedem Fall als sinnvoll. In einzelnen Fällen wurde die Begleitung der Familien bei einer reflektierten Entscheidung für eine stationäre Unterbringung des Menschen mit Demenz und während des Übergangs dorthin als sinnvoll und dennoch zugleich als klarer Erfolg für SABD-Fam betrachtet. Es zeigte sich, dass unter bestimmten Bedingungen eine bewusste und geordnete Beendigung des ambulanten Pflegearrangements erforderlich war. Dies war vor allem dann der Fall, wenn ein von gegenseitigem Respekt geprägtes Zusammenleben nicht mehr ermöglicht werden konnte. Insbesondere in diesen Fällen stand das Ziel im Vordergrund, eine möglichst hohe Zufriedenheit, nicht nur für den Menschen mit Demenz, sondern auch für seine versorgenden Angehörigen, zu gewährleisten.

Im Folgenden werden die verschiedenen Bestandteile der Komponenten von SABD-Fam sowie die damit eng verbundene berufliche Rolle der Fachberaterinnen Demenz, wie sie eingangs definiert wurden, in Bezug zu den gesammelten

Erkenntnissen und den Ergebnissen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses des vorliegenden Teilprojekts gestellt. Datengrundlage ist überwiegend eine erste Auswertung der Reflexionsgespräche in der AG Forschung[23] sowie weiterer Dokumente, die im Rahmen des Projekts erstellt wurden[24].

6.1. Umsetzung der spezialisierten Begleitung durch Fachberaterinnen Demenz

Im Laufe des Modellprojekts wurde die neue, erweiterte berufliche Rolle der Fachberaterinnen Demenz erfolgreich in die Praxis der ambulanten Pflege und Versorgung implementiert. Im Zentrum der Aufgaben der Fachberaterinnen Demenz steht die Durchführung der spezialisierten Begleitung der Menschen mit Demenz und ihrer Familien, deren Inhalte im Teilprojekt 1 weiterentwickelt und praktisch erprobt wurden.
Als Ergebnisse des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurden folgende Dokumente gemeinsam erstellt und mit der zuständigen Person im Bezirk der Malteser abgestimmt:

- Eine Stellenbeschreibung bzw. „Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz für die ambulanten Pflegedienste oder für die Demenzdienste“ mit den Aufgaben der Fachberaterinnen Demenz in Bezug auf alle drei Komponenten von SABD-Fam sowie einer Beschreibung der hierfür erforderlichen Qualifikationen[25]
- Die detaillierte Beschreibung des Ablaufs und der Inhalte der spezialisierten Begleitung ist in der „Verfahrensanweisung spezialisierte Begleitung“ dokumentiert[26]
- In der „Verfahrensanweisung spezialisierte Begleitung“ sind darüber hinaus die verwendeten Assessmentinstrumente, Formulare und weitere Dokumente des Dokumentationssystems für SABD-Fam hinterlegt, die Malteser-intern abgerufen werden können
- Zur Veranschaulichung der Positionierung der Fachberater:innen Demenz im Versorgungsnetz wurde eine Netzwerkkarte erstellt[27]

Im Folgenden wird zunächst die erweiterte berufliche Rolle der Fachberaterinnen Demenz mit Fokus auf die für diese Funktion erforderlichen Kompetenzen näher betrachtet, bevor auf die Inhalte ihres Tätigkeitsfeldes, nämlich die spezialisierte Begleitung, eingegangen wird.

[23] Eine strukturierte Analyse der Protokolle der Reflexionsgespräche in der AG Forschung sowie der Fallstudien wird in weiteren Publikationen erfolgen, die der Auftraggeberin vorgelegt werden.
[24] Unter anderem wurde auf die Dokumentation von Diskussionsergebnissen in der AG Forschung in Präsentationen zurückgegriffen, z.B. die Abschlusspräsentation (Arnold et al. (2025)).
[25] Siehe „Entwurf Stellenbeschreibung bzw. Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz“ im Anhang.
[26] Siehe „Entwurf Verfahrensanweisung spezialisierte Begleitung“ im Anhang.
[27] Siehe „Netzwerkkarte SABD-Fam“ im Anhang.

6.1.1. Umsetzung der Rolle der Fachberaterinnen Demenz

Definition Fachberaterinnen Demenz[28] (1)

Fachberaterinnen Demenz besitzen eine Qualifikation als Pflegefachperson, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder eine vergleichbare Qualifikation in einem Pflegeberuf[29]*. Sie verfügen über eine mehrjährige berufliche Erfahrung in der Pflege oder Versorgung von Menschen mit Demenz, idealer Weis im ambulanten Bereich.*

Die Fachberaterin Demenz im Pflegedienst besaß eine Qualifikation als Gesundheits- und Krankenpflegerin und eine 25-jährige Berufserfahrung auf einer Station der inneren Medizin im Allgemeinkrankenhaus, in der viele Menschen mit Demenz behandelt werden, sowie Erfahrungen als versorgende Angehörige einer Person mit Demenz. Sie wurde eigens für das Teilprojekt 1 im beteiligten Pflegedienst der Malteser eingestellt.

Die Fachberaterin Demenz im Demenzdienst besaß eine Qualifikation als Arzthelferin, Altenpflegehelferin und Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie war seit 2018 als Leitung und Koordinatorin für „Café Malta"-Angebote der Demenz-Dienste in der Projektregion tätig und verfügte über eine insgesamt 25-jährige Berufserfahrung in der ambulanten Pflege; davon 10 Jahre als stellvertretende PDL.

Definition Fachberaterinnen Demenz (2)

Die Qualifikation zur Tätigkeit als Fachberaterin Demenz wird durch die Teilnahme am wissenschaftlichen Zertifikatskurs „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung von Menschen mit Demenz (zu Hause)." oder an einem direkt vergleichbaren wissenschaftlichen Bildungsangebot und dessen erfolgreichen Abschluss erworben.

Aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz war beides wichtig: ihre Berufserfahrung und der Zertifikatskurs Demenz. Ihre Berufserfahrung und die dadurch erworbenen psychosozialen, kommunikativen und fachlichen Kompetenzen waren essentiell für die Einnahme und Verkörperung der neuen Rolle der Beraterin und der

---

[28] Die Definition der Fachberaterinnen Demenz wird an dieser Stelle im Sinne einer übersichtlichen Darstellung der im Rahmen der Umsetzung gewonnenen Erkenntnisse in nummerierten Teilabschnitten präsentiert. Eine zusammenhängende Darstellung der Definition findet sich weiter oben im Rahmen der Beschreibung des Versorgungskonzepts SABD-Fam und seiner Komponenten in Kapitel 2.

[29] Siehe oben, Kap. 2.2. Diese Definition rekurriert auf die Erkenntnisse des vorliegenden Modellprojekts auch in Bezug auf die Qualifikation der in diesem konkreten Kontext tätigen Fachberaterinnen Demenz. Dennoch sind Abweichungen hiervon grundsätzlich vorstellbar, z.B. könnten ggf. auch Sozialarbeiter*innen die Rolle einer Fachberaterin Demenz einnehmen. Dies müsste ggf. in einem eventuellen zukünftigen Projekt geprüft werden. Dabei ist vor allem die im vorliegenden Forschungs- und Entwicklungsprojekt gewonnene Erkenntnis zu beachten, dass sich im Rahmen der spezialisierten Begleitung eine ganzheitliche qualifizierte Einschätzung des psychosozialen und des körperbezogenen Pflegebedarfs sowie eine Begleitung des daran orientierten Pflegeprozesses als notwendig erwiesen hat. Falls Sozialarbeiter*innen als Fachberaterinnen Demenz tätig werden und die diesbezüglich erforderliche Qualifikation selbst nicht besitzen sollten, wären für diese Problematik ggf. geeignete Lösungen zu entwickeln. Denkbar wäre beispielsweise eine enge interprofessionelle Kooperation mit einer entsprechend qualifizierten Pflegefachperson, die dann entsprechend die Erhebung des Pflegebedarfs und die Verantwortung für den Pflegeprozess übernehmen könnte.

Fachexpertin. Dies galt sowohl für die Gespräche mit den Familien als auch für die Zusammenarbeit und die Kommunikation mit Fachkräften: mit den Kolleg:innen in den Einrichtungen, mit den Angehörigen anderer Professionen im Fachteam Demenz und mit Hausärzt:innen.

Die Tätigkeit als Fachberaterin Demenz wurde von den Fachberaterinnen Demenz als anspruchsvoll und zugleich sehr befriedigend wahrgenommen. Allerdings zeigte sich im Laufe des Reflexionsprozesses der Umsetzung der spezialisierten Begleitung, dass diese Tätigkeit mit hohen psychosozialen Belastungen verbunden sein konnte. Damit weist die spezialisierte Begleitung einige Aspekte gerontopsychiatrischer Pflege auf. Hieraus begründete sich ein Bedarf für eine regelmäßige Reflexion der Erfahrungen mit der spezialisierten Begleitung. Die Projektleitung organsierte daraufhin das Angebot mehrerer Supervisionssitzungen mit dem einschlägig qualifizierten Psychotherapeuten, der zugleich Mitglied im Fachteam Demenz war. Diese Supervisionen waren für die Fachberaterinnen Demenz neben einer Unterstützung bei der Verarbeitung der psychosozialen Belastungen durch ihre Tätigkeit mit einem spürbaren Lerneffekt in Bezug auf die Beziehungen mit den Familien verbunden. Während der Laufzeit des Projekts bis Ende April 2025 fanden insgesamt drei Supervisionssitzungen von 1,5 Stunden Länge statt. Der Bedarf an regelmäßiger Supervision wurde entsprechend in der Stellenbeschreibung der Fachberaterinnen Demenz aufgenommen[30].

Zugleich betonten die beiden Fachberaterinnen Demenz die große Bedeutung des Zertifikatskurses für ihre Tätigkeit, weil er ihnen vertieftes Wissen und „Handwerkszeug“ für die Durchführung der spezialisierten Begleitungen zur Verfügung stellte. Dazu zählte in erster Linie das Wissen zur verstehenden Diagnostik, zur Arbeit mit dem einschlägigen „Innovativen demenzorientierten Assessmentinstrument (IdA)“ (Buscher et al., 2012) sowie zum Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Büscher, 2018). Sie schätzten die Möglichkeit, erste praktische Erfahrungen mit der Durchführung verstehender Diagnostik im Praxisprojekt während des Zertifikatskurses sammeln zu können. Eng damit verbunden war die vertiefte Auseinandersetzung mit dem personzentrierten Ansatz der Pflege von Menschen mit Demenz, die ebenfalls ein wichtiges Thema in den Reflexionsgesprächen in der AG Forschung war. Darüber hinaus haben beide Fachberaterinnen beeindruckende Erfahrungen mit der Verwendung der „Häuslichen Pflege-Skala (HPS) (Pendergrass et al., 2018) zum Assessment der Belastung von versorgenden Angehörigen gemacht, die sie im Zertifikatskurs kennengelernt hatten.

Es stellte sich heraus, dass noch weiteres Wissen für die Durchführung der spezialisierten Begleitung notwendig war. Von der Referentin für das Soziale Ehrenamt wurde eine Schulung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Einstufung in Pflegegrade angeboten, weil sich zeigte, wie wichtig dieses Wissen für die Beratung der Familien zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Pflege und Betreuung war.

Darüber hinaus wurde deutlich, dass bei der Durchführung des initialen Assessments bei Aufnahmen neuer Menschen mit Demenz in SABD-Fam auch die Erhebung ihres allgemeinen, körperlichen und psychosozialen Pflegebedarfs

[30] Siehe „Entwurf Stellenbeschreibung bzw. Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz im Anhang“.

unter Verwendung der „Strukturierten Informationssammlung (SIS)“ (Beikirch et al., 2017) notwendig war. Beide Fachberaterinnen im Projekt verfügten bereits über entsprechende Kompetenzen in der Anwendung des Pflegeprozesses, sodass eine zusätzliche Schulung nicht erforderlich war.

Definition Fachberaterinnen Demenz (3)

Die Aufgaben der Fachberaterinnen sind die Durchführung der spezialisierten, kontinuierlichen Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien sowie die Organisation und Moderation von einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen.

Für die Organisation und Moderation von einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen waren für die beiden Fachberaterinnen Demenz wiederum die im Zertifikatskurs erworbenen Kompetenzen zu diesem Thema relevant. Zusätzlich nahmen sie an einer Online-Schulung der Fachstelle Demenz zu Fallbesprechungen teil.

Im Zuge des Forschungs- und Entwicklungsprozesses setzten sich die Fachberaterinnen Demenz vertiefend mit der Einnahme der Moderatorinnen-Rolle und der Durchführung von beiden Arten der Fallbesprechungen auseinander. Dies geschah erstens durch die Auseinandersetzung mit diesen Themen während der gemeinsamen Erarbeitung der jeweiligen Konzeptionen für die einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam. In beiden Konzeptionen sind darüber hinaus Checklisten, Ablaufbeschreibungen und Protokollvorlagen enthalten, welche die Organisation und Moderation der Fallbesprechungen in SABD-Fam unterstützen. Zweitens übernahm die Projektleiterin die Moderation der jeweils ersten einrichtungsbezogenen und interdisziplinären Fallbesprechungen im Sinne einer praktischen Demonstration mit Schulungscharakter.

6.1.2. Umsetzung spezialisierter Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

Mit der spezialisierten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien wurden im Forschungs- und Entwicklungsprozess zugleich wesentliche Anteile der Rolle der Fachberaterinnen Demenz weiterentwickelt, umgesetzt und kontinuierlich reflektiert[31].

Definition spezialisierte Begleitung[32] (1)

Die spezialisierte, kontinuierliche Begleitung wird von Fachberaterinnen Demenz angeboten und beinhaltet die Durchführung von Besuchen bei Familien, die einen Menschen mit Demenz zu Hause begleiten und versorgen, in der Häuslichkeit.

[31] Der folgende zusammenfassende Erfahrungsbericht bezieht sich wesentlich auf die Präsentation der Projektleitung und der beiden Fachberaterinnen Demenz für die Abschlussveranstaltung des Modellprojekts SABD-Fam. Siehe Arnold et al. (2025)

[32] Auch die Definition der spezialisierten Begleitung wird an dieser Stelle im Sinne einer übersichtlichen Darstellung der im Rahmen der Umsetzung gewonnenen Erkenntnisse in nummerierten Teilabschnitten präsentiert. Eine zusammenhängende Darstellung der Definition findet sich weiter oben im Rahmen der Beschreibung des Versorgungskonzepts SABD-Fam und seiner Komponenten in Kapitel 2.

Als ein Fall in SABD-Fam wird ein Mensch mit Demenz und seine versorgenden An- und Zugehörigen sowie ggf. weitere für die Versorgung relevante Personen betrachtet. Im Zentrum des Falls steht die Dyade, bestehend aus dem Menschen mit Demenz und der Person, die ihn hauptsächlich versorgt.

In SABD-Fam wurden während der Projektlaufzeit insgesamt 13 Fälle aufgenommen. Die Zusammensetzung dieser Fälle und der in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen wird im Bericht der Prozessevaluation im Teilprojekt 2 näher beschrieben[33]. Als greifbares Ergebnis der spezialisierten Begleitung beschrieben die Fachberaterinnen Demenz, dass auf diese Weise von den versorgenden Angehörigen Angebote für ambulante Pflege, Hilfe und Unterstützung in der Regel schneller in Anspruch genommen wurden (Arnold et al., 2025). Dazu gehörten u.a. Café Malta-Angebote, zusätzliche Leistungen der ambulanten Pflege (zu eventuell bereits vorhanden Leistungen), Tagespflege und die sogenannte 24-Stunden-Pflege.

Die Erfahrungen im Forschungs- und Entwicklungsprozess zeigten, wie wichtig es war, dass im Rahmen von SABD-Fam und der spezialisierten Begleitung beide im Fokus standen: der Mensch mit Demenz und seine versorgenden Angehörigen. Die Fachberaterinnen Demenz nahmen hierin einen deutlichen Unterschied zwischen der Praxis der spezialisierten Begleitung zur Praxis der Pflege und Versorgung in den beiden Einrichtungen wahr; wobei bei letzteren nach ihrem Eindruck in der Regel hauptsächlich der Mensch mit Demenz und dessen Bedürfnisse im Fokus stehe[34]. Die systematische Erweiterung des Tätigkeitsfeldes auf die versorgenden Angehörigen sei jedoch aus ihrer Sicht nicht nur für die Angehörigen von Nutzen, sondern auch für den Menschen mit Demenz selbst. Spezialisierte Begleitung müsse deshalb für alle passen. Eine Fachberaterin Demenz stellt fest: „Nur wenn es den versorgenden Angehörigen gut geht, geht es auch den Menschen mit Demenz gut!“ (Arnold et al., 2025)

Im Rückblick verstanden die Fachberaterinnen Demenz ihre Rolle im Rahmen der spezialisierten Begleitung als die einer verlässlichen Ansprechpartnerin und Begleiterin, die der Familie und insbesondere den versorgenden Angehörigen kontinuierlich über einen längeren Zeitraum zur Verfügung steht. Erste Aussagen aus einem Interview mit versorgenden Angehörigen im Rahmen der Fallstudien bestätigen, dass aus deren Perspektive geschätzt wird, dass die Fachberaterin Demenz die Sorgen und Nöte der Angehörigen anhöre und Sicherheit und Anerkennung gebe (IntpA_Fall#3PD, Pos. 126). Auf die Frage nach den Erfahrungen mit der Fachberaterin Demenz antwortet eine versorgende Angehörige, die zusammen mit ihrem Ehemann dessen an Demenz erkrankte Mutter versorgt:

[33] Siehe Tabelle 1 Fallstudien

[34] Im Rahmen der von der Fachstelle Demenz für die Einrichtungen der Malteser angebotenen Schulungen wird bereits seit längerer Zeit vermittelt, dass auch die Angehörigen gleichermaßen im Fokus der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz stehen sollten. Dennoch stellten die Fachberaterinnen Demenz im Zuge der spezialisierten Begleitung einen relevanten Bedarf an Aufmerksamkeit und Berücksichtigung bezüglich der Bedürfnisse der Angehörigen in den einzelnen Fällen fest und handelten entsprechend.

„[D]ass ich größere Sicherheit habe, in dem was wir machen und wie wir es machen. Sie hat uns da Sicherheit gegeben und ja, Beruhigung, so dass wir alles richtig machen." (IntpA_Fall#3PD, Pos. 8)

Eine Pflegedienstleitung des ambulanten Pflegedienstes meldete zurück, dass sie es schätze, dass die Fachberaterin Demenz viel mehr Zeit als andere Mitarbeitende habe, um auf die Biografie und psychosoziale Aspekte von Menschen mit Demenz als Kund:innen des Pflegedienstes einzugehen. Aus ihrer Sicht sei die Fachberaterin Demenz eine wichtige Ansprechpartnerin sowohl für versorgende Angehörige als auch für die Mitarbeitenden im Pflegedienst, die sich mit Fragen an sie wenden könnten[35].

Definition spezialisierte Begleitung (2)

Zentrale Inhalte und Merkmale der Besuche und weiterer Tätigkeiten im Rahmen der spezialisierten Begleitung sind:

- *Aufbau einer vertrauensvollen professionellen Beziehung zum Menschen mit Demenz und seiner Familie*
- *Orientierung des Handelns am personzentrierten Ansatz der Pflege von Menschen mit Demenz*
- *Kennenlernen des Menschen mit Demenz sowie seiner An- und Zugehörigen und Erhebung von Assessments für beide Teile der Dyade (inklusive verstehender Diagnostik)*
- *Erstellung einer zusammenfassenden Dokumentation und Analyse der Ergebnisse der Assessments sowie eines Maßnahmenplans sowie Besprechung dieser Ergebnisse gemeinsam mit der Familie*
- *Angebot weiterer Besuche oder Telefonate in regelmäßigen Abständen über einen längeren Zeitraum*
- *Im Falle von Krisen oder relevanten Veränderungen im Pflegearrangement erfolgen eine zeitnahe telefonische Beratung und/ oder Besuche in der Häuslichkeit mit ggf. erneuter Durchführung von Assessments*
- *Bei Bedarf Begleitung der Familie bei der Bewältigung der Überleitung des Menschen mit Demenz in ein stationäres Versorgungssetting oder bei der Bewältigung des initialen Trauerprozesses, sollte der Mensch mit Demenz versterben*[36]
- *Angebot von Familiengesprächen mit Angehörigen bei Bedarf*

Der Ablauf der Besuche in der Häuslichkeit im Rahmen der spezialisierten Begleitung wird in Form eines Ablaufdiagramms beschrieben, das im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses gemeinsam mit den Fachberaterinnen

[35] Protokoll Evaluation AGs Pflegedienst & Demenzdienst, 27.03.2025.
[36] Dieser Punkt wurde gegen Ende des Projektzeitraums diskutiert, in die Verfahrensanweisung der spezialisierten Begleitung aufgenommen und müsste entsprechend in der Stellenbeschreibung ergänzt werden. Überleitungen von Menschen mit Demenz in ein stationäres Setting kamen in zwei Fällen vor und wurden in anderen Fällen vorbereitet. Siehe dazu Tabelle 1 Fallstudien. Bis Ende des Modellprojekts ist keiner der im Rahmen von SABD-Fam begleiteten Menschen mit Demenz verstorben, daher liegen zu dieser Annahme nur Überlegungen aus Diskussionen in der AG Forschung, aber keine Erfahrungen im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses vor.

Demenz partizipativ erarbeitetet wurde (siehe Abb. 4: Ablauf spezialisierte Begleitung).

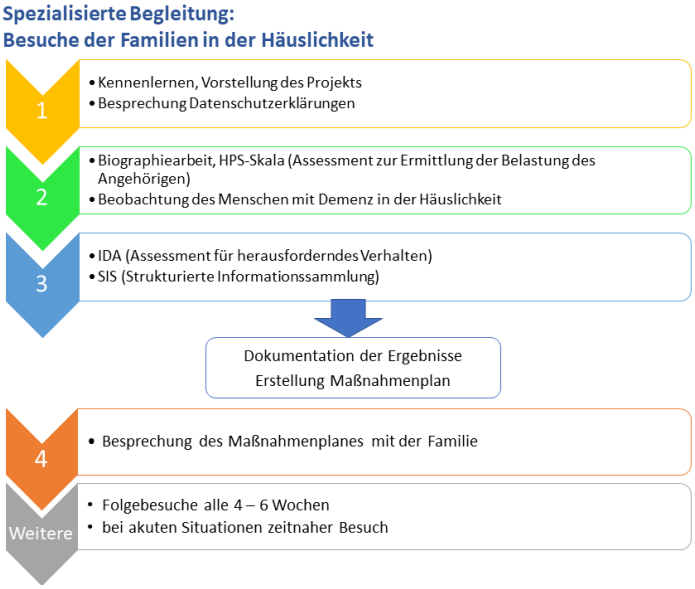


Abb. 4: Ablauf spezialisierte Begleitung

Bereits während der Erhebung der verstehenden Diagnostik mittels IdA (Buscher et al., 2012) im Rahmen des Praxisprojekts für den Zertifikatskurs Demenz machten beide Fachberaterinnen die Erfahrung, dass hierfür relativ viel Zeit erforderlich ist, die auf mehrere Termine verteilt werden sollte. Im Laufe der Reflexion der ersten Aufnahmen von Fällen im Rahmen der spezialisierten Begleitung zeichnete sich ab, dass für die organisatorischen Aufgaben (Einverständniserklärungen und Datenschutzerklärungen[37]), die Erhebung der verschiedenen Assessments und den Gesprächen zum ersten Kennenlernen der Familie in der Regel drei oder mehr Besuche erforderlich sind.

Die handlungsleitenden Prinzipien in der spezialisierten Begleitung sind aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz der Respekt vor der Würde des Menschen mit Demenz und die Haltung der Personzentrierung (Arnold et al., 2025). Diese Haltung liegt dem Vorgehen der verstehenden Diagnostik und der Erkenntnis zugrunde, dass jegliches Verhalten, auch zunächst unverständliche Handlungen des Menschen mit Demenz, eine Ursache hat (Büscher, 2018). Dieser Annahme folgend werden Verstehenshypothesen für das Verhalten des Menschen mit Demenz gebildet, wofür aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz insbesondere deren Biografie wichtig sei.

Im Rahmen der vorbereitenden Arbeiten während Phase I wurde im Laufe der Reflexionsprozesse erstens deutlich, dass neben der verstehenden Diagnostik in Bezug auf den Menschen mit Demenz mit dem Instrument IdA (Buscher et al., 2012) auch die Situation der versorgenden Angehörigen mit der HPS-Skala

[37] Im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprojekts war die Erhebung des informierten Einverständnisses wahrscheinlich etwas umfassender, als dies z.B. bei der Aufnahme von Kund:innen in den Pflegedienst der Fall ist. Falls SABD-Fam in Zukunft als Versorgungsleistung erbracht werden sollte, müssten jedoch ebenfalls entsprechende Dokumente zum Datenschutz etc. zu Beginn der spezialisierten Begleitung ausgefüllt und unterschrieben werden.

(Pendergrass et al., 2018) systematisch in den Blick genommen werden muss[38]. Zweitens wurde erkannt, dass der psychosoziale und körperbezogene Pflegebedarf des Menschen mit Demenz erhoben werden muss, um ein ganzheitliches Bild der Versorgungssituation zu zeichnen. Im Pflegedienst wurde routinemäßig bei allen Kund:innen der Pflegebedarf mit Verwendung des Instruments SIS (Beikirch et al., 2017) erhoben und lag deshalb auch allen Fällen in dieser Einrichtung vor, die in SABD-Fam aufgenommen wurden. Anders war dies bei Menschen mit Demenz im Demenzdienst, die nicht bereits Leistungen von einem Pflegedienst erhielten. Deshalb wurde in diesen Fällen bei der Aufnahme in SABD-Fam eine gesonderte Erhebung der SIS vorgenommen. Bei der Aufnahme von Fällen im Pflegedienst wurde die vorhandene SIS ggf. entsprechend ergänzt.

Parallel dokumentierten die Fachberaterinnen Demenz die gesammelten Daten aus den Assessments, werteten diese im Anschluss aus und entwarfen Vorschläge für sinnvolle, unterstützende Maßnahmen, die sich auf die erhobenen Problemstellungen und Bedarfe bezogen. Die Fachberaterinnen Demenz besprachen diese Vorschläge bei einem nächsten Besuch gemeinsam mit der Familie. Bei diesen Gesprächen legten sie besonderen Wert darauf, dass Entscheidungen gemeinsam getroffen und damit auch von allen Beteiligten geteilt wurden (Arnold et al., 2025). Beide Fachberaterinnen haben sehr häufig die Erfahrung gemacht, dass versorgende Angehörige zunächst ablehnend auf vorgeschlagene Maßnahmen zur Unterstützung reagierten, jedoch in vielen Fällen im Laufe der kontinuierlichen Begleitung sukzessive mehr Unterstützung annehmen konnten. Diese Problemstellung brachten sie in drei Fällen in die interdisziplinären Fallbesprechungen ein und profitierten jeweils sehr von den dort gewonnen Erkenntnissen.

Eine wesentliche Erkenntnis aus den Reflexionsprozessen in der AG Forschung ist, dass die Vertrauensbeziehung zwischen Fachberaterin Demenz und den versorgenden Angehörigen den Kern von SABD-Fam bzw. genauer, der spezialisierten Begleitung, darstellt. Die wesentlichen Voraussetzungen hierfür waren aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz: die Kontinuität der Begleitung der Familien, die Fachlichkeit und das im Zertifikatskurs Demenz vertiefte Fachwissen, sowie die Verlässlichkeit und Verbindlichkeit in der Kommunikation mit den Familien (Arnold et al., 2025). Wichtig sei, dass die Fachberaterinnen in den Gesprächen eine empathische Haltung einnahmen, dass sie vermieden, Maßnahmen „überzustülpen“ und nicht besserwissend auftraten, sondern die Angehörigen „mit ins Boot holten“ und ihnen das Gefühl gaben, sich beim Finden von Lösungen beteiligen zu können[39]. Diese Voraussetzungen ermöglichten es nach Einschätzung der Fachberaterinnen Demenz in einigen Fällen, dass

[38] Dieser Punkt wurde außerdem in der ersten Sitzung des Projektbeirats von einem pflegewissenschaftlichen Experten für Demenz angesprochen. Der Experte hatte in diesem Zusammenhang ein ganzheitliches Assessment der gesamten Familie empfohlen. Dagegen sprachen jedoch mehrere Gründe, unter anderem Herausforderungen bei der Lizenzierung entsprechender Instrumente. Deshalb wurde entschieden, dass die Fachberaterinnen Demenz mit zwei getrennten Assessmentinstrumenten arbeiten, in die sie jeweils im Zertifikatskurs eingeführt worden waren: für herausforderndes Verhalten des Menschen mit Demenz mit IdA (Buscher et al. (2012)) und für die Belastungen der versorgenden Angehörigen mit der HPS-Skala (Pendergrass et al. (2018)

[39] Kommentar FB-Dem_1.

Angehörige nach einem längeren Prozess und mehreren Gesprächen Unterstützungsmaßnahmen schließlich akzeptieren konnten[40].

Ein Mitglied der AG Pflegedienst berichtete im Rahmen der Fokusgruppe zur Evaluation von SABD-Fam im Rückblick von einem Fall, in denen auch aus der Perspektive des Versorgungsteams deutlich wahrnehmbare positive Wirkungen der spezialisierten Begleitung durch die Fachberaterin Demenz zu bemerken waren. Sie hätte beobachtet, dass die Angehörige im Vergleich zur Zeit vor SABD-Fam deutlich entspannter und ausgeglichener erschien und dass sich dies auch auf das Verhalten des Menschen mit Demenz ausgewirkt hätte[41].

Schließlich wurde im Forschungs- und Entwicklungsprozess deutlich, dass es im Verlauf des Projekts Fälle im Rahmen der spezialisierten Begleitung gab, in denen ein gutes und respektvolles Zusammenleben mit dem Menschen mit Demenz zu Hause nicht mehr möglich war. In diesem Fall wurde ein würdevoller, ruhiger, friedlicher und geordneter Übergang ins Heim dennoch als Erfolg für SABD-Fam verstanden, weil auf diese Weise die Gefahr der verstörenden Erfahrung eines unkontrollierten Zusammenbruchs vermieden werden konnte (Arnold et al., 2025).

6.1.3. Diskussion

Die Ergebnisse des Teilprojekts 1 SABD-Fam zeigen, dass große Anteile der im Projekt E hoch B *Pflege und Gesundheit* entwickelten neuen, erweiterten beruflichen Rolle der „Beraterin für Demenz“ (Arnold & Gold, 2020; Arnold et al., 2021) für Pflegekräfte mit einschlägiger Berufserfahrung in der Tat ein sinnvolles und praktisch umsetzbares Tätigkeitsfeld für den Transfer der im Zertifikatskurs Demenz erworbenen erweiterten Kompetenzen in die Praxis der ambulanten Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien bietet.
Die Rolle der Fachberaterin Demenz weist darüber hinaus einige Überschneidungen zu in anderen Ländern verwirklichten Modellen für Advanced Practice Nursing (APN) auf, die erweiterte Rollen für akademisch auf Master-Niveau qualifizierte Pflegende im ambulanten Bereich beschreiben (Arnold et al., 2021). Sowohl Dementia Care Manager:innen in den USA (Geithner et al., 2016; Reuben et al., 2013) als auch Advanced Geriatric Nurses (AGN) in Norwegen (Henni et al., 2019) führen ausführliche Assessments bei Personen mit Demenz durch und beraten deren Familien entsprechend. AGNs sind darüber hinaus für die Beratung und Schulung von Kolleg:innen ausgebildet. Im deutschen Gesundheitssystem erscheinen APN-Modelle angesichts der im internationalen Bereich extrem geringen Anzahl akademisch ausgebildeter Pflegefachpersonen zumindest kurzfristig nicht realisierbar. Gerade vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, hierzulande erweiterte berufliche Rollen für berufserfahrene Pflegefachpersonen mit einer wissenschaftlichen Weiterbildung, wie die der Fachberaterinnen Demenz, als Antwort auf drängende Versorgungsbedarfe zu etablieren (Arnold et al., 2021).

Die Ergebnisse des vorliegenden Teilprojekts 1 legen nahe, dass zu den Aufgaben der Fachberater:innen Demenz – auch im Demenzdienst – die Erhebung des

[40] Die Problematik der Ablehnung von Unterstützungsmaßnahmen durch versorgende Angehörige wird unter anderem als ein Thema in den Fallstudien zu SABD-Fam näher beleuchtet werden.
[41] Protokoll Evaluation AGs Pflegedienst & Demenzdienst, 27.03.2025.

ganzheitlichen, psychosozialen und körperbezogenen Pflegebedarfs und die Begleitung des Pflegeprozesses der Menschen mit Demenz gehören muss. Das heißt, dass Fachberaterinnen Demenz über entsprechende Kompetenzen verfügen müssen, was bei den beiden Fachkräften im vorliegenden Modellprojekt bereits der Fall war.

Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei der Verantwortung für Pflegeprozess um eine Aufgabe handelt, die laut dem Pflegeberufegesetz aus dem Jahr 2017 (Pflegeberufegesetz - PflBG, 2017), einzig Angehörigen der Pflegeberufe vorbehalten ist. Das heißt, diese Aufgabe kann nur von qualifizierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger:innen, Altenpfleger:innen oder zukünftig von Pflegefachpersonen (als Absolvent:innen der neuen, generalistischen Pflegeausbildung) übernommen werden. Zu Beginn des Modellprojektes wurde angenommen, dass auch Personen ohne einen Berufsabschluss in einem Pflegeberuf, sondern mit in Bezug auf Demenz vergleichbaren Qualifikationen, wie z.B. Sozialarbeiter:innen, am Zertifikatskurs zu Demenz teilnehmen können. Damit wären auch diese Personen potentiell für die Rolle der Fachberaterinnen Demenz geeignet. Denkbar wäre für einen solchen Fall beispielsweise eine enge interprofessionelle Kooperation mit einer qualifizierten Pflegefachperson, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess übernehmen könnte. Solche und ähnliche praxistaugliche Lösungen wären in eventuellen weiteren Studien zu prüfen.

Die Fachberaterinnen Demenz führten im Rahmen der spezialisierten Begleitung außerdem Aufgaben im Bereich der Beratung zu den Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sowie anderen relevanten Sozialleistungen durch. Diese Kompetenzen sind ebenfalls für die Rolle der Fachberaterinnen Demenz notwendig und müssten ggf. zusätzlich zu dem im Zertifikatskurs vermittelten Wissen erworben werden.

Anteile des Tätigkeitsfeldes der Fachberater:innen Demenz können als Case-Management verstanden werden. Ein wesentlicher Aspekt der spezialisierten Begleitung ist die Beratung der Familie im Hinblick auf mögliche entlastende Leistungen der Pflege und Betreuung. Zudem arbeiteten Fachberaterinnen Demenz eng mit dem Fachteam Demenz und mit den Hausärzt:innen der von ihnen begleiteten Menschen mit Demenz zusammen. Über die Hausärzt:innen kann wiederum die Vermittlung zu weiteren Angeboten in Diagnostik und Therapie erfolgen –auch durch andere Berufsgruppen, wie Ergotherapeut:innen und Physiotherapeut:innen.

Diese Inhalte der spezialisierten Begleitung weisen Parallelen zur Rolle der Dementia-Care-Manager:innen (DCM) auf, wie diese von Thyrian und Kolleg:innen in Hausarztpraxen in Deutschland erfolgreich implementiert und evaluiert wurde (Thyrian et al., 2017). Zudem stellt Case-Management eine der zentralen evidenzbasierten Komponenten dar, die laut der aktuellen einschlägigen Leitlinie Demenzen (DGN & DGPPN, 2025) nachweislich geeignet sind, die Versorgung von Menschen mit Demenz zu verbessern.

Neben dieser Gemeinsamkeit zu den DCM gibt es jedoch zumindest zwei wesentliche Unterschied zur Rolle der Fachberaterinnen Demenz. (1) DCM sind in Hausarztpraxen angestellt und im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen tätig. Demgegenüber arbeiten Fachberaterinnen Demenz weitgehend unabhängig

von ärztlichen Anordnungen eigenständig innerhalb des rechtlichen Kompetenzbereiches der Pflegeberufe und innerhalb von Organisationen im Bereich der ambulanten Pflege und Betreuung. Dennoch sind Fachberaterinnen Demenz im Rahmen ihrer erweiterten pflegerischen Rolle gut vernetzt mit Hausärzt:innen und dem ärztlichen Mitglied des Fachteams Demenz. (2) Fachberaterinnen Demenz haben die für dieses erweiterte Tätigkeitsfeld erforderlichen zusätzlichen Kompetenzen in Form einer wissenschaftlichen Weiterbildung erworben, die potentiell als Teil einer akademischen Qualifikation zur Advanced Practice Nurse auf Master-Niveau dienen kann (Arnold et al., 2021). Damit ist die erweiterte Rolle der Fachberaterinnen Demenz – angepasst an die Bedingungen bezüglich der Akademisierung der Pflegeberufe in Deutschland – grundsätzlich an die internationale Entwicklung im Bereich der Gesundheitsversorgung anschlussfähig. Demgegenüber sieht die Qualifikation der Dementia Care Manager:innen (zumindest bisher) eine zwar umfangreiche, aber rein berufliche Weiterbildung vor (Dreier et al., 2016).

Zentrale Merkmale der spezialisierten Begleitung sind die Durchführung verstehender Diagnostik und die konsequente Umsetzung des personzentrierten Ansatzes in der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz sowie ihren Familien in der Häuslichkeit (Kitwood, 2019). Die Fachberaterin Demenz erfüllt darüber hinaus, z.B. in Form der Durchführung von einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen, eine wichtige Funktion für den Transfer des personzentrierten Ansatzes in den Alltag der Pflege und Versorgung von Menschen mit Demenz in den Teams in den Einrichtungen. Diese und weitere damit verbundene Kompetenzen für die spezialisierte Begleitung wurden im Zertifikatskurs Demenz vermittelt und orientieren sich eng am aktuellen Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ (Büscher, 2018). Damit stellt die spezialisierte Begleitung im Rahmen von SABD-Fam einen wichtigen Beitrag zur Implementierung personzentrierter Pflege als Teil einer evidenzbasierten Versorgung von Menschen mit Demenz in Einrichtungen der ambulanten Pflege dar.

Beide Fachberaterinnen Demenz legen großen Wert auf eine gemeinsame, partnerschaftliche Entscheidungsfindung mit den versorgenden Angehörigen in Bezug auf die Frage, inwiefern diese die von den Fachberaterinnen Demenz auf der Basis der ausführlichen Assessments vorgeschlagenen Maßnahmen akzeptieren möchten. Dieses betont partizipative Vorgehen bei der Entscheidungsfindung entspricht den anspruchsvollen Prinzipien des Shared Decision Making (Hamann et al., 2006; Köpke, 2012).

Eine vertiefte, strukturierte Evaluation der Erfahrungen mit der spezialisierten Begleitung mit qualitativen Forschungsmethoden wird zu einem späteren Zeitpunkt in Form der Auswertung der im Rahmen der Fallstudien im Teilprojekt 1 gesammelten Daten erfolgen.

Mit Blick auf die Zeit nach Ende des Modellprojekts haben sich die Malteser aus ethischen Gründen für eine Fortsetzung der spezialisierten Begleitung der Menschen mit Demenz und ihrer Familien entschieden, die während des Projektzeitraums in SABD-Fam aufgenommen wurden, und dafür zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt.

Ein Teil der Ergebnisse des vorliegenden Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* liegen in Form von Entwürfen einer Stellen- bzw. Funktionsbeschreibung „Fachberater/in Demenz“ und einer „Verfahrensanweisung spezialisierte Begleitung“, sowie eines entsprechenden Dokumentationssystems vor. Auf diese Weise können die Ergebnisse des Projekts in Form dieser Dokumente zukünftig direkt im Rahmen von organisationsinternen Prozessen der Qualitätsentwicklung bzw. für den Transfer der Rolle der Fachberaterinnen Demenz und der spezialisierten Begleitung in andere Einrichtungen innerhalb der Organisation der Malteser genutzt werden.

6.2. Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen waren im ersten, zwischen der Auftraggeberin und den Leitenden der beiden Teilprojekte des Modellprojekts SABD-Fam gemeinsam abgestimmten Entwurf des Versorgungskonzepts SABD-Fam vor Beginn des Projekts und entsprechend in der Projektskizze zunächst nicht vorhanden. Vielmehr wurde vorläufig angenommen, dass die mit Fallbesprechungen in den Einrichtungen verbundenen Ziele im Rahmen der geplanten interdisziplinären Fallbesprechungen erreicht werden könnten. Schon sehr früh im Verlauf des Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurde jedoch deutlich, dass Fallbesprechungen mit Fokus auf die Teams innerhalb der Einrichtungen des Demenzdienstes und des Pflegedienstes eine wichtige, weitere Komponente innerhalb des Versorgungskonzepts SABD-Fam darstellen.

6.2.1. Umsetzung einrichtungsbezogener Fallbesprechungen

Definition einrichtungsbezogene Fallbesprechung[42] (1)

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen werden als Touren-Fallbesprechungen oder Café-Fallbesprechungen bezeichnet. „Touren Fallbesprechungen“ sind Fallbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes, an denen Mitarbeitende teilnehmen, die den im Mittelpunkt des Falles stehenden Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer „Pflege-Tour“ versorgen. „Café-Fallbesprechungen“ werden innerhalb des Demenzdienstes mit Mitarbeitenden des Teams eines Betreuungsangebots „Café Malta“ durchgeführt, an dem der im Mittelpunkt des Falles stehende Mensch mit Demenz als Gast teilnimmt.

Zunächst wurde im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses in der AG Forschung, eng orientiert am „Malteser Demenzkompetenz“, eine Konzeption der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen in SABD-Fam partizipativ erarbeitet. Eine systematische Weiterentwicklung dieser Konzeption im Sinne der PDCA-Zyklen fand im Rahmen der kontinuierlichen Reflexion durchgeführter Fallbesprechungen in der AG Forschung, in Gesprächen mit dem Management der Malteser sowie in Treffen der AGs Pflegedienst und Demenzdienst und in der abschließenden gemeinsamen Evaluation beider AGs statt.

[42] Auch die Definition der einrichtungsbezogenen Fallbesprechung wird an dieser Stelle im Sinne einer übersichtlichen Darstellung der im Rahmen der Umsetzung gewonnenen Erkenntnisse in nummerierten Teilabschnitten präsentiert. Eine zusammenhängende Darstellung der Definition findet sich weiter oben im Rahmen der Beschreibung des Versorgungskonzepts SABD-Fam und seiner Komponenten in Kapitel 2.

Die Konzeption einrichtungsbezogener Fallbesprechungen in SABD-Fam besteht aus folgenden Dokumenten[43]:

- Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen SABD-Fam
- Checkliste Vorbereitung einrichtungsbezogene Fallbesprechungen
- Ablauf Fallbesprechungen SABD-Fam
- Regeln zur konstruktiven Kommunikation in Fallbesprechungen
- Vorlage Protokoll einrichtungsbezogene Fallbesprechung

Diese Dokumente geben einen vollständigen Überblick über Ziele, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung einrichtungsbezogener Fallbesprechungen und stellen zugleich das Ergebnis des Forschungs- und Entwicklungsprozesses im Teilprojekt 1 dar.

Bei der Erarbeitung der Konzeption wurde ein besonderes Augenmerk auf die mit den Fallbesprechungen verbundenen Personalkosten in Form der Arbeitszeit der teilnehmenden Mitarbeitenden gelegt. So wurde von insgesamt maximal 5 Teilnehmenden, inklusive der Fachberaterin Demenz, ausgegangen und die Zeit für die jeweilige Fallbesprechung auf in der Regel maximal 90 Minuten begrenzt.

Im Laufe des Forschungs- und Entwicklungsprozesses wurden im Bereich des Pflegedienstes Bedenken in Bezug auf die mit Touren-Fallbesprechungen verursachten Personalkosten geäußert. Zudem wurde eine rechtzeitige Zeitplanung der Fallbesprechungen gewünscht. Während Touren-Fallbesprechungen innerhalb des Teilprojekts 1 SABD-Fam an zusätzlichen Terminen stattfanden, wurde als Alternative die Durchführung von Touren-Fallbesprechungen im Anschluss an Teambesprechungen der einzelnen Pflegetouren diskutiert.

Im Bereich des Demenzdienstes gestaltete sich die Durchführbarkeit der Café-Fallbesprechungen relativ unkompliziert. Eine Verstetigung der Café-Fallbesprechungen nach dem Ende des Modellprojekts SABD-Fam ist geplant.

Definition einrichtungsbezogene Fallbesprechung (2)

Die in einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen fokussierte Problematik sollte eine Relevanz für das jeweilige Team der Einrichtung besitzen. Die Fallauswahl trifft jeweils die Fachberaterin Demenz im Einvernehmen mit der zuständigen Führungskraft und interessierten Mitarbeitenden des jeweiligen Teams. Die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen werden von der Fachberaterin Demenz moderiert und protokolliert.

Ziele der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen für das Team in einer Einrichtung sind die Gewinnung von weiterem Wissen über den Fall, verbessertes Fallverstehen sowie eine Schulung des gesamten Teams, das in der Einrichtung den jeweiligen Menschen mit Demenz betreut oder versorgt.

Im Rahmen des Reflexionsprozesses in der AG Forschung wurde bald erkannt, dass die zu besprechende Problemstellung in einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen eine unmittelbare Relevanz für die Mitarbeitenden besitzen muss, die diese Person versorgen oder betreuen. In interdisziplinären

[43] Siehe „Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam“ im Anhang. Die weiteren Dokumente wurden den Maltesern NOW am 21.05.2025 in digitaler Form per Email zur Verfügung gestellt.

Fallbesprechungen werden demgegenüber Probleme besprochen, die aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz besonders dringlich sind. Es wurde weiterhin deutlich, dass die Rolle der „Falleinbringerin“ oder „Fallgeberin“ in einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen durchaus von einer interessierten Mitarbeitenden übernommen werden kann, die den besprochenen Fall kennt und die bei der Fallvorstellung von der Fachberaterin Demenz unterstützt wird.

Insgesamt wurden im Rahmen des Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* 2 Touren-Fallbesprechungen und 4 Café-Fallbesprechungen durchgeführt[44]. Die Moderation der jeweils ersten Fallbesprechungen in der Einrichtung wurde zu Schulungszwecken von der Projektleitung übernommen. Die weiteren Fallbesprechungen wurden in der Regel von der jeweiligen Fachberaterin Demenz moderiert. Die jeweiligen Diskussionsergebnisse während der Fallbesprechung wurden fortlaufend mit Moderationstechniken visualisiert, sodass es grundsätzlich möglich ist, dass eine Fachberaterin Demenz sowohl als Moderatorin tätig sein als auch im Anschluss das Protokoll verfassen kann.

6.2.2. Evaluation der Fallbesprechungen in den AGs Pflegedienst und Demenzdienst[45]

Die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen in SABD-Fam wurden einer abschließenden Evaluation zum Ende der Umsetzungsphase in einer gemeinsamen Sitzung der beiden AGs Pflegedienst und Demenzdienst unterzogen.
Am Beispiel eines Falles im Pflegedienst, der Gegenstand der ersten Touren-Fallbesprechung war, wurde von Seiten einer Mitarbeitenden von beeindruckenden Verbesserungen im aggressiven Verhalten des Menschen mit Demenz in Bezug auf die Abwehr der morgendlichen Körperpflege berichtet, die als Problemstellung besprochen worden waren. Obwohl nur ein Teil der konkret besprochenen Maßnahmen umgesetzt werden konnte, sei es im Verlauf der folgenden Wochen zu einer deutlichen Entspannung der Pflegesituation gekommen. Es ist anzunehmen, dass in diesem Fall in erster Linie das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Gründe für das Verhalten von Seiten des Menschen mit Demenz für die Mitarbeitenden wesentlich verbessert werden konnte, die an der Fallbesprechung teilgenommen und dieses Wissen auch an weitere Kolleg:innen im Team der Pflegetour weitergegeben hatten.

Eine Pflegedienstleitung im Pflegedienst nahm selbst an der zweiten Fallbesprechung teil und meldete zurück, dass sie die gute Strukturierung der Fallbesprechung und die daraus resultierenden geordneten Maßnahmen schätze. Sie nehme wahr, dass die Mitarbeitenden gefestigter zu den Kund:innen gingen und dass das Handeln im Team vereinheitlicht wurde. Von weiteren Mitgliedern der AGs wurde der partizipative Charakter der gemeinsamen und betont wertschätzenden Arbeit in der Gruppe im Rahmen der Fallbesprechungen positiv wahrgenommen. Es würde deutlich, dass vieles bereits „richtig gemacht“ werde, gleichzeitig werde aber das Verständnis für den Fall verbessert, sodass auch

[44] Siehe Tabelle „Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen im Anhang.
[45] Protokoll Evaluation AGs Pflegedienst & Demenzdienst, 27.03.2025.

andere Lösungen ausprobiert werden könnten. Negative Rückmeldungen zur Durchführung der Fallbesprechungen gab es in dieser Gesprächsrunde keine.

6.2.3. Diskussion

Die Komponente der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen wurde erst im Laufe des Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* als Ergänzung zur spezialisierten Begleitung und zu den interdisziplinären Fallbesprechungen als weitere Komponente in SABD-Fam hinzugefügt und erwies sich als erfolgreich. Neben positiven Aspekten wurden von Seiten der Führungskräfte auch Bedenken in Bezug auf die mit der Durchführung von Touren-Fallbesprechungen verbundenen Personalkosten geäußert. Außerdem wurde eine rechtzeitige Zeitplanung gewünscht. Als mögliche Alternative wurde die Durchführung von Fallbesprechungen im Anschluss an Teambesprechungen vorgeschlagen.
Die positiven Erfahrungen mit den einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen in SABD-Fam im vorliegenden Teilprojekt 1 im ambulanten Bereich bestätigen Ergebnisse von Studien im Bereich der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz in Deutschland (Holle et al., 2015; Reuther et al., 2012). In diesen Studien wurde eine Version des im Rahmen der spezialisierten Begleitung für die verstehende Diagnostik eingesetzte Assessment-Instrument IdA verwendet. In den einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen in SABD-Fam wurde hingegen das in der „Malteser Demenzkompetenz“ vorgeschlagene Vorgehen für die Durchführung der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen im ambulanten Bereich für Pflegedienste und Demenzdienst adaptiert. Auf diese Weise könnte zudem eine einheitliche Umsetzung innerhalb des Malteser-Verbunds gewährleistet werden.

6.3. Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Interdisziplinäre Fallbesprechungen sind eine zentrale Komponente im Versorgungskonzept SABD-Fam und gewissermaßen sein „Alleinstellungsmerkmal“ im Bereich der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz. In Teilprojekt 1 wurde ein Fachteam Demenz, bestehend aus einer Fachärztin für Geriatrie, einem Psychotherapeuten, einer Sozialarbeiterin und den beiden Fachberaterinnen Demenz gebildet. Interdisziplinäre Fallbesprechungen wurden gemeinsam mit dem Fachteam Demenz entwickelt, erfolgreich praktisch umgesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt.
Im Rahmen der Konzeption der interdisziplinären Fallbesprechungen wurden folgende Formulare und Dokumente als Ergebnis des Forschungs- und Entwicklungsprozesses erstellt[46]:

- Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam – Kriterien
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam – Übersicht
- Checkliste Vorbereitung interdisziplinäre Fallbesprechungen

[46] Siehe „Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam“ im Anhang. Die weiteren Dokumente wurden den Maltesern NOW (C. Schindler und H. Born) am 21.05.2025 in digitaler Form per Email zur Verfügung gestellt.

- Leitfaden Fallvorstellung interdisziplinäre Fallbesprechungen
- Protokoll interdisziplinäre Fallbesprechung (Vorlage)

6.3.1. Definition und Umsetzung interdisziplinärer Fallbesprechungen[47]

Definition interdisziplinäre Fallbesprechungen[48] (1)
Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam werden in einem multidisziplinären Team (Fachteam Demenz) durchgeführt, wenn für Menschen mit Demenz oder ihre Familien aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz besondere Herausforderungen bestehen.
In der Phase der Entwicklung der Konzeption interdisziplinärer Fallbesprechungen wurde zunächst davon ausgegangen, dass alle Fälle, die in SABD-Fam aufgenommen werden, im Rahmen einer solchen Fallbesprechung vorgestellt werden. Diese Vorstellung orientierte sich teilweise am Vorgehen in der Klinik für Geriatrie, an der die Fachärztin und die Sozialarbeiterin beschäftigt waren und entsprach den zu Beginn des Projekts SABD-Fam bestehenden Überlegungen im Konsortium des Modellprojekts. Bei der Durchführung der insgesamt drei interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam stellte sich jedoch heraus, dass die zur Verfügung stehende Zeit von 60 Minuten in den ersten beiden Fallbesprechungen für je einen Fall und in der dritten (mit 90 Minuten) für zwei Fälle ausreichte.

Zum Zeitpunkt der ersten Fallbesprechung im Januar 2025 waren bereits relativ viele Fälle in die spezialisierte Begleitung in SABD-Fam aufgenommen worden. Entsprechend wählten die Fachberaterinnen Demenz zur Vorstellung in der interdisziplinären Fallbesprechung solche Fälle aus, bei denen sich besondere Herausforderungen ergaben. Die Erfahrungen zeigten, dass es erstens nicht als unbedingt notwendig angesehen wurde, alle aufgenommen Fälle im Fachteam Demenz vorzustellen. Dass die ärztliche Behandlungshoheit in SABD-Fam bei den Hausärzt:innen verbleibt, wurde bereits sehr früh in den Diskussionen des Fachteams Demenz geklärt. Damit entfällt die grundsätzliche Notwendigkeit, interdisziplinäre Fallbesprechungen für alle Fälle in SABD-Fam aus Sorge um deren ärztliche Versorgung durchzuführen. Wenn sich in einem Fall keine größeren Probleme in Bezug auf die körperliche Gesundheit des Menschen mit Demenz und die psychosoziale Situation in der Familie ergaben, wurde auch keine Indikation gesehen, die eng bemessene Zeit im Fachteam Demenz hierfür in Anspruch zu nehmen.

Die Mitglieder des Fachteams Demenz betonten, wie wertvoll die Ergebnisse der interdisziplinären Fallbesprechungen bei den behandelten komplexen Fällen waren und die dafür notwendigen zeitlichen und personellen Ressourcen wurden

[47] Die berichteten Beobachtungen zum Forschungs- und Entwicklungsprozess beziehen sich in der Regel auf Gesprächsprotokolle, der AG Forschung, der Treffen des Fachteams Demenz, auf Protokolle der interdisziplinären Fallbesprechungen, sowie auf das Transkript des Evaluationsgesprächs am 27.03.2025.
[48] Auch die Definition der interdisziplinären Fallbesprechungen wird an dieser Stelle im Sinne einer übersichtlichen Darstellung der im Rahmen der Umsetzung gewonnenen Erkenntnisse in nummerierten Teilabschnitten präsentiert. Eine zusammenhängende Darstellung der Definition findet sich weiter oben im Rahmen der Beschreibung des Versorgungskonzepts SABD-Fam und seiner Komponenten in Kapitel 2.

als gerechtfertigt angesehen. Eine wichtige Erkenntnis des gemeinsamen Reflexionsprozesses im Fachteam Demenz war, dass die Analyse der behandelten Fälle – trotz aller Bemühungen, die zur Verfügung stehende Zeit ökonomisch zu verwenden – entsprechend ihrer Komplexität aus relevanten und nachvollziehbaren Gründen deutlich mehr Zeit erforderte, als ursprünglich angenommen.

Definition interdisziplinäre Fallbesprechungen (2)

Das Fachteam Demenz setzt sich aus Fachkräften mit den folgenden Qualifikationen zusammen:

- *zwei Fachberaterinnen Demenz als Pflege-Expertinnen*
- *ein Psychotherapeut mit einschlägiger Expertise*
- *eine Fachärztin für Geriatrie*
- *eine Sozialarbeiterin*

Eine der Fachberaterinnen Demenz übernimmt die Einbringung eines Falls in die interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die jeweils andere Fachberaterin Demenz ist in der moderierenden Funktion tätig und fertigt ein Protokoll an.

Die in interdisziplinären Fallbesprechungen besprochenen Fälle bestehen jeweils aus einem Menschen mit Demenz und den ihn versorgenden Angehörigen im Kontext des familiären und strukturellen Umfeldes der ambulanten Versorgungssituation.

Die personelle Besetzung des Fachteams Demenz im Teilprojekt 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* mit einer Fachärztin für Geriatrie, einem ärztlichen Psychotherapeuten und einer Sozialarbeiterin erscheint auf der Grundlage der Erfahrungen mit der Erprobung der interdisziplinären Fallbesprechungen sinnvoll. Allerdings hatten im Laufe der drei durchgeführten Fallbesprechungen die Ärztin und der Psychotherapeut sehr viel größere Redeanteile als die Sozialarbeiterin.

Eine weitere wichtige Erkenntnis des Reflexionsprozesses ist, dass in den interdisziplinären Fallbesprechungen grundsätzlich die Situation des ganzen Falls, also Mensch mit Demenz und versorgende Angehörige, in den Blick genommen wurde. In jedem Fall wurde z.B. die Medikation des Menschen mit Demenz und dessen körperlicher und mentaler Gesundheitszustand kommentiert. Als zentrale Problemstellung stand jedoch in der Regel nicht ein Problem des Menschen mit Demenz, sondern in drei von vier Fällen das Verhalten der versorgenden Angehörigen im Fokus der Fallbesprechung. Das Problem wurde im Kontext der Beziehung innerhalb der Dyade und zur restlichen Familie betrachtet, wobei die Betrachtung der psychosozialen Aspekte und das Verstehen der Motive für das Verhalten der versorgenden Angehörigen in zwei Fällen einen großen Raum einnahm. Die interdisziplinäre Einschätzung des Krankheitsbildes, des Verhaltens und der Prognose des Menschen mit Demenz war für das Verständnis der Gesamtsituation dennoch ebenfalls von erheblicher Bedeutung.

Definition interdisziplinäre Fallbesprechungen (3)

Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam zielen auf

- *ein verbessertes Fallverstehen und die Gewinnung von weiterem Wissen über die einzelnen Fälle (Menschen mit Demenz und ihren Familien), die im Rahmen der spezialisierten Begleitung aufgenommen und beraten werden;*

- *die Erarbeitung dieses Wissen mittels einer gemeinsamen systematischen Analyse der Probleme im jeweiligen Fall aus den disziplinären Perspektiven der Medizin, der sozialen Arbeit, der Psychotherapie und der Pflege;*
- *die Nutzung dieses Wissens für Lösungsansätze/Maßnahmen im Rahmen der weiteren Begleitung durch die Fachberaterinnen Demenz (ggf. Durchführung von Familiengesprächen);*
- *die Nutzung dieses Wissens für Vorschläge für Maßnahmen (in Form von Arztbriefen) bezüglich Diagnostik und Therapie durch Hausärzt:innen. Die Behandlungshoheit verbleibt bei den Hausärzt:innen, die über weitere Diagnostik und Therapie sowie ggf. Überweisung an weitere Stellen entscheiden.*

In der Reflexion der interdisziplinären Fallbesprechungen wurde deutlich, wie wichtig die vertraute Beziehung der Fachberaterin Demenz zur Familie als Grundlage für die Falldarstellung war. Die Fachberaterinnen Demenz brachten ihr fundiertes Wissen über den Fall ein und stellten darüber hinaus ärztliche Befunde zur Verfügung (Arnold et al., 2025). Die anderen Mitglieder des Fachteams Demenz erhielten auf diese Weise für sie interessante Erkenntnisse über die jeweilige Situation in der Häuslichkeit. Zugleich erfuhren die Fachberaterinnen Demenz die Ergebnisse der interdisziplinären Fallbesprechungen als äußerst nützlich für das bessere Verstehen der Situation und für ihr eigenes Lernen.

Im Nachgang zu den interdisziplinären Fallbesprechungen stellte der Psychotherapeut jeweils ein Protokoll zu jedem Fall zur Verfügung und die Ärztin schrieb einen Arztbrief als Empfehlung für die Hausärzt:innen. An der Nachbereitung interdisziplinärer Fallbesprechungen übernahm die Fachberaterin Demenz einen strategisch wichtigen Anteil: Sie besprach den Arztbrief sowohl mit der Familie als auch mit den Hausärzt:innen. Bei den Gesprächen mit den Hausärzt:innen machten sie jeweils sehr positive Erfahrungen. Die Hausärzt:innen schätzten die Arztbriefe ihrer Kollegin und setzten die dort gegebenen Empfehlungen weitgehend auch um.

Im Kontext interdisziplinärer Fallbesprechungen in SABD-Fam fand eine Kommunikation zwischen der Ärztin und dem Psychotherapeuten im Fachteam Demenz und den Hausärzt:innen statt, die durch die Fachberaterin Demenz vermittelt wurde. Die Hausärzt:innen kannten die Menschen mit Demenz als ihre Patient:innen und stellten vor der interdisziplinären Fallbesprechung auf Anfrage der Fachberaterin Demenz entsprechende Befunde zur Verfügung. Danach entschieden sie im Gespräch mit der Fachberaterin Demenz über die Umsetzung der in interdisziplinären Fallbesprechungen vorgeschlagenen (und im Arztbrief kommunizierten) Maßnahmen in Bezug auf Diagnostik und Therapie (durch Ärzt:innen oder ggf. andere Berufsgruppen). Diese Art der Kommunikation stellte zugleich ein Beispiel für eine effektive Vernetzung zwischen SABD-Fam und der ärztlichen sowie interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Demenz dar.

Darüber hinaus nutzten die Fachberaterinnen Demenz den Arztbrief auch als Leitfaden für die Kommunikation mit der Familie. In zwei Fällen führten die Fachberaterinnen auf dieser Basis erfolgreiche Familiengespräche durch.

6.3.2. Diskussion

Die zu Projektbeginn nur grob umrissene Vorstellung interdisziplinärer Fallbesprechungen wurde in Teilprojekt 1 zunächst im Rahmen des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses grundlegend als Konzeption konstruiert, systematisch weiterentwickelt und schließlich in einer etwas anderen Form implementiert, als ursprünglich beabsichtigt. Anstatt der Teilnahme eines oder mehrerer Hausärzt:innen erwies sich die Zusammenarbeit mit der Chefärztin und der Sozialarbeiterin einer geriatrischen Rehabilitationsklinik im lokalen Kontext des Modellprojekts als sehr fruchtbar. Diese Art der Zusammenarbeit zwischen Geriater:innen und Fachberater:innen Demenz in SABD-Fam könnte auch unter anderen örtlichen Gegebenheiten insbesondere für den Bereich der Altersmedizin in Krankenhäusern attraktiv sein. Zu den Motiven könnte unter anderem die Hoffnung gehören, Drehtüreffekte zu vermeiden und die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz zu stabilisieren, um vermeidbare stationäre Aufnahmen von Menschen mit Demenz zu verringern.
Als enorme Hürde im vorliegenden Teilprojekt 1 erwies sich die Akquise des Psychotherapeuten für das Fachteam Demenz. Diese konnte zwar überwunden werden, stellt eventuelle nachfolgende Projekte dennoch möglicher Weise vor große Herausforderungen. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, in einem eventuellen Folgeprojekt eine direkte Vernetzung, z.B. mit der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, anzustreben. Denn die Erfahrungen im vorliegenden Modellprojekt zeigen mit großer Deutlichkeit, wie wichtig der Beitrag des Psychotherapeuten in den interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam für die Qualität der spezialisierten Begleitung und der Versorgung der betroffenen Familien war.

Die Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprozesses bestätigten die Bedeutung einer konstruktiven Zusammenarbeit zwischen Körpermedizin und psychosozialer Expertise, insbesondere für die vorliegenden komplexen Problemlagen in den ambulanten Pflegearrangements von Menschen mit Demenz. Darüber hinaus wird die Relevanz der erweiterten pflegerischen Leistungen der Fachberaterinnen Demenz im Kontext einer vertrauensvollen professionellen Beziehung zu Menschen mit Demenz und ihren den Familien für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit deutlich.

Eine kursorische Sichtung der Literatur ergab wenig evidenzbasierte Erkenntnisse, die einen direkten Bezug zu den interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam ermöglichen. Studien zu interdisziplinären Fallbesprechungen lassen sich im Bereich der ambulanten palliativen Versorgung (Mallon et al., 2024) finden. Darüber hinaus werden internationale Beispiele zur interdisziplinären Kooperation zwischen Pflege, Medizin und anderen Disziplinen (Schaeffer & Hämel, 2016) beschrieben. Daher kann von einem hohen weiteren Forschungsbedarf zu diesem Thema ausgegangen werden.

Weitere Ergebnisse zur Bedeutung der interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam werden gegenwärtig als ein Aspekt der Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam erarbeitet.

7. Partizipative Forschung: Fallstudien zur Umsetzung von SABD-Fam

Aufgrund der Verzögerungen im Ablauf des Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* konnte innerhalb der Projektlaufzeit zunächst die partizipative Entwicklung von Forschungsinstrumenten und die Datenerhebung im Rahmen der Fallstudien abgeschlossen werden. Die Datenanalyse erfolgt nach der Fertigstellung des vorliegenden Berichts. Die Ergebnisse der Fallstudien werden in einer getrennten Publikation dokumentiert, die der Auftraggeberin zur Verfügung gestellt wird.
Der Bericht im Folgenden beschränkt sich auf die Beschreibung der Durchführung der Datenerhebung in Form von Interviews mit Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen.

7.1. Überblick: Vier Fälle

Tabelle 1 (S. 63) gibt einen Überblick über die vier in den Fallstudien betrachteten Fälle aus SABD-Fam. Ein Fall wird jeweils von einem Menschen mit Demenz sowie seinen versorgenden Angehörigen gebildet. In einem Fall musste auf die Durchführung eines Interviews mit dem Menschen mit Demenz aufgrund von dessen schlechtem Allgemeinzustand verzichtet werden.

Fälle	**Fall#1PD**	**Fall#3PD**	**Fall#5PD**	**Fall#6PD**
Fallbeschreibung				
Person mit Demenz				
Geschlecht	m	w	m	w
Alter	80	91	82	78
Hauptversorgungsperson				
Beziehung zur Person mit Demenz	Ehefrau	Sohn Schwiegertochter	Ehefrau	Tochter
Angehöriger Geschlecht	w	m, w	w	w
Angehöriger Alter	78	66, 63	71	47
Angaben zur Datenerhebung				
Interview mit Person mit Demenz				
Interview hat stattgefunden	nein*	ja	ja	ja
Dauer (min)		18	25	18
Interviewende		Fachberaterinnen Demenz	Fachberaterinnen Demenz	Fachberaterinnen Demenz
Interview mit pflegenden Angehörigen				
Teilnehmende	Ehefrau & Tochter	Schwiegertochter & Sohn	Ehefrau	Tochter
Dauer (min)	58	40	42	37
Interviewende	DA	DA	DA	DA
*Begründung: Verzicht auf Interview wegen schlechtem Allgemeinzustand des Menschen mit Demenz.				

Tabelle 1: Fallstudien

7.2. Durchführung von Interviews mit Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörigen

Da eine vertraute Beziehung zur interviewenden Person eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Datenerhebung mit einem Menschen mit

Demenz war, führte die jeweils bereits vertraute Fachberaterin Demenz das Interview und orientierte sich dabei am Verfahren eines Ongoing Consent (Hellström et al., 2007; Schnell & Dunger, 2018).
Im Sinne des „Ongoing Consent" verdeutlichte die Fachberaterin Demenz dem Menschen mit Demenz vor Beginn des Interviews, dass es sich nicht um einen Termin zur Intervention, sondern um ein „Gespräch über die Situation und die Unterstützung des Menschen mit Demenz zu Hause" handele und gab weitere Informationen zum Interview und zum Projekt in einfacher Sprache.

Zur Erhebung der nonverbalen Kommunikation des Menschen mit Demenz wurden teilnehmende Beobachtungen durchgeführt, die im Sinne eines „Postskripts" (Witzel 2000) dokumentiert wurden. Dazu war die Anwesenheit einer zweiten Person erforderlich, in diesem Fall der zweiten Fachberaterin Demenz. Um die Interviewsituation für den Menschen mit Demenz möglichst angenehm zu gestalten, entschieden sich die beiden Fachberaterinnen Demenz dazu, die Interviews in Form eines Gesprächs zu dritt mit den Menschen mit Demenz zu führen. Diese Erwartungen wurden erfüllt und alle drei Interviews mit den Menschen mit Demenz verliefen erfolgreich und in einer entspannten Atmosphäre.

Die Projektleiterin führte vier Interviews mit insgesamt sechs versorgenden Angehörigen durch. Durch die höhere persönliche Distanz wurde erhofft, dass auch kritische Überlegungen zur Fachberaterin Demenz leichter geäußert werden konnten. Neben der Audio-Aufnahme des Interviews wurde ebenfalls ein Postskript angefertigt.

8. Diskussion und Ausblick

Das Versorgungskonzept SABD-Fam besteht aus drei Komponenten: der spezialisierten Begleitungen durch Fachberaterinnen Demenz, einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen und interdisziplinären Fallbesprechungen. Im Teilprojekts 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam* wurden in einem partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess die drei geplanten Komponenten, dem Vorgehen in PDCA-Zyklen folgend erprobt, reflektiert und systematisch weiterentwickelt. Nach Aussagen der beteiligten Fachberaterinnen Demenz, der Mitglieder der Arbeitsgruppen in den Einrichtungen und des Fachteams Demenz hat die Umsetzung aller drei Komponenten ihre jeweiligen Ziele erreicht. Der partizipative Forschungs- und Entwicklungsprozess wurde getragen von der Mitarbeit der beiden Fachberaterinnen Demenz, der Mitglieder der Arbeitsgruppen in den Einrichtungen und des Fachteams Demenz sowie von der Unterstützung der Organisation der Malteser auf lokaler und überregionaler Ebene.
Als Ergebnisse des vorliegenden Teilprojekts 1 werden der Auftraggeberin Dokumente übergeben, welche die jeweiligen Komponenten konzeptionell beschreiben und deren Umsetzung im Versorgungsalltag ermöglichen. Diese haben die Form von Entwürfen, die teilweise bereits in das Dokumentationssystem der Malteser überführt sind.

Aufgrund des Charakters des Modellprojekts als Pilotprojekt ergeben sich verschiedene Limitationen. So war die geplante Einbeziehung von Menschen mit Demenz und von versorgenden Angehörigen als Expert:innen aus Erfahrung nicht im geplanten Umfang im Sinne einer aktiven Partizipation realisierbar, wird aber

dennoch in geringerem Umfang in Form einer Teilnahme an den Fallstudien ermöglicht.

Die relative Verkürzung der Umsetzungsphase führte dazu, dass mit insgesamt 13 Familien weniger Fälle als ursprünglich geplant in SABD-Fam aufgenommen werden. Jedoch waren auch mit der geplanten Anzahl von insgesamt 20 Fällen – im Rahmen einer Pilotstudie – keine verallgemeinerbaren Ergebnisse zu erwarten gewesen. Es konnte nur ein Mann als versorgender Angehöriger rekrutiert werden, was eine Betrachtung von Gender-Gesichtspunkten im Fallvergleich einschränkt.

Die relativ geringe Anzahl der interdisziplinären Fallbesprechungen ist darüber hinaus durch die späte Rekrutierung eines Psychotherapeuten und vertraglichen Herausforderungen begründet. Dennoch konnten in den drei durchgeführten interdisziplinären Fallbesprechungen bereits sehr aussagekräftige Ergebnisse gewonnen werden.

Durch die kurze Laufzeit und die Beschränkung des Projekts auf wenige Fälle ist die Gültigkeit der Ergebnisse zunächst hauptsächlich auf die Organisation der Malteser und den lokalen Kontext bezogen, in dem das Projekt durchgeführt wurde

Wie bereits erwähnt, hatte das Modellprojekt einen Pilotcharakter und versteht sich als Vorstudie, an die weitere Forschungs- und Entwicklungsprojekte zur Umsetzung in weiteren Einrichtungen und letztendlich eine Wirkungsevaluation auf Basis des vom Teilprojekt 2 im Rahmen der Prozessevaluation entwickelten logischen Modells anknüpfen sollten.

Für ein mögliches Folgeprojekt wäre es aus Sicht des Teilprojekts 1 wünschenswert, dass verschiedene Aktivitäten weiterverfolgt werden, die im abgeschlossenen Modellprojekt eher in geringem Umfang berücksichtigt oder zwar diskutiert, aber nicht mehr in einem ausreichenden Umfang durchgeführt wurden. Dazu gehören:

- Die Aufnahme von deutlich mehr Fällen in SABD-Fam und die Ausweitung des Spektrums der Fälle. So sollten u.a. gezielt mehr männliche versorgende Angehörige, mehr Menschen mit Demenz in einem früheren Stadium der Erkrankung sowie Menschen mit Migrationshintergrund rekrutiert werden.
- Die Weiterführung der begonnenen Überlegungen zur Refinanzierung von SABD-Fam.
- Die Diskussion geeigneter Voraussetzungen für die Umsetzung der Touren-Fallbesprechungen auch im Pflegedienst.
- Die Weiterentwicklung der Vernetzung zur hausärztlichen Versorgung.
- Die Prüfung der Sinnhaftigkeit und Praktikabilität einer Vernetzung in Richtung der gemeindepsychiatrischen Versorgung.
- Überlegungen zur Durchführung von Angehörigen-Gesprächsgruppen. Diese Aktivität wurde im Expertenbeirat empfohlen, in der AG Forschung diskutiert und als sehr sinnvolle Ergänzung zu SABD-Fam erachtet, konnte aber aus Kapazitätsgründen nicht mehr weiterverfolgt werden.

9. Dissemination

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Teilprojekt 1 wurden während und werden nach dem Ende der Projektlaufzeit der Öffentlichkeit in Wissenschaft sowie Praxis der Pflege- und Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt.

Über Aktivitäten des Teilprojekts 1 zur Öffentlichkeitsarbeit während der Projektlaufzeit wurde weiter oben (Kapitel 4.4.3) bereits berichtet.

Bereits erfolgte Publikation:

Posterpräsentation

Arnold, Doris; Felber, Martina; Dauser, Heike; Basteck, Nina (2024): Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien; SABD-Fam. Posterpräsentation. Netzwerktagung Nationale Demenzstrategie 2024. Berlin, 19.09.2024.

In Planung:

Mehrere weitere wissenschaftliche Publikationen sowie Publikationen in Fachzeitschriften (unter Beteiligung der Co-Forschenden) sind in Planung.

Die Themen umfassen voraussichtlich: die Ergebnisse der Fallstudien in SABD-Fam; die Erfahrungen im partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess; die Rolle und das Tätigkeitsfeld der Fachberater:innen Demenz; die interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam; die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen in SABD-Fam

Literaturverzeichnis

Arnold, D., Felber, M. & Dauser, H. (2025, 30. April). *Umsetzung von SABD-Fam in den Familien und in den Einrichtungen.* Malteser Hilfsdienst gGmbH, & Bezirk Nord- und Ostwürttemberg. Abschlussveranstaltung Modellprojekt SABD-Fam, Ellwangen.

Arnold, D. & Gold, A. W. (2020). Der Beitrag wissenschaftlicher Bildungsangebote als Antwort auf Versorgungsbedarfe in der ambulanten Pflege. In M. Rohs, H.-U. Dallmann & H.-J. Schmidt (Hrsg.), *Wissenschaftliche Weiterbildung und Region: Bedarfsorientierte Angebotsentwicklung für neue Zielgruppen.* (S. 193–208). wbv.

Arnold, D., Gold, A. W., Helbig, A. K. & Römer, C. (2021). Erweiterte Pflege für Menschen mit Demenz durch wissenschaftlich weitergebildete Pflegefachpersonen als sinnvoller Beitrag für die gemeindenahe Gesundheitsversorgung? *Pflege & Gesellschaft*, *26*(4), 369-374.

Beikirch, E., Schulz, A., Fährmann, E., Hindrichs, S., Rösen, E. E., Triftshäuser, K., Umlandt-Korsch, Sabrina, Braeseke, G., Deckenbach, B. & Nolting, H.-D. (Oktober 2017). *Informations- und Schulungsunterlagen zur Einführung des Strukturmodells in der ambulanten, stationären und teilstationären Langzeitpflege: Version 2.0.* Ein-STEP, Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation. https://www.ein-step.de/schulungsunterlagen

Bethmann, A., Hilgenböcker, E. & Wright, M. T. (2021). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. Tiemann & M. Mohokum (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 1083–1095). Springer Berlin Heidelberg.

Buscher, I., Reuther, S., Holle, D., Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2012). *Wittener Modell der Fallbesprechung bei Menschen mit Demenz – narrativer Ansatz: WELCOME-NEO.* Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, DZNE, Standort Witten.

Büscher, A. (2018). *Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz: Sonderdruck einschließlich Kommentierungen und Literaturstudie.*

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.). (2006). *Hearing the Voice of People with Dementia* (DessOrientiert 1/06). https://www.demenz-support.de/publikationen-und-materialien/journal-dessorientiert/

Demenz Support Stuttgart (Hrsg.). (2009). *Hearing the Voice Revisited - Teil 1: Einbindung und Teilhabe* (DessOrientiert 1-1/09). https://www.demenz-support.de/publikationen-und-materialien/2009/1737-dessorientiert-1-109-hearing-the-voice-of-people-with-dementia/

Dewing, J. (2008). Process consent and research with older persons living with dementia. *Research Ethics Review*, *4*(2), 59–64.

DGN & DGPPN (Hrsg.). (2025). *S3-Leitlinie Demenzen: Living Guideline - Langfassung*. Version: 5.1, 28.03.2025; AWMF-Registernummer: 038-013. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013

Dreier, A., Thyrian, J. R., Eichler, T. & Hoffmann, W. (2016). Qualifications for nurses for the care of patients with dementia and support to their caregivers: A pilot evaluation of the dementia care management curriculum. *Nurse education today*, *36*, 310–317. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.024

Dresing, T. & Pehl, T. (2023). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (9. Aufl.). Eigenverlag. www.audiotranskription.de/praxisbuch

Geithner, L., Arnold, D., Feiks, A., Helbig, A. K., Scheipers, M. & Steuerwald, T. (2016). *Advanced Nursing Practice: Rahmenbedingungen in Deutschland und Literaturübersicht zu nationalen und internationalen Modellen erweiterter Pflegepraxis* (Arbeits- und Forschungsberichte aus dem Projekt E-hoch-B (4). https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:386-kluedo-51900

Gesetz über die Pflegeberufe (2017). https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/

Hamann, J., Loh, A., Kasper, J., Neuner, B., Spies, C., Kissling, W., Härter, M. & Heesen, C. (2006). Partizipative Entscheidungsfindung. Implikationen des "shared decision making" für Psychiatrie und Neurologie [Effects of a shared decision making model in psychiatric and neurologic practice]. *Der Nervenarzt*, *77*(9), 1071-6, 1078. https://doi.org/10.1007/s00115-005-1950-5

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L. & Lundh, U. (2007). Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing ethics*, *14*(5), 608–619. https://doi.org/10.1177/0969733007080206

Henni, S. H., Kirkevold, M., Antypas, K. & Foss, C. (2019). The integration of new nurse practitioners into care of older adults: A survey study. *Journal of clinical nursing*, *28*(15-16), 2911–2923. https://doi.org/10.1111/jocn.14889

Holle, D., Krüger, C., Halek, M., Sirsch, E. & Bartholomeyczik, S. (2015). Experiences of nursing staff using dementia-specific case conferences in nursing homes. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, *30*(3), 228–237. https://doi.org/10.1177/1533317514552320

Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Hrsg.), *Handbook of qualitative research* (2. Aufl., S. 567–605). SAGE Publ.

Kitwood, T. M. (2019). *Demenz: Der person–zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (8. Aufl.). Hogrefe.

Köpke, S. (2012). Der informierte Patient: Wer, wenn nicht wir? ["The informed patient": who, if not we?"]. *Pflege*, *25*(1), 3–7. https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000165

Mallon, T., Schulze, J., Pohontsch, N., Asendorf, T., Weber, J., Böttcher, S., Sekanina, U., Schade, F., Schneider, N., Dams, J., Freitag, M., Müller, C., Nauck, F., Friede, T., Scherer, M. & Marx, G. (2024). Effects of timely case conferencing between general practitioners and specialist palliative care

services on symptom burden in patients with advanced chronic disease: results of the cluster-randomised controlled KOPAL trial. *BMC palliative care*, *23*(1), 293. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01623-z

Pendergrass, A., Malnis, C., Graf, U., Engel, S. & Graessel, E. (2018). Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC health services research*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-018-3047-4

Reuben, D. B., Evertson, L. C., Wenger, N. S., Serrano, K., Chodosh, J., Ercoli, L. & Tan, Z. S. (2013). The University of California at Los Angeles Alzheimer's and Dementia Care program for comprehensive, coordinated, patient-centered care: preliminary data. *Journal of the American Geriatrics Society*, *61*(12), 2214–2218. https://doi.org/10.1111/jgs.12562

Reuther, S., Dichter, M. N., Buscher, I., Vollmar, H. C., Holle, D., Bartholomeyczik, S. & Halek, M. (2012). Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *International psychogeriatrics*, *24*(12), 1891–1903. https://doi.org/10.1017/S1041610212001342

Schaeffer, D. & Hämel, K. (2016). Kooperative Versorgungsmodelle. In M. Jungbauer-Gans & P. Kriwy (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 463–480). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-06392-4_26

Schnell, M. W. (2017). *Ethik im Zeichen vulnerabler Personen: Leiblichkeit - Endlichkeit - Nichtexklusivität*. Velbrück Wissenschaft.

Schnell, M. W. & Dunger, C. (2018). *Forschungsethik: Informieren - reflektieren - anwenden* (2. Aufl.). Hogrefe.

Thyrian, J. R., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Zwingmann, I., Kilimann, I., Teipel, S. & Hoffmann, W. (2017). Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, *74*(10), 996–1004. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2124

Unger, H. v. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Springer VS.

Wahl, A., Kasberg, A., Arsova Netzelmann, T. & Krämer, U. (2021). *PartNet-Diskussionspapier: Beteiligte an Partizipativer Gesundheitsforschung*.

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *1*(1), Artikel 22. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000122 (Revidiert 7/2008).

Wright, M. T. (2021). Partizipative Gesundheitsforschung: Ursprünge und heutiger Stand. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *64*(2), 140–145. https://doi.org/10.1007/s00103-020-03264-y

Projektbericht Teilprojekt 2

Prozessevaluation der spezialisierten ambulanten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

Im Auftrag des Malteser Hilfsdienstes e.V.

Laufzeit: 1. November 2023 bis 30. April 2025

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen,
Standort Witten
Postfach 62 50
Stockumer Straße 12
58453 Witten

Projektleitung: Dr. Bernhard Holle
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Manuela Malek, Dr. Kerstin Köhler

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 75
2. Methodisches Vorgehen 75
2.1. Studiendesign 75
Phase 1: Beschreibung der Intervention in einem logischen Modell 75
Phase 2: Prozessevaluation und Überarbeitung des logischen Modells 76
2.2. Datenerhebung und -analyse 76
2.2.1. Expert:innen Workshops zum logischen Modell 76
2.2.2. Expert:innen-Interviews 77
2.2.3. Dokumentenanalysen 77
2.2.4. Reporting-Fragebögen der Fachberaterinnen 77
2.2.5. Erfassungsbogen der begleiteten Familien 77
2.2.6. Zufriedenheitsbefragung 78
3. Ergebnisse 78
3.1. Sample der Expert:innen-Interviews 78
3.2. Das logische Modell zur Intervention SABD-Fam 78
3.3. Problemhintergrund 81
3.3.1. Problemhintergrund: Versorgungsarrangements 81
3.3.2. Problemhintergrund: Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen 83
3.3.3. Problemhintergrund: Vernetzung 83
3.7. Aktivitäten 86
3.7.1. Aktivitäten: Versorgungsarrangements 86
3.7.2. Aktivitäten: Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen 98
3.7.3. Aktivitäten: Vernetzung 100
3.7.4. Aktivitäten: Supervision 102
3.4. Fördernde Faktoren 103
3.5. Hemmende Faktoren 105
3.6. Ressourcen 107
3.6.1. Personelle Ressourcen 108
3.6.3. Materielle Ressourcen 109
3.6.4. Finanzielle Ressourcen 110
3.6.5. Institutionelle Ressourcen 110
3.8. Outcome 111
4. Fazit & Ausblick 114

5. Dissemination 115
Literatur 116

1. Einleitung

Im folgenden Bericht werden die Ergebnisse zu Teilprojekt 2, der Prozessevaluation des Projekts SABD-Fam dargelegt. In diesem Teilprojekt waren Dr. Bernhard Holle (Projektleitung), Manuela Malek (wissenschaftliche Mitarbeiterin) und Dr. Kerstin Köhler (wissenschaftliche Mitarbeiterin) tätig.

2. Methodisches Vorgehen

2.1. Studiendesign

Aufgrund der Vielzahl an Handlungselementen sowie des hohen Koordinationsbedarfs zwischen unterschiedlichen Akteur:innen wurde SABD-Fam als komplexe Intervention verstanden. Die Prozessevaluation orientierte sich dementsprechend am Framework des Medical Research Council (MRC) zur Evaluation komplexer Interventionen (Moore et al., 2015; Skivington et al., 2021). Im Fokus stand hierbei die Phase der Machbarkeitsprüfung (Feasibility), da sich SABD-Fam während des Projektzeitraums in der Entwicklung und Erprobung befand. Die Prozessevaluation gliederte sich in zwei Phasen.

Phase 1: Beschreibung der Intervention in einem logischen Modell

In Phase 1 (November 2023 bis Juni 2024) wurde aufbauend auf die bis dahin bereits erfolgte Entwicklung der Intervention in Teilprojekt 1 die Intervention SABD-Fam unter partizipativer Einbindung aller Projektbeteiligten in ihrer Komplexität beschrieben. Zentrales Ergebnis war die Entwicklung eines logischen Modells (siehe unten Infokasten). Das logische Modell diente im weiteren Projektverlauf als Grundlage für die inhaltliche Ausrichtung sowie als Reflexionsrahmen der Prozessevaluation.

Logische Modelle

Logische Modelle sind strukturierende Instrumente zur konzeptionellen Beschreibung von Interventionen. Sie stellen in vereinfachter Form dar, welches Problem die Intervention adressiert und welche eingesetzten Ressourcen (Inputs) über konkrete Aktivitäten zu bestimmten Ergebnissen (Outputs) und angestrebten Wirkungen (Outcomes) führen sollen. Ebenso können logische Modelle fördernde und hemmende Faktoren für die Durchführung von Interventionen erfassen. Dabei machen sie Wirkannahmen und Wirkmechanismen transparent, die der jeweiligen Intervention zugrunde liegen. In Prozessevaluationen dienen logische Modelle als Analyse- und Reflexionsrahmen: Sie helfen, komplexe Versorgungszusammenhänge systematisch zu erfassen, zentrale Elemente einer Intervention zu identifizieren und Annahmen zur Wirkweise zu prüfen. Im Kontext der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz ermöglichen sie es, strukturelle und prozessuale Herausforderungen sichtbar zu machen und Ansatzpunkte für Verbesserungen zu

identifizieren. Darüber hinaus fördern sie ein gemeinsames Verständnis zwischen Praxis, Wissenschaft und weiteren Stakeholdern. Logische Modelle tragen so zur Qualitätssicherung von Interventionsstudien, zur Theorieentwicklung sowie zur Vorbereitung weiterführender Wirksamkeitsstudien bei (Kellogg, 2004; McLaughlin & Jordan, 2015; Smith et al., 2020).

Phase 2: Prozessevaluation und Überarbeitung des logischen Modells

In Phase 2 (Juli 2024 bis März 2025) wurde die modellhafte Erprobung von SABD-Fam prozessbegleitend evaluiert. Inhaltlich diente das in Phase 1 entwickelte logische Modell als Impulsgeber für die Formulierung analytischer Leitfragen. Die Datenerhebung orientierte sich methodisch am Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009), das eine strukturierte Analyse entlang von fünf zentralen Domänen ermöglicht: (1) Merkmale der Intervention, (2) inneres Setting, (3) äußeres Setting, (4) Charakteristika der beteiligten Personen sowie (5) Umsetzungsprozesse. Für jede dieser Domänen wurden spezifische Fragen für die Erhebungsinstrumente abgeleitet. Ziel der Prozessevaluation war es, empirische Erkenntnisse aus der praktischen Umsetzung zu gewinnen – insbesondere zu fördernden und hemmenden Rahmenbedingungen, zur konkreten Implementierung sowie zu wahrgenommenen Wirkungen der Intervention. Den Abschluss dieser Phase bildete ein partizipativer Workshop mit allen Projektbeteiligten, in dem das logische Modell gemeinsam reflektiert und – wo erforderlich – an die gesammelten Umsetzungserfahrungen angepasst wurde. Die Ergebnisse der Prozessevaluation und das überarbeitete logische Modell bilden eine fundierte Grundlage für eine mögliche Weiterführung der Intervention innerhalb der Malteser, eine Übertragung in andere Regionen und Versorgungssettings sowie für eine anschließende Wirksamkeitsstudie.

2.2. Datenerhebung und -analyse

Die Datenerhebung erfolgte prozessbegleitend während der Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam. Es gab zwei empirische Prozesse: (1) Die partizipative Entwicklung und Überarbeitung des logischen Modells. Hierzu wurden zwei Expert:innen Workshops durchgeführt. (2) Die Datenerhebungen zur Prozessevaluation. Hierzu wurden Interviews, Dokumente, Reporting-Fragebögen und eine Zufriedenheitsbefragung analysiert. Das ethische Clearing für die geplanten Erhebungen wurde am 24.08.2023 durch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) erteilt. Die einzelnen Datenerhebungen und Analysemethoden werden nachfolgend beschrieben.

2.2.1. Expert:innen Workshops zum logischen Modell

Workshop initiales logisches Modell: Im Juni 2024 wurde in einem zweitägigen partizipativen Expert:innen Workshop ein erstes logisches Modell der Intervention SABD-Fam entwickelt. Teilgenommen haben Vertreter:innen aus der Versorgungspraxis und dem Management der Malteser in Nord-Ost-Württemberg, Mitglieder des Malteser Landes- und Bundesverbands, die wissenschaftliche Projektleitung von Teilprojekt 1 (HWG LU) sowie das wissenschaftliche Team des DZNE Witten. Mithilfe interaktiver Methoden, wie der Pinnwandtechnik, wurden zentrale Elemente des logischen Modells erarbeitet: der Problemhintergrund, fördernde und hemmende Faktoren, erforderliche Ressourcen, geplante Aktivitäten sowie erwartete Outputs und kurz-, mittel- und langfristige Outcomes. Hierbei konnte auf die bereits in Teilprojekt 1 geleistete, partizipative Entwicklung der Intervention zurückgegriffen werden. Die Ergebnisse wurden durch das DZNE-Team aufbereitet und in einem anschließenden virtuellen Austausch mit allen Beteiligten konsentiert. Das daraus hervorgegangene initiale logische Modell

diente im weiteren Projektverlauf als inhaltliche Orientierung und Reflexionsrahmen der Prozessevaluation.

Workshop finales logisches Modell: Zum Abschluss von Phase 2 (April 2025) fand ein weiterer eintägiger Expert:innen Workshop mit denselben Beteiligten statt. In diesem wurden die praktischen Erfahrungen aus der Umsetzung der Intervention sowie die Ergebnisse der Prozessevaluation (siehe unten) mit dem bestehenden logischen Modell abgeglichen. In einem interaktiven Format wurde das initiale logische Modell gemeinsam weiterentwickelt und – wo erforderlich – angepasst, um die Erfahrungen der Umsetzungsphase adäquat abzubilden. Abschließend wurde ein finales logisches Modell konsentiert. Dieses dient als Grundlage für eine potenzielle Fortführung der Intervention innerhalb der Malteser Hilfsdienste, eine denkbare Übertragung auf andere Regionen und Versorgungssettings sowie für mögliche zukünftige Wirksamkeitsstudien.

2.2.2. Expert:innen-Interviews

In der Prozessevaluation (Phase 2) wurden leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Akteur:innen geführt: darunter die Fachberaterinnen Demenz, Mitarbeitende der Malteser auf lokaler und verbandlicher Ebene sowie weitere am Projekt beteiligte Personen. Ziel der Interviews war es, Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von SABD-Fam, konkrete Herausforderungen sowie Wahrnehmungen zur Wirksamkeit der Intervention zu erfassen. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und softwaregestützt mit MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz & Rädiker, 2024). Dabei war eine wissenschaftliche Mitarbeiterin primär für die Kodierung und Auswertung verantwortlich; zur Qualitätssicherung wurden ausgewählte Daten stichprobenartig von einer zweiten Person codiert und die Ergebnisse einem Konsensverfahren diskutiert und abgestimmt.

2.2.3. Dokumentenanalysen

Ebenso wurden projektinterne Dokumente, die teilweise aus der Umsetzung der Intervention in Teilprojekt 1 resultierten, etwa Protokolle von Sitzungen, Arbeitsmaterialien der Fachberaterinnen und Dokumentationen, inhaltsanalytisch (Kuckartz & Rädiker, 2024) und softwaregestützt mit MAXQDA ausgewertet.

2.2.4. Reporting-Fragebögen der Fachberaterinnen

Während der Interventionsphase (Phase 2) wurden von Oktober 2024 bis März 2025 die durch die Fachberaterinnen Demenz erbrachten Leistungen monatlich in einem strukturierten Reporting-Fragebogen erfasst. Darin wurde jeweils erfragt, wie viele Familien auf das Projekt SABD-Fam angesprochen wurden und wie viele für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden konnten. Ebenso wurden Angaben gemacht, wie viele Beratungsbesuche und wie viele Fallbesprechungen stattgefunden haben und wie viele Fachkräfte daran teilgenommen haben. Die gesammelten Daten wurden deskriptiv ausgewertet.

2.2.5. Erfassungsbogen der begleiteten Familien

Vor Projektabschluss wurden im April 2025 Basisdaten zu den einzelnen begleiteten Familien strukturiert erfasst. Die Daten wurden durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen des DZNE im Rahmen eines Video-Calls mit den Fachberaterinnen erhoben und direkt in eine Excel-Tabelle eingegeben. Einzelne zum Zeitpunkt des Gesprächs

noch unbekannte Daten wurden von den Fachberaterinnen recherchiert und nachträglich ergänzt. Erhoben wurden Start und Ende der Begleitung, soziodemografische Daten der Person mit Demenz und ihres Angehörigen, Daten zu Demenzdiagnose und Demenztyp, zum informellen und formellen Hilfenetz vor und zum Ende der Interventionsphase, zur Empfehlung und Umsetzung von Maßnahmen, sowie zu beobachteten Ergebnissen der Intervention. Die Datenauswertung erfolgte deskriptiv.

2.2.6. Zufriedenheitsbefragung

Zum Ende der Interventionsphase (Phase 2) wurde allen teilnehmenden Familien durch die Fachberaterinnen ein Zufriedenheitsfragebogen in Papierform ausgehändigt (März oder April 2025). Ausgefüllt wurde der Fragebogen freiwillig und anonym; entweder durch die Person mit Demenz, durch den versorgenden Angehörigen oder durch beide gemeinsam. Die Familien wurden gebeten, den Zufriedenheitsfragebogen mit einem beigelegten frankierten Rückumschlag direkt an das DZNE zu senden. Erhoben wurden Daten zur Zufriedenheit mit der Begleitung der Fachberaterinnen und den Fallbesprechungen, sowie zu Informationen über das Projekt SABD-Fam. Die Daten der zurückgesendeten Fragebögen wurden in der Statistiksoftware SPSS erfasst und deskriptiv ausgewertet.

3. Ergebnisse

3.1. Sample der Expert:innen-Interviews

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden insgesamt 8 leitfadengestützte Expert:innen-Interviews mit 7 verschiedenen Personen durchgeführt. Es gab 3 Einzelinterviews, 4 Doppelinterviews und 1 Interview mit 3 Expert:innen. Die Interviews fanden im Zeitraum von September 2024 bis März 2025 statt und dauerten zwischen 20 und 90 Minuten (überwiegend etwa 60 Minuten). Interviewt wurden Personen, die auf unterschiedlichen Ebenen in die Planung, Umsetzung und Steuerung der Intervention SABD-Fam eingebunden waren. Interviewt wurden die Fachberaterinnen Demenz, eine Pflegedienstleitung, die Leitung von Teilprojekt 1 sowie Vertreter:innen der lokalen Managementebene und der Fachebene der Malteser zum Thema Demenz. Die Auswahl dieser Interviewpartner:innen ermöglichte es, ein differenziertes Bild der organisationalen, strategischen und fachlichen und Perspektiven auf das Projekt zu gewinnen. Die Interviewten verfügten über unmittelbare Praxiserfahrung oder Steuerungsverantwortung innerhalb des Projektkontexts und konnten somit fundierte Einschätzungen zu Gelingensbedingungen, Herausforderungen und möglichen Wirkungen der Intervention SABD-Fam beitragen. Die Ergebnisse der Expert:innen-Interviews wurden in den nachfolgenden, der Struktur des logischen Modells folgenden Ergebnisbericht themenspezifisch integriert.

3.2. Das logische Modell zur Intervention SABD-Fam

Die partizipative Entwicklung und Nutzung eines logischen Modells zur Intervention SABD-Fam erwies sich im Verlauf der Prozessevaluation als methodisch sehr geeignet. Das initiale in Phase 1 entwickelte Modell fungierte als Instrument zur strukturierten Beschreibung der Intervention SABD-Fam und diente als gemeinsame gedankliche Grundlage für alle im Projekt involvierten Akteure. Durch den partizipativen Entwick-

lungsprozess – insbesondere in den zwei zentralen Workshops – wurde ein kohärentes Verständnis der Zielsetzung, Rahmenbedingungen, geplanten Aktivitäten sowie der intendierten Wirkmechanismen und Outcomes geschaffen. Die iterative Überarbeitung des initialen Modells am Ende von Phase 2 ermöglichte eine kritische Reflexion tatsächlich realisierter Versorgungsprozesse sowie notwendiger Anpassungen der Intervention. Damit wurde das logische Modell zu einem geeigneten Instrument, um die dynamische Entwicklung der Intervention SABD-Fam im Prozess der Umsetzung strukturiert festzuhalten. Die finale Fassung des logischen Modells bietet damit nicht nur eine valide Grundlage für die vorliegende Prozessevaluation, sondern auch ein übertragbares Strukturierungstool für die Fortführung und Weiterentwicklung der Interventionen SABD-Fam – sei es innerhalb des Malteser Hilfsdienstes oder in anderen Versorgungssettings mit ähnlichen Herausforderungen. Abbildung 5 zeigt das finale logische Modell zur Prozessevaluation von SABD-Fam. Im Appendix dieses Abschlussberichts findet sich auch das initiale Modell aus dem ersten Workshop. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Prozessevaluation angelehnt an die Inhalte und Elemente des logischen Modells berichtet und darauf bezogen diskutiert.

Abb. 5: Finale Version des Logischen Modells zu SABD- Fam

3.3. Problemhintergrund

Im logischen Modell wurde der Problemhintergrund beschrieben, auf den die Intervention SABD-Fam reagiert. Der Problemhintergrund ist als thematische Grundlage für die Ausrichtung der Intervention zu verstehen. Er beschreibt welches Problem mit der Intervention adressiert werden soll. Im durchgeführten Projekt speiste sich die Beschreibung des Problemhintergrundes vornehmlich aus den professionellen Erfahrungen der Workshopteilnehmer:innen, aber auch auf schon konkrete Erkenntnisse die in Teilprojekt 1 im Rahmen der partizipativen Entwicklung gewonnen werden konnten. In den Workshops zum logischen Modell identifizierten die Teilnehmenden drei zentrale Handlungsfelder. Dies waren:

- die **Versorgungsarrangements**, also die Begleitung von Familien, in denen eine Person mit Demenz in der Häuslichkeit versorgt wird,
- die **Qualifizierung & Ressourcen** der Fachberaterinnen Demenz,
- die **Vernetzung** des Projekts SABD-Fam innerhalb und außerhalb der Malteser.

3.3.1. Problemhintergrund: Versorgungsarrangements

Im ersten Workshop zum initialen logischen Modell und über die gesamte Projektlaufzeit hinweg äußerten die Teilnehmenden, dass das Leben mit Demenz für Betroffene und ihre Angehörigen eine anhaltend belastende Situation darstelle. Sie berichteten, dass der Verlauf der Demenz teils mit herausforderndem Verhalten der Menschen mit Demenz einhergehe, dass sich unter anderem aus einem erschwerten Zugang zu verbaler Kommunikation und dem daraus resultierenden Nicht-Erkennen von Bedürfnissen ergebe. Dies führe bei Angehörigen nicht nur zu pflegepraktischen, sondern vor allem auch zu emotionalen Belastungen. Viele Angehörige erlebten eine zunehmende Überforderung, da ihnen Wissen über den Umgang mit herausforderndem Verhalten fehle und psychosoziale Unterstützung oftmals nicht verfügbar oder nicht niederschwellig zugänglich sei. Insbesondere im Verlauf des Projektes stellte sich heraus, dass eine große Herausforderung darin bestand, dass Angehörige das herausfordernde Verhalten teils nicht als Teil der Demenz erkennen und interpretieren konnten. Dies führte zu Missverständnissen und Schuldzuschreibungen innerhalb der Familie. In den Interviews wurde diese Sicht bestätigt:

„Und was ich auch gemerkt habe, manchmal macht es schon einfach Sinn, die Demenz zu erklären oder ein Verhalten zu erklären oder eine Vermutung zumindest zu haben, warum das Verhalten so ist. Dann können das die Angehörige manchmal auch besser akzeptieren an Verhalten. Weil das macht ja wütend, wenn der Partner Sachen verräumt oder fünfmal das Gleiche fragt oder in einer Welt lebt, in der / vor 20 Jahren, wo er halt in den Stall gegangen ist und das gemacht hat. Das können die gar nicht begreifen, dass es andere / Oder doch, die können es schon begreifen, wenn sie es erklärt bekommen."
(Interview_29A037F0_E386A072, Pos. 27)

Im ersten Workshop benannten die Teilnehmenden die Stabilisierung der häuslichen Versorgung als zentrales Interventionsziel von SABD-Fam. Es gehe darum, eine statio-

näre Unterbringung möglichst lange hinauszuzögern. Im Projektverlauf zeigte sich jedoch, dass dieser Fokus unzureichend und teils sogar kontraproduktiv war. Wie Diskussionen im zweiten Workshop und Aussagen aus Interviews verdeutlichten, berücksichtigte die einseitige Ausrichtung auf die Vermeidung eines Heimeinzugs nicht immer die tatsächlichen Bedürfnisse der Angehörigen. Besonders problematisch war dies in instabilen Versorgungssituationen – etwa bei fortschreitender Überlastung der Angehörigen oder zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten der Person mit Demenz –, in denen ein Festhalten an der häuslichen Versorgung zu einer Verschärfung der Belastung führte.

Dementsprechend wurde das Problemverständnis im zweiten Workshop erweitert. Im Mittelpunkt stand nun nicht mehr ausschließlich die Verlängerung des Verbleibs in der Häuslichkeit, sondern die Förderung eines verstehenden und akzeptierenden Umgangs mit dem Verlauf der Demenz – auch im Hinblick auf mögliche Veränderungen der Lebens- und Wohnsituation. Angehörige sollten das Annehmen professioneller Hilfe nicht als persönliches Versagen, sondern als verantwortungsvolle Entscheidung verstehen. Dennoch blieb es herausfordernd Angehörige diesbezüglich zu ermutigen:

„Und auch das ganz, ganz Wichtige für die Angehörigen, war glaube auch bei vielen, die Schuld zu nehmen, wenn man Hilfe von außen nimmt. Die sind alle / Alle haben ein schlechtes Gewissen, wenn sie Hilfe von außen nehmen, weil auf dem Land macht man das nicht"
(Interview_29A037F0_E386A072, Pos. 19)

Sowohl die Diskussionen der Workshops, als auch die Interviewaussagen machten deutlich, dass vielen Familien eine kontinuierliche Ansprechperson fehlte, der sie Vertrauen schenken konnten, und die nicht nur punktuell berät, sondern eine tragfähige länger andauernde Beziehung aufbaut. Die Annahme von Hilfe – so die Akteur:innen – fiele Angehörigen oft schwer, nicht zuletzt, weil sie ihre eigene Belastungsgrenze nur schwer erkennen oder ihnen keine passenden Unterstützungsangebote bekannt seien.

Die Workshop-Teilnehmenden berichteten, dass der Zugang zu Familien, bei denen eine Demenz vermutet oder gerade erst diagnostiziert wurde und die noch nicht in professionelle Versorgungsstrukturen eingebunden sind, herausfordernd sei. Die Fachberaterinnen berichteten, dass häufig zunächst eine Vertrauensbasis geschaffen werden musste, bevor Angehörige bereit waren, Unterstützung anzunehmen. Viele Familien – so die Wahrnehmung der Akteur:innen – lebten mit einer dauerhaften Erschöpfung, die eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit der Angehörigen bedinge und in der die Reflexion der eigenen Situation und die Inanspruchnahme externer Hilfe kaum möglich seien.

Die Workshop-Beiträge und Interviewdaten wiesen darüber hinaus auf strukturelle Hindernisse in der Versorgung hin. Qualitativ hochwertige, kontinuierliche Beratungs- und Unterstützungsangebote benötigen finanzielle und personelle Ressourcen, die im aktuellen System, insbesondere im Rahmen der Leistungen nach SGB XI, nicht ausreichend refinanzierbar seien. Dies beträfe vor allem nicht-medizinische, pflegerische und psychosoziale Leistungen sowie auf Prävention ausgerichtete Interventionen. Die Folge seien Versorgungslücken, eine eingeschränkte Lebensqualität der Angehörigen

und langfristig instabile Versorgungssituationen, die vermeidbare Klinikaufenthalte und frühzeitige Heimunterbringungen zur Folge haben könnten. Gleichzeitig ist die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, bei vielen Familien aus Scham oder Sorge um gesellschaftliche Stigmatisierung reduziert.

„Wir hatten hier zwei Fälle, wo dann eine Heimunterbringung halt in der Diskussion stand und, ich glaube, wenn dann durch unser Zutun die Familie gestärkt wird auf dem Weg / es geht so halt nicht mehr weiter und ihr müsst euch professionelle Hilfe holen und es muss jetzt der nächste Step gegangen werden. So sehe ich unser Projekt, weil das immer noch schambehaftet ist, das Thema. Und viele im Umfeld dann doch nicht miteinander / also nicht darüber reden wollen. Und wir können die professionelle Hilfe geben, dass es halt wirklich auch noch andere Optionen gibt, wie nur das aushalten, was in der Familie passiert."
(Interview 40890219, Pos. 24)

3.3.2. Problemhintergrund: Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen

In den Workshops zum logischen Modell wurde als weiteres Problem definiert, dass pflegerisches Fachpersonal häufig über Grundwissen in der Demenzpflege verfüge, es jedoch an vertieften Kenntnissen und spezialisierten Schulungen mangele, die Pflegende insbesondere auf die Kommunikation mit Angehörigen und das Handeln in häuslichen Versorgungsarrangements mit komplexen Familiendynamiken vorbereite. Ohne diese erweiterten Kompetenzen und ausreichende zeitliche Ressourcen könnten professionell Pflegende Familien nicht adäquat begleiten und unterstützen, was die Qualität der demenzspezifischen Pflege beeinträchtige. Auch wurde im Workshop-Kontext diskutiert, dass oftmals die notwendige Zeit fehle, um individuell auf herausforderndes Verhalten einer Person mit Demenz einzugehen oder Angehörige gezielt zu entlasten. Diese strukturellen Defizite auf der Qualifikations- und Ressourcenebene wirkten sich unmittelbar auf die Versorgungssituation von Familien aus. Angehörige erhielten zwar pflegerische Unterstützung, jedoch oft ohne ein vertieftes Verstehen ihrer familiären Dynamik oder eine längerfristige Begleitung bei emotionalen Belastungen und Beziehungsbrüchen, die durch die Demenz entstehen könnten. Dies führe – so die Akteur:innen – zu einer Lücke zwischen dem tatsächlichem Unterstützungsbedarf und den verfügbaren Leistungen. Häufig fehle es auch an grundlegenden Materialien wie geeigneten Erfassungsinstrumenten, angepassten Dokumentationssystemen oder einem strukturierten Zugang zu Supervision. Dadurch gerieten Fachpersonen in die Situation, hochkomplexe Familiensysteme mit inadäquaten Mitteln begleiten zu müssen, was langfristig zu Überforderung oder Resignation führen könne. Der erhebliche Zeitdruck erschwere es, eine umfassende Begleitung und einfühlsame Kommunikation sicherzustellen, die für das Verständnis der individuellen Bedürfnisse der Betroffenen notwendig seien.

3.3.3. Problemhintergrund: Vernetzung

Ein weiteres zentrales Handlungsfeld, das in den Workshops zum logischen Modell definiert wurde, war die Vernetzung. Die Teilnehmenden beschrieben, dass die Vernetzung relevanter Akteur*innen im Versorgungssystem für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unzureichend und strukturell nicht etabliert sei und in der Praxis oft nur punktuell umgesetzt werde. Wichtige Informationen über die Versorgungssituation

von Menschen mit Demenz und ihren Familien würden nicht systematisch weitergegeben. Obwohl in der Versorgungslandschaft das grundsätzliche Bewusstsein für die Bedeutung koordinierter Zusammenarbeit vorhanden sei, mangele es an konkretem Engagement sowie an praktikablen Konzepten zur systematischen Umsetzung. Insbesondere der Austausch zwischen Pflegefachpersonen und Hausärzt:innen sei bislang nicht ausreichend institutionalisiert, wodurch wichtige Informationen zur Versorgungssituation nicht weitergegeben würden und potenzielle Synergieeffekte ungenutzt blieben.

Darüber hinaus wurde in den Workshops auf strukturelle Engpässe hingewiesen, etwa auf lange Wartezeiten bei Tagespflegeplätzen oder einen erschwerten Zugang zur psychiatrischen Versorgung. Die sektorenübergreifende Kooperation sei insbesondere durch die Heterogenität der beteiligten Akteur:innen erschwert. Während einige institutionelle Partner im Projektverlauf unkompliziert einbezogen werden konnten, gestaltete sich die Zusammenarbeit mit kommunalen Stellen, wie zum Beispiel dem Landratsamt, als besonders herausfordernd.

Interviewaussagen unterstrichen, dass insbesondere die Zusammenarbeit zwischen psychosozialem Fachpersonal und medizinischen Akteur:innen, wie Hausärzt:innen oder Fachärzt:innen, häufig auf persönliche Einzelinitiativen beschränkt blieb. Diese fehlende Systematisierung führe dazu, dass wichtige Informationen, zum Beispiel über Veränderungen im Verhalten, Überforderungssituationen in der Familie oder psychosoziale Risikofaktoren, nicht zeitgerecht weitergegeben würden. Dadurch würden potenzielle Synergien verschenkt, etwa bei der Koordination medizinischer und sozialer Unterstützungsangebote. Auch die Einbindung kommunaler Stellen – etwa der Pflege- oder Sozialämter – war nach Aussagen der Fachpersonen oft durch hohe Schwellen und langwierige Abstimmungsprozesse geprägt. Ebenso wurden Datenschutzvorgaben und unklare Zuständigkeiten benannt. Die strukturellen Unterschiede zwischen ambulanten Pflegediensten, sozialpsychiatrischen Diensten, Betreuungsangeboten und ärztlicher Versorgung führten dazu, dass viele Familien isoliert in Teilversorgungssystemen verblieben. Auch Malteser-intern fehlten vor Projektbeginn etablierte Prozesse für den regelmäßigen interprofessionellen Austausch. Es bestanden keine formalen Routinen für Fallbesprechungen mit Beteiligung verschiedener Berufsgruppen.

Ein weiterer angesprochener Aspekt im Workshop betraf die mangelnde Sichtbarkeit psychosozialer Leistungen in der Versorgungslandschaft. Die Intervention SABD-Fam wurde laut den Beteiligten in einer Umgebung implementiert, in der innovative, präventiv wirksame Unterstützungsformate weder strukturell verankert noch finanziell abgesichert waren. Dies erschwere nicht nur die Kooperation mit anderen Institutionen, sondern führe auch zu einer zögerlichen Inanspruchnahme durch Familien, da niedrigschwellige Angebote außerhalb klassischer Pflegeleistungen kaum bekannt seien.

Diskussion zum Problemhintergrund

Die Beschreibung des Problemhintergrunds im logischen Modell betont, dass Familien einer Person mit Demenz häufig unter hoher praktischer und emotionaler Belastung stehen. Aus Sicht der Akteur:innen im Modellprojekt SABD-Fam ergab sich daraus ein klarer Handlungsbedarf in drei zentralen Bereichen: Erstens brauche es eine verlässliche, kontinuierliche Begleitung von Familien, die frühzeitig ansetzt und langfristig verfügbar ist. Zweitens sei der Einsatz von spezifisch qualifiziertem Fachpersonal notwendig, um Familien bedarfsgerecht zu unterstützen und zu entlasten. Drittens seien stärkere regionale und sektorenübergreifende Vernetzungsstrukturen erforderlich, um bestehende Angebote besser zu koordinieren und Versorgungslücken zu schließen.

Diese Beobachtungen korrespondieren mit aktuellen Erkenntnissen zur Versorgungslage in Deutschland und Europa. Trotz zahlreicher sozialpolitischer Bemühungen um demenzfreundliche Versorgung existieren bis dato erhebliche Unterschiede in der Verfügbarkeit von Unterstützungsstrukturen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen (Kricheldorff, 2025). In vielen Regionen – insbesondere in ländlichen Räumen – fehlen flächendeckende, koordinierte Angebote, was die Versorgungssituation für betroffene Familien instabil macht und regionale Ungleichheiten verstärkt. Die Zugänglichkeit zu formellen Hilfen ist stark abhängig von lokalen Gegebenheiten, was eine standardisierte, gerechte Versorgung erschwert (Schmachtenberg et al., 2022).

Darüber hinaus wirken sich sowohl individuelle als auch systemische Barrieren negativ auf den Zugang zu formaler Versorgung aus. Auf der individuellen Ebene zögern viele Angehörige lange, bevor sie sich entschließen, Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen; dieser Schritt wird in Untersuchungen als ein kritischer Punkt im Versorgungsverlauf benannt (Stephan et al., 2015a). Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme formeller Unterstützung sind gut beforscht und vielgestaltig. Gründe sind etwa der Anspruch des Angehörigen, die Versorgung allein meistern zu wollen, Angst vor Stigmatisierung und Angst davor, Hilfebedarf offenzulegen, Widerstand der Pflegeempfänger:innen, Orientierungslosigkeit in Bezug auf die Angebotslandschaft, Sorge vor hohen Kosten, sowie mangelnde Passgenauigkeit von Leistungen etwa in Bezug auf deren Erreichbarkeit, Qualität, Flexibilität oder Kontinuität (Karrer et al., 2020; Ashley MacLeod et al., 2017; Morrisby et al., 2018)

Auf struktureller Ebene sind etwa unzureichende berufliche Kompetenzen im Umgang mit Demenz sowie fehlende Koordination zwischen den beteiligten Akteur:innen als zentrale Faktoren genannt, die frühzeitige Einbindung von Hilfsangeboten erschweren (Bergmann et al., 2022). Ein weiteres strukturelles Problem besteht in der begrenzten Bekanntheit und fehlenden strukturellen Absicherung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote. Diese zeichnen sich durch geringe Zugangshürden, schnelle Reaktionszeiten und niedrige formale Anforderungen aus. Ihre Inanspruchnahme wird jedoch durch herausforderndes Verhalten der Betroffenen, Unsicherheit im Umfeld sowie eine geringe gesellschaftliche Wertschätzung erschwert. Problematisch ist zudem der Trend, niedrigschwellige nicht-professionelle Angebote zunehmend durch kosteninintensivere professionelle Dienste zu ersetzen, was nicht immer bedarfsgerecht ist.

Stattdessen ist ein ausgewogener Angebotsmix erforderlich, der verschiedenen Lebenslagen gerecht wird (Hochgraeber et al., 2017).

In der Literatur existieren umfassende Empfehlungen dazu, wie mangelnder Zugang zu und geringe Inanspruchnahme von Leistungen verbessert werden kann (Røsvik et al., 2020). Die klare Botschaft zahlreicher Projekte und Studien ist die große Bedeutung eines zentralen Ansprechpartners, der Wissen vermittelt, beim Zugang zu Leistungen unterstützt und die in ein Versorgungsarrangement eingebundenen Akteure koordiniert (Lord et al., 2020; Ashley MacLeod et al., 2017). Es liegen Reviews vor, die solchen Case-Management-Ansätzen einen positiven Effekt für einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit attestieren (DGPPN, 2017; Reilly et al., 2015; Tam-Tham et al., 2013). Genau hier schließt die Intervention SABD-Fam mit der Grundidee einer kontinuierlichen fachlichen Begleitung und dem zentralen Ziel der Stabilisierung häuslicher Versorgungsarrangements an.

Der Wechsel von der häuslichen Pflege in eine stationäre Langzeitpflegeeinrichtung ist für viele Familien ein besonders konfliktbeladener Wendepunkt (Bjørge et al., 2023). Angehörige treffen diese Entscheidung nicht allein auf Basis objektiver Pflegebedarfe, sondern unter dem Einfluss komplexer psychosozialer Faktoren: eigene Belastungsgrenzen, wahrgenommene Pflegekompetenz, Beziehungsqualität, Erleben von Krisen sowie finanzielle Erwägungen (Nunez, 2021). Häufig wird eine Entscheidung für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung erst gefällt, wenn die Belastung für die Angehörigen subjektiv „unerträglich“ geworden ist und Betreuende sich in Krisensituationen unvorbereitet und allein gelassen fühlen. Sicherheit für die pflegebedürftige Person, Vermeidung von Schuldgefühlen und das Bedürfnis nach bestärkender Rückmeldung durch Fachpersonen sind zentrale Themen in solchen Entscheidungsprozessen (Teng et al., 2020). Für Familien ist es wichtig, Übergänge ins Pflegeheim nicht als letzten Ausweg aus einer krisenhaften Versorgungssituation zu erleben, sondern diese bewusst anzunehmen und proaktiv zu gestalten (Von Kutzleben et al., 2017).

3.7. Aktivitäten

Ziel der Prozessevaluation (Phase 2) war es, die praktische Umsetzung der Intervention SABD-Fam zu begleiten und vertiefte Erkenntnisse zu förderlichen Bedingungen sowie Herausforderungen bei der Implementierung in der Versorgungspraxis zu gewinnen. Die durchgeführten Aktivitäten orientierten sich dabei an den im Problemhintergrund des logischen Modells identifizierten zentralen Handlungsfeldern und speisten sich aus den Erkenntnissen der vorgelagerten Entwicklungsphase in Teilprojekt 1 und den konkreten Erfahrungen die durch die Workshopteilnehmer:innen in der Umsetzungsphase gemacht wurden und dann entsprechend eingebracht wurden.

3.7.1. Aktivitäten: Versorgungsarrangements

Insgesamt wurden 13 Familien in die Intervention SABD-Fam eingeschlossen. In 6 Familien war die Person mit Demenz Kunde bzw. Kundin eines ambulanten Pflegedienstes der Malteser, in 7 Familien war die Person mit Demenz Gast in einem Café Malta.

Tabelle 2 gibt einen Überblick zu zentralen Charakteristika dieser Familien.

	Kunden des Pflegedienstes						Gäste des Café Malta						
	Familie 1	**Familie 2**	**Familie 3**	**Familie 4**	**Familie 5**	**Familie 6**	**Familie 7**	**Familie 8**	**Familie 9**	**Familie 10**	**Familie 11**	**Familie 12**	**Familie 13**
Start der Intervention	24.09.2024	18.10.2024	26.09.2024	14.11.2024	15.11.2024	23.01.2025	16.10.2024	30.10.2024	18.02.2025	20.11.2024	20.09.2024	18.09.2024	06.11.2024
Abschluss er Intervention	nein	nein	nein	nein	nein	nein	31.03.2025	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Person mit Demenz													
Geschlecht	m	m	w	m	m	w	w	m	m	m	m	m	w
Alter	80	84	91	84	82	78	84	88	83	85	90	67	90
Demenzdiagnose	ja	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein
Demenztyp	Alzheimer				Alzheimer	Alzheimer, Vaskuläre Demenz			Alzheimer	Alzheimer	Alzheimer	Vaskuläre Demenz	
Hauptversorgungsperson													
Beziehung zur Person mit Demenz	Ehefrau	Ehefrau	Sohn Schwiegertochter	Ehefrau	Ehefrau	Tochter	Schwiegertochter	Tochter	Ehefrau	Ehefrau	Ehefrau	Ehefrau	2 Töchter
Angehöriger Geschlecht	w	w	m, w	w	w	w	w	w	w	w	w	w	w, w
Angehöriger Alter	78	83	66, 63	78	71	47	57	52	79	82	83	62	61, 58
Summenscore HPS	25	18	3	27	17	19	4		14	14	22	11	17, 12
Informelle Unterstützung													
informelle Helfer*innen	keine	Sohn Schwiegertochter	keine	keine	keine	keine	Tochter, Sohn	keine	Tochter	Tochter	Tochter	Tochter Schwiegersohn	Sohn
Formelle Hilfen VORHER													
formelle Hilfen VORHER	keine	Pflegedienst, Tagespflege	Pflegedienst, Tagespflege	Pflegedienst	Pflegedienst	Tagespflege	Café Malta	Pflegedienst, Café Malta, Haushaltshilfe	Pflegedienst, Café Malta	Café Malta	Café Malta	Café Malta	Café Malta
Aktivitäten des SABD-Fam Teams													
Hausbesuche der FB-Dem	6	5	4	4	5	3	5	3	4	4	4	6	1
Telefonkontakte zur FB-Dem	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
Kontakt zur FB-Dem im Café Malta	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja
Kontakt der FB-Dem zum Hausarzt	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein
interdisziplinäre Fallbesprechung	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein
einrichtungsbezogene Fallbesprechung	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	nein
Formelle Hilfen NACHHER													
Pflegestufe erhöht	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	ja	ja	ja	ja	nein
Inanspruchnahme erhöhnt	ja	ja	/	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
formelle Hilfen NACHHER	Pflegedienst, Tagespflege, 24h-Pflege, Schulungen	Pflegedienst, Tagespflege, Haushaltshilfe, Schulungen	Pflegedienst, Tagespflege, Schulungen	Pflegedienst, Café Malta	Pflegedienst, Tagespflege, Betreuungsdienst, Schulungen	Pflegedienst, Tagespflege, Beratung, Schulungen	Pflegedienst, Tagespflege, Café Malta	Pflegedienst, Haushaltshilfe, Café Malta, 24-h Pflege	Pflegedienst, Café Malta (mehr)	Tagespflege, Café Malta	Tagespflege, Café Malta	Pflegedienst, Tagespflege, Café Malta	Café Malta, 24-h Pflege
Outcomes													
Reduktion herausforderndes Verhalten	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	ja	ja	nein
psychische/emotionale Entlastung	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Entlastung bei praktischer Pflege	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
(geplanter) Übergang Langzeitpflege	ja	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein

Tab.2: Charakteristika der eingeschlossenen Familien in SABD-Fam

Im Interventionszeitraum gab es keine Familien, die von anderen Gesundheitsdienstleistern (zum Beispiel Arztpraxis, Krankenhaus), aus der lokalen Presse (Zeitung, Internet, Flyer) oder von Freunden oder Bekannten vom Projekt SABD-Fam erfahren und Interesse bekundet hatten. Dies stand selbstverständlich in Zusammenhang mit der sehr kurzen Laufzeit des Modellprojekts. Allerdings äußerten die Projektbeteiligten insbesondere im 2. Workshop zum logischen Modell hohes Interesse daran, die Strategien zur Gewinnung von Klienten für SABD-Fam in möglichen Nachfolgeprojekten oder bei einer Verstetigung des Angebots breiter aufzustellen, damit möglichst viele Familien von der Intervention erfahren und davon profitieren können (vgl. auch Kapitel Fazit & Ausblick).

Der Start der Begleitung durch zwei Fachberaterinnen Demenz lag zwischen dem 18. September 2024 und dem 18. Februar 2025. Eine Fachberaterin war Pflegefachperson eines ambulanten Dienstes der Malteser und eine Fachberaterin, hatte eine Leitungsfunktion in den Café Maltas der Region. Im Durchschnitt betrug die Dauer des Interventionszeitraums 5,5 Monate (Spanne 2-7 Monate). Bei einer Familie wurde die Intervention Ende März 2025 beendet; alle anderen Familien werden nach offiziellem Projektabschluss – so lange wie sie dies benötigen – durch die Fachberaterinnen der Malteser weiter begleitet.

In den in das Programm aufgenommenen Familien lebten 9 Männer und 4 Frauen mit Demenz, die ein Durchschnittsalter von 83,5 Jahren aufwiesen (Altersbereich: 67-91 Jahre). Bei 7 Personen lag eine ärztliche Demenzdiagnose vor. 5 Personen hatten eine Alzheimer-Demenz, 1 Person hatte eine vaskuläre Demenz, 1 Person hatte eine Mischform aus Alzheimer und vaskulärer Demenz. Bei den 6 Personen ohne ärztliche Demenzdiagnose lag überwiegend der Verdacht auf eine Alzheimer Demenz vor.

15 Hauptversorgungspersonen waren in den 13 Familien aktiv: in 11 Familien gab es jeweils 1 Hauptversorgungsperson, in 2 Familien teilten sich je 2 Personen die Sorgeverantwortung gleichberechtigt. Die Hauptversorgungspersonen waren 8 Ehefrauen sowie 4 Töchter, 2 Schwiegertöchter und 1 Sohn. Die Ehefrauen waren im Durchschnitt 77 Jahre alt (Altersbereich: 62-83 Jahre), die (Schwieger-)Kinder waren im Durchschnitt 57,7 Jahre alt (Altersbereich: 47-66 Jahre). 3 Ehefrauen versorgten ihren Mann alleine ohne weitere informelle Unterstützung, bei 5 Ehefrauen waren Kinder (vorwiegend Töchter) beziehungsweise Schwiegerkinder in die Versorgung eingebunden. 3 Kinder trugen die Verantwortung für die Pflege ihres Elternteils alleine, in 2 Eltern-Kind-Arrangements waren eine Partnerin bzw. ein Bruder der Hauptversorgungsperson zusätzlich involviert.

Um das subjektive Belastungserleben der Angehörigen zu erfassen, führten die Fachberaterinnen zu Beginn der Begleitung bei 12 von 13 Familien ein Assessment mit der Kurzversion der Häuslichen Pflegeskala (HPS) (Pendergrass et al., 2018) durch. Die ermittelte Belastung war bei den Ehefrauen mit einem durchschnittlichen Summenwert von 18,5 Punkten (Summenwerte: 11-27) hoch bis sehr hoch; bei den Kindern wurde mit einem durchschnittlichen Summenwert von 11 Punkten (Summenwerte: 3-19) eine moderate Belastung festgestellt.

Insgesamt haben die Fachberaterinnen während des Interventionszeitraums 54 Beratungsbesuche in der Häuslichkeit der 13 teilnehmenden Familien gemacht. In jeder Familie fanden im Durchschnitt 4,2 Besuche statt (Spanne 1-6 Besuche). Darüber hinaus gab es in 5 Familien regelmäßig und in 7 Familien gelegentlich zusätzlich telefonische Kontakte zur Fachberaterin. Bei 6 Familien fanden darüber hinaus persönliche Kontakte zur Fachberaterin im Rahmen von Besuchen im Café Malta statt. Bei 1 Familie wurde durch die Fachberaterin ein moderiertes Familiengespräch initiiert.

Neben der Begleitung durch die Fachberaterinnen wurden im Interventionszeitraum für 4 Familien interdisziplinäre Fallbesprechungen (siehe auch ab S. 88) und für 5 Familien einrichtungsbezogene Fallbesprechungen mit dem Team des Pflegedienstes beziehungsweise des Café Malta (siehe auch ab S. 87) durchgeführt. An diesen Fallbesprechungen nahmen bis zu 6 Personen teil. In 5 Fällen gab es einen persönlichen Austausch der Fachberaterin mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt des Menschen mit Demenz.

In der Interventionsphase von SABD-Fam wurde die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen in 12 von 13 Familien deutlich ausgebaut. Vor Beginn von SABD-Fam gab es in 1 Familien gar keine formelle Unterstützung, in 7 Familien wurde bereits vorher das Café Malta genutzt, in 6 Familien war bereits ein ambulanter Pflegedienst eingebunden, 3 Familien nutzten eine Tagespflege und 1 Familie hatte eine Haushaltshilfe. Während SABD-Fam wurde für 7 Menschen mit Demenz erfolgreich eine höhere Pflegestufe beantragt. Bei den meisten Familien wurden zusätzliche Hilfen installiert und/oder der zeitliche Umfang der Nutzung von Pflegediensten, Tagespflege und Café-Malta erhöhte sich, in 3 Familien wurde eine 24-Stunden-Pflegekraft eingestellt, genutzt wurden auch Beratungsstellen, ein ehrenamtlicher Betreuungsdienst sowie Angehörigen-Schulungen.

Aufnahme in die Begleitung

Die Prozessevaluation zeigte, dass sich die strukturierte Aufnahmephasen (s. Bericht von Teilprojekt 1) von SABD-Fam mit mehreren Hausbesuchen der Familien bewährt hat. In mehreren Interviews wurde betont, dass der Vertrauensaufbau zur Fachberaterin ein zentraler fördernder Faktor für den Erfolg der Begleitung war. Die Aufnahmephase bot Raum für die Entwicklung einer tragfähigen Beziehung und für die strukturierte Erhebung zentraler Informationen zur Lebens- und Versorgungssituation der begleiteten Familien.

Die Fachberaterinnen nutzten in der Aufnahmephase standardisierte Instrumente wie die Häusliche Pflegeskala (HPS) (Pendergrass et al., 2018), das Instrument zur Einschätzung des herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz (IdA) (Halek et al., 2017) und einen Biografiebogen für die ambulante Demenzarbeit der Malteser. Die Nutzung solcher Instrumente wurde überwiegend positiv bewertet; es zeigte sich jedoch im Verlauf des Interventionszeitraums, dass ihr Einsatz nicht in jedem Fall vollumfänglich und mechanisch erfolgen konnte, sondern dass es günstig war, die Assessments flexibel und an die aktuelle Situation in der Familie angepasst und als Gesprächsanlass zu nutzen.

„Das ist für uns auch ein Lernprozess. Machen wir nie wieder, weil die Frau war dann echt (lacht) erschöpft danach. […] Und das haben wir dann echt auch gut diskutiert, das darf nicht passieren. […] Wenn die Menschen das Gefühl haben, es ist für sie zu viel, es ist für sie anstrengend, müssen sie oder sollten sie jederzeit mir Bescheid geben. Das sage ich auch jedes Mal: "Wenn es zu viel wird, sagen Sie Bescheid. Wir brechen sofort ab. Das ist voll in Ordnung, ich komme dann ein anderes Mal wieder."
(20241219_SABD-Fam_Experteninterview_29A037F0_E386A072, Pos. 57)

Die triangulierte Analyse von Interviewdaten und Falldokumentationen zeigte zudem, dass die Aufnahmephase in die Intervention bei einigen Familien mehr Zeit in Anspruch nahm als zunächst erwartet, insbesondere bei hoch belasteten Familiensystemen. Da der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zur Fachberaterin jedoch als absolut zentral für den Erfolg der Begleitung gesehen wurde, spiegelten die Akteur:innen aus der Praxis, dass es sinnvoll gewesen sei, für den Vertrauensaufbau ausreichende zeitliche Ressourcen einzuplanen.

Spezialisierte Begleitung

Die Kontinuität der Begleitung stellte sich als zentrales Merkmal der Intervention SABD-Fam dar. Die regelmäßigen persönlichen oder telefonischen Kontakte wurden von den Fachberaterinnen nicht nur für ein Monitoring der empfohlenen unterstützenden Maßnahmen genutzt, sondern dienten vor allem der Festigung der Beziehung, der prozesshaften Begleitung bei anstehenden Entscheidungen und auch der Krisenintervention im Akutfall. Die Interviewdaten zeigten, dass diese Form der Begleitung eine Lücke in der bestehenden Regelversorgung schließt, insbesondere im Hinblick auf emotional schwierige Entscheidungsprozesse, etwa bei der Frage nach einer Heimunterbringung.

In den Interviews wurde betont, dass die kontinuierliche Präsenz der Fachberaterinnen oft als „emotionaler Anker“ erlebt wurde. Gleichzeitig wiesen die Fachberaterinnen auf strukturelle Herausforderungen hin, z. B. in Bezug auf Abgrenzung zu anderen Dienstleistungen der Malteser, unklare Übergaben oder Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit externen Partner:innen. Die Prozessevaluation verweist hier auf den Bedarf klar definierter Schnittstellen und Kommunikationsprozesse.

Ein weiteres Ergebnis der Prozessevaluation betrifft das Monitoring eingeleiteter unterstützender Maßnahmen. In den Interviews wurde berichtet, dass das die wiederholte Thematisierung und das Nachfassen der Fachberaterinnen eine Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen gefördert und nachhaltig gesichert hat. Die kontinuierliche Begleitung fungierte somit auch als wichtiges Verstetigungsinstrument.

Die Prozessevaluation legt nahe, dass aus Sicht der Fachberaterinnen bereits in der Phase der kontinuierlichen Begleitung spürbare Wirkungen für die betreuenden Angehörigen eintraten. Viele berichten von einer spürbaren emotionalen Entlastung, einem besseren Verständnis für das herausfordernde Verhalten ihres Angehörigen mit Demenz und einer höheren Handlungssicherheit im Alltag. Dies führt in mehreren Familien zu sehr konkreten Veränderungen im Versorgungsalltag, wie eine höhere Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten oder der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation.

Intensive Begleitung

Im Interventionszeitraum wurde eine Gruppe von Familien identifiziert, die den Bedarf einer besonders intensiven Begleitung hatten. Die Unterteilung in die intensive Begleitung dient dabei nicht der Abgrenzung, sondern beschreibt Phasen innerhalb des kontinuierlichen Verlaufs, in denen die Begleitung zeitweise eine höhere Dichte und Intensität aufweist. In ruhigeren Phasen kann die Frequenz und Tiefe der Kontakte dagegen geringer sein, ohne dass der kontinuierliche Charakter der Begleitung verloren geht. Die Übergänge zwischen diesen Phasen sind dynamisch und orientieren sich an der jeweiligen Situation der betroffenen Familie. Die Fälle, die eine intensivere Begleitung in Anspruch genommen haben, waren gekennzeichnet durch besonders hohe Komplexität, starke physische und psychische Belastung der Angehörigen und häufige Versorgungsbrüche.

„Also, wir waren jetzt meistens in Haushalten, wo die Angehörigen völlig erschöpft waren und völlig am Limit waren."
(Interview_A6CA6C02_E3A4A0BE_77EEE744, Pos. 159)

Die Fachberaterinnen beschrieben, dass die Begleitung dieser Familien besonders herausfordernd, zugleich aber auch besonders effektvoll im Hinblick auf die angestrebten Interventionsziele gewesen sei. In den betroffenen Familien kam es zu einer deutlichen Erhöhung der Kontaktfrequenz mit der Fachberaterin sowie zur Einbindung weiterer Fachstellen. In der Analyse der Fallverläufe zeigte sich, dass gerade diese Fälle das hohe Innovationspotenzial der Intervention SABD-Fam deutlich machen; zugleich zeigten sie jedoch die Grenzen personeller und struktureller Ressourcen auf.

„Diese Fälle brauchen einfach mehr – mehr Zeit, mehr Aufmerksamkeit, mehr Koordination. […] Und es ist nicht absehbar, wann es aufhört."
(Interview 29A037F0_E386A072, Pos. 117)

Nach Einschätzung der Fachberaterinnen erlebten nahezu alle versorgenden Angehörigen durch SABD-Fam sowohl emotionale Entlastung als auch Entlastung bei der praktischen Pflege, weil mehr professionelle Hilfe in die Versorgungsarrangements eingebunden wurde. Bei 4 Personen mit Demenz reduzierte sich das herausfordernde Verhalten. Während des Interventionszeitraums wurde bei 3 Familien ein Umzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung vorbereitet.

Zufriedenheit der Familien

11 der teilnehmenden Familien haben an der anonymen Zufriedenheitsbefragung teilgenommen. 8 Fragebögen wurden vom versorgenden Angehörigen ausgefüllt, 1 Fragebogen von der Person mit Demenz, in 1 Familie haben beide gemeinsam die Fragen beantwortet, bei einem Fragebogen war nicht angegeben, wer die ausfüllende Person war. Wie Tabelle 1 zeigt, waren alle Familien in sehr hohem Maße mit der Begleitung durch ihre Fachberaterin Demenz zufrieden.

Zufriedenheit mit der Beratung der Fachberaterin				
	% (n)			
	Trifft voll zu	Trifft überw. zu	Trifft weniger zu	Trifft nicht zu
Die Erreichbarkeit der Fachberaterin war gut.	90, 9% (10)	9,1 % (1)		
Die Fachberaterin hat unsere Wünsche, Sorgen und Bedürfnisse berücksichtigt.	81,8 % (9)	18,2 % (2)		
Die Fachberaterin hat sich ausreichend Zeit genommen.	100% (11)			
Die Informationen der Fachberaterin waren verständlich.	81,8 % (9)	18,2 % (2)		
Die Empfehlungen der Fachberaterin waren sinnvoll.	72,7 % (8)	18,2 % (2)	9,1 % (1)	
Die Fachberaterin wirkte auf mich kompetent.	90, 9% (10)	9,1 % (1)		
Die Beratungsgespräche fanden in einer vertrauensvollen Atmosphäre statt.	100% (11)			
Die Gespräche mit der Fachberaterin haben gut getan.	90, 9% (10)	9,1 % (1)		
Die Fachberaterin war einfühlsam und empathisch.	90, 9% (10)	9,1 % (1)		
Ich würde die Fachberaterin weiterempfehlen.	90, 9% (10)	9,1 % (1)		
Durch die Fachberaterin hat sich unsere Situation verbessert.	63,6 % (7)	27,3 % (3)	9,1 % (1)	
Insgesamt sind wir mit der Beratung und Unterstützung durch die Fachberaterin zufrieden.	81,8 % (9)	18,2 % (2)		

Tab.3: Ergebnisse der Zufriedenheit mit der Beratung der Fachberaterinnen

Gefragt nach Aspekten, die ihnen bei der Begleitung durch die Fachberaterinnen besonders wichtig gewesen seien, priorisierten die Familien vor allem die Fachkompetenz der Fachberaterinnen (n=8) (siehe dazu auch S. 93 Kapitel Qualifikation & Ressourcen) sowie deren stetige Erreichbarkeit (n=6). Einen Überblick über alle erfragten Aspekte bietet Tabelle 3.

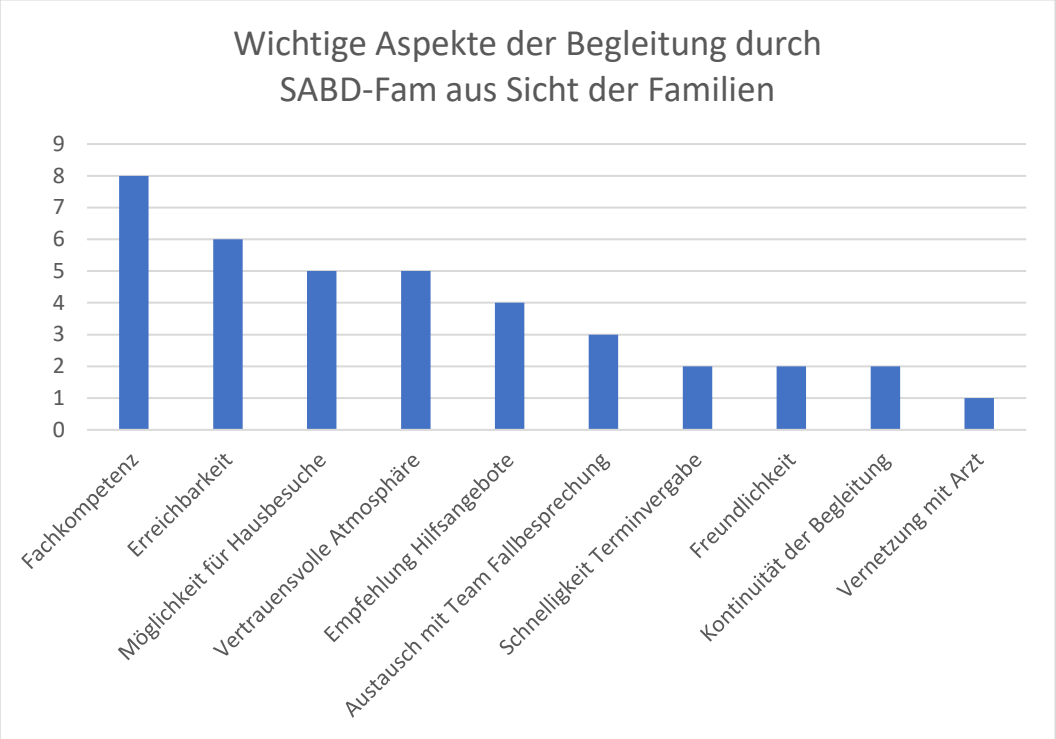


Abb. 6: Wichtige Aspekte der Begleitung durch SABD-Fam aus Sicht der Familien

In der Zufriedenheitsbefragung wurden die Familien auch um Lob, Anregung oder Kritik gebeten. Das Feedback war ohne Ausnahme sehr positiv. So wurden beispielsweise die folgenden Anmerkungen notiert:

„Die Beratungen und die Tipps aus der Fallbesprechung haben unsere Einstellung verändert und wir konnten loslassen und Hilfe annehmen. Die Situation ist deutlich leichter. Weiter so!"

„Wir waren hoch zufrieden. Immer zeitnah, sehr sympathisch und uns wurde immer geholfen."

„[Name der Fachberaterin] tut uns so gut. Es ist ein tolles Projekt. Ich bin motiviert Hilfe anzunehmen und habe einiges geändert. Jedes Mal bekommen wir neue Ideen, die wir ausprobieren."

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen

Im Rahmen von SABD-Fam wurden zwei interne Formate der fallbezogenen Reflexion etabliert und zwar die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen Touren-Fallbesprechungen im ambulanten Pflegedienst sowie Café-Fallbesprechungen im Kontext des niedrigschwelligen Betreuungsangebots Café Malta. Beide Formate zielten darauf ab, die Versorgungssituation einzelner Menschen mit Demenz und ihrer Familien aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu betrachten, Wissen mit den an der Versorgung beteiligten Fachpersonen und qualifizierten Ehrenamtlichen (im Café Malta) zu teilen und abgestimmte Maßnahmen zu entwickeln. Die Prozessevaluation zeigte, dass die Umsetzung und Wirksamkeit dieser beiden Formate deutlich unterschiedlich ausfielen,

insbesondere im Hinblick auf deren Organisation, Umsetzungsbarkeit im Alltag und personelle Beteiligung.

Café-Fallbesprechungen wurden nach Angaben in Interviews, Workshops und Protokollen innerhalb des Betreuungsteams des Café Malta als vergleichsweise niedrigschwelliges Format umgesetzt. Hier trafen sich Fachkräfte und Ehrenamtliche, die gemeinsam mit der Fachberaterin einzelne Fallverläufe reflektierten. Die Besprechungen fanden meist direkt vor oder nach dem Betreuungsangebot im Café Malta statt und konnten dadurch unproblematisch in den Arbeitsalltag integriert werden. Die Fachberaterin berichtete, dass dieses Format ein hohes Maß an Alltagsnähe aufwies und zugleich als internes Schulungsformat genutzt werden konnten.

„Wir machen das dann vor einem Café oder nach einem Café. Und das sind ja mehrere Tage. Die kommen dann dazu."
(Interview A6CA6C02_E3A4A0BE, Pos. 125)

Laut Interviewaussagen boten die Café-Fallbesprechungen eine Plattform, um informelle Beobachtungen, emotionale Eindrücke und konkrete Verhaltensveränderungen der Gäste des Café Malta zu thematisieren. Die Ehrenamtlichen profitierten vom fachlichem Input der Fachberaterin, während die Fachberaterin wertvolle Informationen aus dem Betreuungsalltag erhielt. Die Prozessevaluation zeigte, dass dieses Format von allen Beteiligten gut akzeptiert wurde und durch den multiperspektivischen Austausch ein hohes Maß an Fallverständnis generierte.

Deutlich schwieriger gestaltete sich hingegen die Implementierung der **Touren-Fallbesprechungen**, die innerhalb der ambulanten Pflegestruktur angesiedelt waren. Die Prozessevaluation zeigte, dass insbesondere die strikte Taktung in der ambulanten Pflege, der hohe Zeitdruck und die organisatorische Fragmentierung eine verlässliche Durchführung der Fallbesprechungen erschwerten.

„Es geht um Zeit. Und in der Pflege geht es nach wie vor doch um die Zeiten und die Minuten. Das lässt sich nicht einfach rausnehmen."
(Interview D7CCC6CE_F7B1CE99, Pos. 54)

Während die inhaltliche Relevanz und der Nutzen solcher Fallbesprechungen von den Beteiligten grundsätzlich anerkannt wurden, fehlten geeignete zeitliche und strukturelle Rahmenbedingungen, um sie regelmäßig durchzuführen.

„Da haben wir / über Kosten haben wir da noch nicht gesprochen, aber ich denke, das ist ja auch ein Faktor, was da mitbedacht werden muss und deshalb / also, wir haben uns auch Gedanken gemacht."
(Interview_48600BF5, Pos. 68)

Das Konzept zu den einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen ist im Bericht des Teilprojekts 1 zu finden (siehe S. 23).

Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Die Einführung interdisziplinärer Fallbesprechungen stellte im Modellprojekt SABD-Fam einen Baustein dar, der gezielt auf die multiprofessionelle Bearbeitung komplexer

Versorgungssituationen abzielte. Im Rahmen der Prozessevaluation wurde untersucht, inwieweit dieses Format in der Praxis umsetzbar war, welchen Beitrag es zum Fallverstehen leisten konnte und welche strukturellen Voraussetzungen für die Verstetigung notwendig sind.

In einem Dokument aus Teilprojekt 1 wurde das Konzept der interdisziplinären Fallbesprechen im Detail beschrieben (siehe S.24). Hierbei wurde als Ziel der interdisziplinären Fallbesprechungen definiert, bei komplexen Fällen gemeinsam mit relevanten externen Fachpersonen, darunter einer Fachärztin für Geriatrie, einem Psychotherapeuten, einer Sozialarbeiterin und den Fachberaterinnen, ein vertieftes Fallverständnis zu entwickeln und konkrete Unterstützungsmaßnahmen abzustimmen. Die Interviewaussagen bestätigten, dass diese Besprechungen dann initiiert wurden, wenn im Verlauf der kontinuierlichen oder intensiven Begleitung besondere Belastungskonstellationen oder Schwierigkeiten bei der Versorgung auftraten. Meist handelte es sich um Situationen, in denen sowohl pflegerische, medizinische als auch psychosoziale Interventionen notwendig waren, etwa bei stark herausforderndem Verhalten, einer möglichen Transition in die stationäre Altenpflege oder bei psychischer Überforderung von Angehörigen.

In den Interviews wurden die Qualität und Wirkung dieser Besprechungen durchweg positiv bewertet. Die Beteiligung verschiedener Professionen führte zu deutlich verbesserten Einschätzung der Versorgungssituation und ermöglichte oft klare, strukturierte Vorschläge für bedarfsgerechte Interventionen. Die Fachberaterinnen berichteten, dass sie sich durch die kollegiale Rückmeldung in ihrer Einschätzung gestärkt und in ihrer Rolle bestätigt fühlten.

Gleichzeitig machte die Prozessevaluation deutlich, dass die Organisation interdisziplinärer Fallbesprechungen mit erheblichen strukturellen und praktischen Herausforderungen verbunden war. Die Interviewten berichteten, dass die Einbindung multiprofessioneller Expertise sich als schwierig gestaltete, insbesondere in Bezug auf die Rekrutierung psychotherapeutischer Expertise.

„Wir sind ja auf der Suche nach Ärzten, egal ob das Hausärzte sind oder Psychotherapeuten, wo wir noch nicht groß fündig wurden. War jetzt Urlaubszeit, war schwierig, die zu erreichen und es kam halt / man hat wahnsinnig viele E-Mails verschickt, man hat Briefe verschickt, die Auftakte hat man ja / den Auftakt hat man gemacht."
(Interview_C88764A0, Pos. 48)

Letztendlich konnten im Modellprojekt persönliche Kontakte der Leitung von Teilprojekt 1 sowie einer Fachberaterin genutzt werden, um eine Fachärztin für Geriatrie und einen Psychotherapeuten für die Mitwirkung im Rahmen von SABD-Fam zu gewinnen.

Ein weiterer zentraler Befund der Prozessevaluation adressiert die Erstellung ärztlicher Berichte im Anschluss an die interdisziplinären Fallkonferenzen. Diese Berichte wurden von der im Projekt eingebundenen Fachärztin für Geriatrie formuliert und direkt an die jeweiligen Hausärzt:innen übermittelt. Ziel war es, die im Rahmen der interdisziplinären Konferenz abgestimmten Maßnahmen zu kommunizieren und die Mitverantwortung der Hausärzt:innen anzuregen. Laut Interviewaussagen erwies sich dieser Schritt als besonders wirksam, da ärztliche Empfehlungen bei Hausärzt:innen eine deutlich

höhere Umsetzungswahrscheinlichkeit vereinbarter Maßnahmen erzeugten als fachpflegerische Hinweise allein. Dieser Befund verdeutlicht nicht nur bestehende asymmetrische Autoritätsverhältnisse im Versorgungssystem, sondern auch die Relevanz von formaler Legitimation im interprofessionellen Dialog. Die ärztliche Rückendeckung für die Fachberaterinnen fungierte somit nicht nur als inhaltliche, sondern auch als strategische Ressource zur Sicherung der Wirksamkeit der Intervention.

„Aber vielleicht auch diese Rückendeckung von der interdisziplinären Fallbesprechung, von diesen vielen Fachrichtungen, die dann sozusagen mit in den Fall hereinkommen. Weil man dann mit […] mit einer anderen gestärkten Haltung in die Familien gehen kann, mit einer anderen Sicherheit Maßnahmen oder Probleme ansprechen kann. Mit der Sicherheit dieser vielen verschiedenen Disziplinen von der / also vom Psychiater, von der Ärztin, vom Sozialarbeiter, das, was da besprochen wird, dass man da mit einer anderen Haltung dann hereingehen kann. Und somit dann auch vielleicht in der Familie was anderes bewirken kann, durch diese Sicherheit. Und die Sicherheit, die macht wahrscheinlich ein anderes Auftreten."
(Interview_9ED0489F_4C595A93, Pos. 36)

Gleichzeitig zeigte die Auswertung der Interviews und Dokumente, dass der institutionelle Rahmen von solchen interdisziplinären Fallbesprechungen bislang nicht fest etabliert ist. Weder gab es feste Abläufe, noch strukturierte Kooperationsvereinbarungen mit externen Fachdisziplinen. Die Durchführung hing stark vom individuellen Engagement der Beteiligten ab, was für die Verstetigung von Interventionen wie SABD-Fam herausfordernd ist. Zwar erhielten externe Teilnehmende eine Aufwandentschädigung für ihre Mitwirkung an den Fallbesprechungen, jedoch gestaltete sich die technische Abwicklung der Auszahlungen in einigen Fällen als kompliziert und verzögert, was den organisatorischen Aufwand zusätzlich erhöhte.

Diskussion

Die Fachberaterinnen Demenz haben im kurzen Interventionszeitraum von knapp 6 Monaten Familien begleitet, die ihnen aus ihrer beruflichen Praxis im Pflegedienst beziehungsweise Café Malta persönlich bekannt waren, die über Öffentlichkeitsarbeit auf das Projekt aufmerksam wurden und die zeitnah Interesse an der Intervention SABD-Fam sowie Bereitschaft zur Studienteilnahme signalisierten. Dies führte zu einer sehr homogenen Stichprobe: Die Menschen mit Demenz waren hochbetagt, hatten überwiegend Alzheimer-Demenz im fortgeschrittenen Stadium und wurden von ihren teils hochbelasteten Ehefrauen oder ihren Töchtern und Schwiegertöchtern gepflegt. Die Homogenität des Samples wurde im Projektverlauf von den Beteiligten mehrfach kritisch reflektiert.
Die Merkmale der Versorgungsarrangements im Modellprojekt SABD-Fam entsprechen typischen Charakteristika: hohes Alter ist der größte Risikofaktor für Demenz (Blotenberg, 2022; Cao et al., 2020), Alzheimer die häufigste Form (Lobo et al., 2000), und pflegende Angehörige in Deutschland sind überwiegend Frauen (Büscher et al., 2023; Rothgang, 2018). Dennoch sind von Demenz betroffene Menschen und ihre Angehörigen eine sehr heterogene Gruppe. Es existieren zahlreiche verschiedene Formen und Krankheitsverläufe der Demenz. Sich wandelnde Familienstrukturen und Lebens-

formen, zunehmende Mobilität, ein sich verändernder Blick auf Genderrollen, Care Arbeit und deren Zuschreibung und Unterschiede im professionellen Versorgungsangebot zwischen ländlichen und städtischen Gebieten tragen zusätzlich zur Diversität der Versorgungsarrangements bei (Broese van Groenou & De Boer, 2016; Kricheldorff & Aner, 2021).

Diese Diversität spiegelte sich im Sample von SABD-Fam nicht. Bei den eingeschlossenen 13 Familien konzentrierten sich die von den Fachberaterinnen angeregten Unterstützungsmaßnahmen stark auf die Neuinstallation oder zeitliche Ausweitung professioneller Dienstleistungen zur praktischen Entlastung der überwiegend hoch belasteten pflegenden Angehörigen (vor allem Pflegedienst, Tagespflege, 24-Stunden-Pflegekraft) und bei 3 Familien auch auf die Anbahnung eines für alle Beteiligten akzeptablen und wohl reflektierten Übergangs in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Der Gedanke, dass SABD-Fam als präventives Angebot in früheren Phasen eines Versorgungsverlaufs einsetzen und einen Beitrag dazu leisten soll, Belastungen der Angehörigen frühzeitig entgegenzuwirken, konnte in diesem Modellprojekt nicht umfassend erprobt werden.

Im Rahmen der qualitativen Datenerhebungen und Workshops im Rahmen der Prozessevaluation wurde wiederholt Interesse daran geäußert, in zukünftigen Projekten dieser Vielfalt gerecht zu werden und mehr Diversität unter den Klient:innen der Intervention SABD-Fam sicherzustellen. Damit verbunden wäre dann die Reflexion darüber, welche Ziele und Ergebnisse mit der Intervention erreicht werden können, wenn beispielsweise jüngere Menschen mit Demenz oder Personen in sehr frühen Phasen der Erkrankung von der Begleitung einer Fachberaterin Demenz profitieren.

In der Literatur ist die Qualität der Interaktion zwischen professionell Pflegenden und von Demenz betroffenen Familien ein zentrales Thema, was im Modellprojekt SABD-Fam gut gelungen ist: Vertrauensbildung zu Beginn der Versorgungsbeziehung, Beziehungen von hoher Qualität zwischen der Person mit Demenz, Angehörigen und den professionell Helfenden, eine gelingende Kommunikation sowie eine reziprok entwickelte Ausrichtung der Versorgungsziele sind Voraussetzungen dafür, dass formelle Unterstützung von Angehörigen positiv erlebt, dauerhaft in Anspruch genommen wird und so zu einer Stabilisierung der Versorgung in der Häuslichkeit beitragen kann (Goh et al., 2022; Quinn et al., 2012; Reckrey et al., 2022). Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung personeller Kontinuität der Dienstleistenden in häuslichen Versorgungsarrangements, die eine Grundvoraussetzung für das Ausbilden gelingender Versorgungsbeziehungen ist (A. Macleod et al., 2017).

Die Prozessevaluation im Modellprojekt SABD-Fam zeigte, dass die Aufnahmephase mit intensiven Hausbesuchen und dem Einsatz standardisierter Instrumente (HPS, IdA, Biografiebogen und Strukturierte Informationssammlung (SIS)) ein tragfähiges Fundament für den Vertrauensaufbau zwischen der Familie und der Fachberaterin legt und eine individuelle Bedarfsanalyse ermöglicht. Dabei wurde insbesondere die Bedeutung einer flexiblen Anpassung der Instrumente an die momentane oft emotional angespannte Situation der Familien hervorgehoben, was auch mit den internationalen Erfahrungen zur patientenzentrierten Versorgung übereinstimmt. „Family-centered active management approaches“ können sowohl die Versorgungsqualität als auch die

gesundheitsbezogenen Outcomes für Menschen mit Demenz verbessern. Diese Ansätze beinhalten neben Beratung und psychosozialer Unterstützung auch die Koordination von Dienstleistungen und Schnittstellenmanagement (Amjad, 2024). Ebenso wurde in der Prozessevaluation von SABD-Fam deutlich, dass eine enge, kontinuierliche Begleitung eine zentrale Rolle für die emotionale Entlastung und die Aktivierung von Unterstützungsangeboten spielt. Hierbei wird die Fachberaterin oft als „emotionaler Anker" beschrieben, was die Bedeutung einer stabilen, verlässlichen Beziehung im Versorgungsalltag unterstreicht.

Wichtige Prinzipien für eine Implementierung und Verankerung in der Praxis sind dabei, Menschen und Versorgungssysteme dort abzuholen, wo sie stehen, Interventionen flexibel an lokale Kontexte anzupassen und Schlüsselakteur:innen sowie Stakeholder kontinuierlich einzubeziehen (Amjad, 2024). Diese Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen der Prozessevaluation im Projekt SABD-Fam, die zeigte, dass eine kontinuierliche Reflexion und individuelle, spezialisierte Anpassung der Versorgungsarrangements notwendig ist, um den unterschiedlichen Bedarfen der Familien gerecht zu werden. Besonders die intensive Begleitung von Fällen mit hoher Komplexität verdeutlicht diesen Bedarf an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. Des Weiteren zeigte sich, dass Case-Management als strukturierte Versorgungsform eine wichtige Rolle spielen kann, um die Koordination zwischen verschiedenen Akteur:innen zu verbessern, die Versorgung zu stabilisieren und Angehörige zu entlasten (Schiller et al., 2022). Die Intervention SABD-Fam enthielt viele Elemente von Case-Management und verankerte sie im Verlauf der Umsetzung, etwa wiederkehrende Hausbesuche, die Nutzung von Assessments und die Steuerung von Unterstützungsleistungen verschiedener Dienstleister.

Die Prozessevaluation von SABD-Fam macht deutlich, dass die Nachhaltigkeit von Fallbesprechungen davon abhängt, wie gut sie in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden. Während die Café-Fallbesprechungen erfolgreich in den Arbeitsalltag des Café Malta eingebunden werden konnten, blieben die Touren- und interdisziplinären Fallbesprechungen stark abhängig vom individuellen Engagement der Beteiligten sowie strukturellen Gegebenheiten. Nachhaltige Implementierung erfordert nicht nur Engagement, sondern auch strukturelle Ressourcen, unterstützende Führung und eine systematische Verankerung in der Organisation (Arsenault-Lapierre et al., 2022).

In den Interviews wurde zudem klar, dass die Fachberaterinnen bei interdisziplinären Fallbesprechungen insbesondere auf den ärztlichen Rückhalt angewiesen waren, um Maßnahmen nachhaltig zu verankern. Eine klare Kommunikation und strukturierte Protokolle sind essenziell, um die Wirkung von Besprechungen zu sichern und die Beteiligten in ihren Rollen zu stärken. Ebenfalls von großer Bedeutung sind Audit- und Feedback-Prozesse, die sowohl organisatorische als auch individuelle Faktoren adressieren können. Diese Prozesse helfen, Stolpersteine wie Zeitmangel, unklare Rollen und fehlende Unterstützung frühzeitig zu identifizieren und durch Lösungen wie finanzielle Anreize und spezifische Schulungen zu begegnen (Arsenault-Lapierre et al., 2022).

3.7.2. Aktivitäten: Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen

In Phase 1 (Teilprojekt 1) des Modellprojekts absolvierten die beiden Fachberaterinnen Demenz den von der Projektleitung von Teilprojekt 1 konzipierten und leitend durchgeführten Zertifikatskurs „Psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz (zu Hause)" der Hochschule Ludwigshafen (vgl. Abschlussbericht Teilprojekt 1). Dieser

diente sowohl dem Erwerb von theoretischem Wissen als auch der methodischen Kompetenzentwicklung.

Die Fachberaterinnen schätzten den Zertifikatskurs als eine Möglichkeit, um sich ein berufliches Netzwerk mit anderen hochqualifizierten Fachpersonen im Feld der Demenzversorgung aufzubauen:

„Was auch sehr wertvoll war, war der kollegiale Austausch. Wo man jetzt ein Netzwerk um sich hat, wo man dann immer wieder mal sich anrufen kann oder treffen kann. Wir haben gesagt, wir treffen uns online regelmäßig, dass da auch Austausche stattfinden. "Wie macht ihr das? Was für Erfahrung habt ihr?" Also ist auch sehr wertvoll, denke ich mal, der Austausch."
(Interview_C88764A0, Pos. 64)

Zentrale Inhalte des Zertifikatskurses, die fundierte theoretische und methodische Fachexpertise auf wissenschaftlichem Niveau vermittelten, wurden von den Absolventinnen positiv bewertet. Dies betraf insbesondere die Qualifizierung für die im Modellprojekt angewandte verstehende Diagnostik, die Biografiearbeit und die Reflexion ethischer Fragestellungen. Die Interviews und Dokumentenanalysen zeigten, dass die im Kurs vermittelte offene und empathische Grundhaltung, gepaart mit einem systemischen Verständnis der Versorgung von Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit als Schlüsselressource gesehen wurde, um tragfähige Beziehungen zu den begleiteten Familien aufzubauen, die komplexen Dynamiken in den Versorgungsarrangements zu verstehen und daraus gezielt Maßnahmen abzuleiten. Diese Inhalte des Zertifikatskurses wurden als unverzichtbare Ressource für eine fachlich fundierte Fallarbeit im Modellprojekt SABD-Fam wahrgenommen:

„Also grad die verstehende Diagnostik, das war sehr gut, das Hintergrundwissen, das vertiefte Hintergrundwissen. […], aber doch war es jetzt nochmal gut zu hören und intensiver zu hören und dann die Assessments natürlich, mit denen wir jetzt arbeiten werden. Ja."
(Interview_C88764A0, Pos. 64)

In verschiedenen Interviews wurde jedoch auch gespiegelt, dass nicht alle Inhalte des Zertifikatskurses für alle Teilnehmenden gleichermaßen relevant waren und dass es zukünftig – auch im Sinne von Ressourcenschonung – vorstellbar wäre, die bereits vorhandene Expertise von Fachberaterinnen individuell in den Blick zu nehmen und Weiterbildungen gegebenenfalls modular zu gestalten:

„Oder so wäre auch meine Herangehensweise für SABD-Fam zukünftig, wenn jetzt neue, ja, Fachberaterin Demenz, […], da tätig werden sollen, dass man erstmal guckt: "Was bringen die denn für eine grundständige Qualifikation mit?" […] zukünftig würden wir wirklich gucken, dass derjenige im Idealfall schon möglichst viele Qualifikationen mitbringt, umfassende, und dann noch einzelne Module draufsattelt."
(20250227_SABD-Fam_Experteninterview_D7CCC6CE_F7B1CE99, Pos. 69)

Diskussion

Die Prozessevaluation zeigte deutlich, dass die Qualifizierung der Fachberaterinnen eine zentrale Ressource für die erfolgreiche Umsetzung der Intervention SABD-Fam

darstellte. Der im Projektverlauf angebotene Zertifikatskurs wurde von den Fachberaterinnen als wesentliche Vorbereitung für eine fachlich hochqualifizierte Begleitung empfunden. Die Evaluationsergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer fundierten Aus- und Weiterbildung für Fachpersonal in der Begleitung von Familien mit Demenz, beispielsweise im Hinblick auf Gesprächsführung, Biografiearbeit und verstehende Diagnostik. Die Fachberaterinnen äußerten den Wunsch nach noch stärker praxisorientierten Qualifizierungsmodulen sowie regelmäßiger Supervision (vgl. auch S.96). Diese Bedarfe zeigten sich auch in internationalen Überblicksstudien, die als Merkmale wirksamer Bildungsprogramme unter anderem unmittelbare Relevanz für die Rolle der Teilnehmenden, theoriegestütztes praxisnahes Lernen und Praxisanwendung des Gelernten definieren (Surr et al., 2017). In den Interviews wurde – anschlussfähig an europäische Studien (Stephan et al., 2015b) – betont, dass eine empathische Grundhaltung und hohe Gesprächskompetenz entscheidend für die Beziehungsgestaltung mit den begleiteten Familien waren. Die Fachberaterinnen berichteten, dass insbesondere bei komplexen Dynamiken zwischen der Person mit Demenz und dem pflegenden Angehörigen die verstehende Diagnostik eine Schlüsselrolle spielte und deren Anwendung eine Kernkompetenz für qualitätsvolle Prozesse der Begleitung war. Dies entspricht dem Ansatz, psychoedukative Maßnahmen mit aktivem Skills-Training zu verbinden, um Angehörige in ihrer Beziehungskompetenz zu stärken und Strategien für positive Interaktionen und Gefühle von Verbundenheit zu entwickeln (Kipfer et al., 2024).

3.7.3. Aktivitäten: Vernetzung

Die Prozessevaluation von SABD-Fam zeigte, dass Vernetzung auf unterschiedlichen Ebenen als eine zentrale Voraussetzung für eine effektive und nachhaltige Implementierung von SABD-Fam wahrgenommen wurde.

Insbesondere eine sehr enge Kooperation innerhalb des SABD-Fam Projektteams sowie mit den unmittelbar an der Versorgung der begleiteten Familien beteiligten Diensten der Malteser erwies sich als entscheidend für die Anschlussfähigkeit, Realisierbarkeit und Qualitätssicherung der Intervention. Ein zentrales Element der Malteser-internen Vernetzung war die strukturierte Zusammenarbeit und der sehr enge Austausch zwischen den beiden Fachberaterinnen für Demenz, was sowohl in den Interviews aber auch in Projekttreffen immer wieder betont wurde. Dieses Tandem-Modell ermöglichte den regelmäßigen kollegialen Austausch, die Reflexion von Fallverläufen und die gemeinsame Weiterentwicklung der fachlichen Praxis. Die Prozessevaluation zeigte, dass insbesondere diese Form der kollegialen Rückkopplung als entlastend und qualitätsfördernd erlebt wurde.

„Also Gott sei Dank sind wir zu zweit (lacht) und es passiert ganz oft, dass wir uns sofort danach oder kurze Zeit darauf gegenseitig anrufen. Und da muss ich auch sagen, nehmen wir uns meistens oder wenn es auf jeden Fall geht, aber es geht fast immer, nehmen wir uns echt die Zeit füreinander, dass man so das loswird, was man jetzt gerade erlebt hat und auch fragt: Wie schätzt du das jetzt ein?“
(20241219_SABD-Fam_Experteninterview_29A037F0_E386A072, Pos. 59)

Darüber hinaus fand die Reflexion von Fallverläufen und Erfahrungen im Projekt nicht ausschließlich innerhalb des Tandems statt. Eine zentrale Rolle spielte dabei die kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung im Rahmen der Arbeitsgruppe Forschung. In

diesem partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozess wurden strukturierte Reflexionsformate etabliert, in denen die Fachberaterinnen gemeinsam mit der wissenschaftlichen Leitung von Teilprojekt 1 im Prozess systematisch Herausforderungen, Rollenklarheit und Entwicklungsschritte diskutierten. Diese Form des extern moderierten Reflexionsraums ermöglichte vertiefte Lernprozesse, Perspektivwechsel und die schrittweise Schärfung des Rollenverständnisses innerhalb der Organisation.

Ein weiterer zentraler angesprochener Aspekt der Vernetzung bezog sich auf die Koordination mit externen Akteur:innen, insbesondere mit Hausärzt:innen, ambulanten Diensten, Behörden, Therapeut:innen, und weiteren Versorgungsträgern. Die Aussagen in den Workshops machten deutlich, dass diese externe Vernetzung essentiell, aber anspruchsvoll war. In den Interviews wurde berichtet, dass die Fachberaterinnen häufig eine Schnittstellenfunktion innehatten. Diese Rolle war mit hohem Kommunikationsaufwand verbunden war und ging teilweise über die formellen Projektgrenzen hinaus.

Besonders effektiv zeigte sich Vernetzung dort, wo bereits bestehende Strukturen genutzt werden konnten (zum Beispiel Pflegekonferenzen, Ehrenamtsnetzwerke) und die Fachberaterinnen von bestehenden kollegialen Kontakten profitieren konnten. Dagegen führten personelle Fluktuation oder unklare Zuständigkeiten bei externen Dienstleistern häufig zu Informationsverlusten oder Verzögerungen im Unterstützungsverlauf. Ein wiederkehrendes Thema in den Interviews und in den Workshops war der Wunsch nach institutionalisierter, strukturierter Vernetzungsarbeit, etwa in Form regelmäßiger Runder Tische, verbindlicher Netzwerkvereinbarungen oder digital gestützter Austauschplattformen. Die Fachberaterinnen wiesen darauf hin, dass eine stabile, wiedererkennbare Positionierung innerhalb der lokalen Versorgungslandschaft die Anschlussfähigkeit und Wirkung der Intervention SABD-Fam deutlich erhöhen würde, insbesondere mit Blick auf langfristige Versorgungsperspektiven.

Diskussion

Die Prozessevaluation von SABD-Fam unterstreicht die zentrale Bedeutung gelingender Vernetzung sowohl Malteser-intern, als auch mit externen Kooperationspartner:innen. Während interne Kooperation, etwa im Fachberaterinnen-Tandem, als wirksame Ressource zur Reflexion, Qualitätssicherung und emotionalen Entlastung diente (vgl. dazu auch Kapitel Diskussion Supervision), stellte sich die externe Vernetzung oft als besonders herausfordernd dar. Die Fachberaterinnen übernahmen häufig koordinierende Rollen zwischen verschiedenen Versorgungssystemen, so genannte boundary-spanning roles. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass Personen über organisatorische, berufliche oder sektorale Grenzen hinweg agieren, um Kommunikation, Kooperation und Integration zwischen Systemteilen zu ermöglichen (Mitchell et al., 2016). In der Demenzversorgung bedeutet das konkret, dass Fachpersonen die Perspektiven und Leistungen von Hausärzt:innen, Pflegediensten, Therapeut:innen, Sozialdiensten und Angehörigen miteinander verknüpfen und diese in Handlungsstrategien übertragen. Effektive interprofessionelle Netzwerke basieren auf einem gemeinsamen Verständnis der jeweiligen Rollen, stabilen Netzwerkgruppen und klarer Führung (Oostra et al., 2021). Demgegenüber erschweren Informationsdefizite, fehlende personelle Kontinuität und unklare Zuständigkeiten die Kooperation – Herausforderungen, wie sie auch im Rahmen von SABD-Fam benannt wurden (Wilfling et al., 2022). Eine wirksame

Vernetzung erfordert daher nicht nur strukturelle Einbindung, sondern auch gezielten Kompetenzaufbau, insbesondere im Bereich interprofessioneller Kommunikation und koordinierter Versorgungsorganisation. Gemeinsame Fortbildungen und Kooperationsformate zwischen Berufsgruppen, beispielsweise zwischen Sozialarbeit und Pflege, gelten als zentrale Gelingensbedingungen (Bisson et al., 2023). Zudem wurde deutlich, dass formalisierte Formen der Kommunikation und Vernetzung allein nicht ausreichen. Gerade informelle Kontakte, direkte Begegnungen und vertrauensvolle Beziehungen zwischen den Beteiligten erwiesen sich als besonders tragfähig – insbesondere dort, wo institutionelle Hürden, Zuständigkeitskonflikte oder systemische Barrieren den Austausch erschwerten. Für eine langfristige Verankerung von SABD-Fam erscheint daher die Etablierung eines koordinierten, strukturierten und zugleich beziehungsorientierten Vernetzungskonzepts zentral, um Versorgungsqualität und Kontinuität nachhaltig zu sichern.

3.7.4. Aktivitäten: Supervision

Im Verlauf der Umsetzung (Phase 2) von SABD-Fam stellte sich heraus, dass die Fachberaterinnen nicht selten mit sehr berührenden Familienschicksalen konfrontiert waren und in Folge selbst ein hohes Bedürfnis nach einer professionellen Reflexion ihres eigenen Erlebens und Handelns in ihrem Aufgabenfeld entwickelten.

„Und was mir jetzt auffällt beim Reden, da wird mir manchmal erst mal bewusst, was für Belastung das für einen ist. Das schiebt man immer so weg und denkt: Ja, ist halt so. Aber wenn man dann noch mal darüber redet, dann denkt man: Nein, es belastet uns eigentlich echt mehr, als wir denken. Und man nimmt das schon mit nach Hause."
(20241219_SABD-Fam_Experteninterview_29A037F0_E386A072, Pos. 59)

Darauf reagiert die Projektleitung aus Teilprojekt 1, indem sie ein Supervisionsangebot für die Fachberaterinnen im Projekt verankerte. Die Supervision übernahm im Modellprojekt der Psychotherapeut, der in das Team der interdisziplinären Fallbesprechungen eingebunden war, und auch Expertise als Supervisor hatte. Ziel der Supervisionen war es, die Qualität der Beratungsarbeit kontinuierlich zu sichern, die persönliche und fachliche Belastung zu reflektieren und die Fachberaterinnen in ihrer professionellen Rolle zu stärken. Die Aussagen in Interviews und Projekttreffen zeigten, dass Supervision von den Fachberaterinnen als zentrale Ressource zur Reflexion ihrer Arbeit und zur emotionalen Entlastung erlebt wurde. Gerade bei komplexen Familiensituationen, die häufig mit hohen emotionalen Belastungen, multiplen Rollenkonflikten und unklaren Zuständigkeiten verbunden waren, bot die Supervision einen geschützten Rahmen, um Erfahrungen zu verarbeiten, eigene Grenzen zu reflektieren und Handlungsstrategien zu entwickeln. Dementsprechend wurde die Supervision im zweiten Workshop als Aktivität in das finale logische Modell aufgenommen. Eine nachhaltige Wirkung kann nur dann gesichert werden, wenn sie strukturell verankert ist und als selbstverständlicher Bestandteil der Arbeitszeit der Fachberaterinnen anerkannt wird. Für eine nachhaltige Implementierung sollte daher eine regelmäßige, bedarfsgerechte Supervision fester Bestandteil der Intervention SABD-Fam sein.

Diskussion

Die Prozessevaluation von SABD-Fam verdeutlicht die hohe Relevanz von Supervision für die Fachberaterinnen. Sie bietet einen geschützten Rahmen zur professionellen Reflexion und trägt wesentlich zur emotionalen Entlastung und zur Sicherung der Beratungsqualität bei. Besonders bei komplexen Fallkonstellationen mit hohen emotionalen Anforderungen unterstützt sie die Fachberaterinnen dabei, professionelle Distanz zu wahren und angemessene Handlungsstrategien zu entwickeln. Für eine nachhaltige Umsetzung sollte Supervision strukturell in den Arbeitsalltag der Fachberaterinnen integriert und als feste Aktivität der Intervention SABD-Fam verankert werden. Studien zeigen, dass die Qualität der Beziehung zwischen Supervisor:in und Mitarbeitenden entscheidend für die Wirksamkeit ist: Regelmäßige und vertrauensvolle Supervision kann Arbeitszufriedenheit steigern, Zeitdruck mindern und die personzentrierte Arbeit im Gesundheitswesen fördern (Berendonk et al., 2019; Escrig-Pinol et al., 2019).

3.4. Fördernde Faktoren

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden förderliche Faktoren identifiziert und im logischen Modell abgebildet, die wesentlich zur erfolgreichen Implementierung und nachhaltigen Verankerung von SABD-Fam in der Versorgungspraxis beitragen. Sie unterstützen nicht nur die initiale Umsetzung der Intervention, sondern fördern auch deren langfristige Integration in die beteiligten Einrichtungen und Netzwerke.

Ein zentraler fördernder Faktor wurde im zweiten Workshop zum logischen Modell explizit herausgearbeitet. Um erfolgreich zu sein braucht SABD-Fam eine klar benannte verantwortliche Person, die die Einführung und Umsetzung der Intervention systematisch vorantreibt (projektverantwortliche Person). Diese Person agiert an der Schnittstelle zwischen den Fachberaterinnen, der Trägereinrichtung sowie externen Personen und Institutionen und trägt wesentlich zur Koordination, Strukturierung und Verstetigung der Intervention bei. Durch die klare Zuweisung von Zuständigkeiten durch diese verantwortliche Person kann die erfolgreiche Umsetzung der Intervention gesteuert und bei Bedarf kontinuierlich angepasst werden. Eine solche Steuerungsfunktion erhöht die Verbindlichkeit innerhalb des Projekts und fördert eine zielgerichtete und nachhaltige Integration der Intervention in bestehende Strukturen. Im Modellprojekt SABD-Fam wurde diese Funktion von der Projektleitung im Teilprojekt 1 (Dr. Doris Arnold) übernommen; in nachfolgenden Projekten bzw. bei der Verstetigung des Versorgungsangebots SABD-Fam sollte eine solche verantwortliche Person innerhalb des Trägers angesiedelt und mit entsprechenden Zeitressourcen ausgestattet werden.

In den Workshops zum logischen Modell wurde die Bedeutung von qualifiziertem Fachpersonal als zentraler fördernder Faktor für SABD-Fam herausgearbeitet. Gut qualifiziertes Personal in allen beteiligten Berufsgruppen und auf allen Hierarchieebenen stellt sicher, dass eine hochwertige Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz und deren Familien gewährleistet ist und Ressourcen effektiv genutzt werden. Es wurde hervorgehoben, dass ein ausgewogener Personalmix die Möglichkeit schafft, Ressourcen gezielt zu verteilen und langfristig Kosten zu senken.

Die Teilnehmenden der Workshops berichteten, dass die Integration der Intervention SABD-Fam in bestehende Einrichtungen wie das Café Malta strukturell unterstützend wirkt. Diese boten ein bereits etabliertes Setting und niedrigschwellige Anknüpfungspunkte, wodurch Vertrauen geschaffen und Kontinuität von Versorgungsbeziehungen

ermöglicht wurde. Zudem wurde die partizipative Entwicklung von Abläufen und Formaten (zum Beispiel Café- oder Touren-Fallbesprechungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen) aus Teilprojekt 1 von den Beteiligten als lernfördernd erlebt. Die Offenheit für iterative Prozesse wurde insbesondere in den Arbeitsgruppen positiv bewertet. Auch im Zertifikatskurs erworbenen Erfahrungen der Fachberaterinnen wurden als unterstützend wahrgenommen, nicht nur fachlich, sondern auch als Teambildungsmaßnahme und zur Etablierung eines gemeinsamen Sprachgebrauchs.

Die Teilnehmenden der Workshops erwarteten, dass Beispiele für erfolgreich begleitete Familien, die von der Intervention SABD-Fam profitieren konnten, sich in der Region herumsprechen werden. Sie gingen davon aus, dass die positiven Berichte begleiteter Familien den Weg ebnen, damit andere von Demenz betroffene Familien leichter Vertrauen zu den Fachberaterinnen und dem Angebot SABD-Fam fassen und dies die Inanspruchnahme des Angebots langfristig erhöhen wird. Entsprechende Effekte konnten aufgrund der kurzen Laufzeit des Modellprojekt jedoch nicht nachgewiesen werden.

Ein weiterer fördernder Faktor, der in den Workshops definiert wurde, war eine offene Haltung und Unterstützung seitens der Dienste und Einrichtungen, die somit ein Umfeld schaffen, in dem innovative Interventionen und Ansätze zur Demenzversorgung willkommen sind und ermöglicht werden. Eine solche Haltung fördere die fachliche und gesellschaftliche Akzeptanz von Innovationen in der Versorgungslandschaft und trage dazu bei, dass diese als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung in der Region wahrgenommen werden.

Auch die Bedeutung gezielter Öffentlichkeitsarbeit wurde in den Workshops hervorgehoben und im logischen Modell verankert. Öffentlichkeitsarbeit spiele eine wichtige Rolle bei der Enttabuisierung von Demenz sowie bei der Sensibilisierung für die Lebenssituation betroffener Familien. Durch entsprechende Maßnahmen könnten Vorurteile abgebaut, das gesellschaftliche Verständnis verbessert und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten gefördert werden. In diesem Zusammenhang wurde auch der gute Ruf und die regionale Bekanntheit der Malteser als fördernder Faktor genannt, der den Zugang zu Familien erleichtere und die Glaubwürdigkeit des Projekts stärke.

Auch die übergeordnete Vernetzung mit kommunalen Entscheidungsträgern und Verwaltungsstrukturen stellte aus Sicht der Workshop-Teilnehmenden und Interviewpartner:innen einen bedeutenden fördernden Faktor dar. Die Zusammenarbeit mit Stakeholdern wie dem Landratsamt könne, trotz struktureller Herausforderungen, dazu beitragen, SABD-Fam auf strategischer Ebene abzustimmen, zu verankern und langfristig abzusichern. Eine institutionalisierte Kooperation schaffte nicht nur Legitimation, sondern erleichtere auch den Zugang zu ergänzenden Ressourcen und öffne Wege für eine breitere Implementierung in der Versorgungslandschaft. So könne übergeordnetes Engagement auf politisch-administrativer Ebene dazu beitragen, die Intervention SABD-Fam über das Projekt hinaus in regionalen Versorgungsstrategien zu integrieren.

Diskussion

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigten, dass die Implementierung von SABD-Fam durch eine Reihe fördernder Faktoren erleichtert wurde, die auf verschiedenen Ebenen Wirksamkeit entfalteten.
Ein zentrales Ergebnis war die Bedeutung einer klar benannten, projektverantwortlichen Person. Dieses Ergebnis ist anschlussfähig an internationale Literatur, die die bedeutende Rolle engagierter Führungspersönlichkeiten (Leadership) als entscheidenden Erfolgsfaktor für die Implementierung neuer Versorgungsmodelle beschreibt (Frost et al., 2021).

Interdisziplinäre Teams unter Einbezug von Fachexpert:innen (zum Beispiel Advanced Practice Nurses, Clinical Dementia Leads) können die Versorgungsqualität signifikant erhöhen (Frost et al., 2021). Die Intervention SABD-Fam profitierte von der Fachexpertise der wissenschaftlich qualifizierten Fachberaterinnen sowie von einem Personalmix und multiprofessionellen Kompetenzen, insbesondere durch die Verbindung pflegerischer, psychosozialer und medizinischer Expertise in den interdisziplinären Fallbesprechungen. Studien zeigen, dass unklare Rollendefinitionen und Schnittstellenprobleme häufig zu Verzögerungen und Ineffizienzen führen können (Iliffe et al., 2014). Auch in der Prozessevaluation von SABD-Fam wurde dieser Punkt als potenzieller hemmender Faktor identifiziert, was die Notwendigkeit einer klaren Rollenklärung unterstreicht.

Ein weiterer fördernder Faktor in SABD-Fam war die Integration der Intervention in bestehende Strukturen wie das Café Malta. Dies wird auch durch internationale Erfahrungen gestützt, die die Bedeutung von infrastrukturellen Voraussetzungen hervorheben, darunter die Verfügbarkeit von Koordinator:innen, Informationssystemen und strukturierten Entscheidungshilfen (Frost et al., 2021; Lee et al., 2019). Diese Elemente fördern die Vernetzung, schaffen Vertrauen und erleichtern die Implementierung in bestehende Arbeitsabläufe.

Die Evaluationsergebnisse zur Bedeutung von Trainings und Supervision bestätigen zudem die internationale Erfahrung, dass strukturiertes Training und kontinuierliche Fortbildung essenziell sind, um Fachberaterinnen für komplexe Aufgaben wie die verstehende Diagnostik oder die Arbeit mit herausfordernden Verhaltensweisen zu befähigen (Tilburgs et al., 2018). In SABD-Fam wurde insbesondere der Zertifikatskurs als Ressource für Fachkompetenz und Teambuilding wahrgenommen.

3.5. Hemmende Faktoren

Im Rahmen der Prozessevaluation wurden neben fördernden auch hemmende Faktoren identifiziert, die die Umsetzung von SABD-Fam erschwerten. Diese Herausforderungen betrafen sowohl strukturelle Rahmenbedingungen als auch prozessuale Hindernisse auf institutioneller und individueller Ebene.

Obwohl das Modellprojekt SABD-Fam im Rahmen der Projektlaufzeit durch die Malteser Hilfsdienste gesichert finanziert war, wurde in beiden Workshops zum logischen Modell ein zentrales strukturelles Hemmnis deutlich: die unzureichende Refinanzierung von pflegerischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen im bestehenden Versorgungssystem. Insbesondere die im SGB XI verankerten, gedeckelten Leistungsansprüche erschweren die dauerhafte Etablierung und Verstetigung innovativer, ganzheitlicher Versorgungsansätze wie SABD-Fam. Aus Sicht der beteiligten Akteur:innen

werden fehlen derzeit außerhalb von Modellförderungen belastbare Refinanzierungsoptionen, etwa für kontinuierliche pflegerische und psychosoziale Begleitung, für gezielte Schulungsmaßnahmen oder für die Einbindung von spezifisch qualifiziertem Fachpersonal. Dies betrifft nicht nur die direkte Betreuung von Familien mit einem Menschen mit Demenz oder Angehörigenberatung, sondern auch zentrale unterstützende Maßnahmen wie Fallbesprechungen und Netzwerkkoordination. In den Diskussionen während der Workshops zum logischen Modell wurde deutlich, dass diese Finanzierungslücke weitreichende Folgen für die Versorgungsqualität hat: Bedarfsorientierte Unterstützungsstrukturen bleiben in ihrer Verfügbarkeit eingeschränkt, Innovationspotenziale werden ausgebremst, und die Belastung bestehender Dienste steigt. Damit wird deutlich, dass eine strukturelle Integration von SABD-Fam oder vergleichbaren Ansätzen langfristig nur gelingen kann, wenn flankierend auch finanzielle Rahmenbedingungen angepasst werden.

Aus den Interviews mit den Fachberaterinnen ging zudem hervor, dass ein erheblicher Zeitmangel im Pflegealltag die Umsetzung von Interventionen wie SABD-Fam zusätzlich belastet. Zeitdruck beeinträchtige die Möglichkeit einer einfühlsamen Begleitung und einer effektiven Kommunikation mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Die Fachberaterinnen berichteten von einer hohen psychischen und logistischen Belastung durch die Betreuung der Fälle, zumal eine engmaschige Begleitung auch nach dem Erstkontakt fortgesetzt wurde:

„Mehr als zwei Beratungen am Tag kann man fast nicht leisten. Es saugt einen aus. Das ist echt, wirklich, wirklich anstrengend. Also es ist total schön anstrengend, aber es ist echt wirklich / Es macht mich manchmal leer.“
(Interview 29A037F0_E386A072, Pos. 118)

Ein wiederholt genannter hemmender Faktor war die Rekrutierung psychotherapeutischer Expertise für interdisziplinäre Fallbesprechungen. Trotz intensiver Ansprache lokaler Netzwerke konnten geeignete Fachpersonen kaum gewonnen werden.

Zudem wurde in den Interviews mehrfach auf Unklarheiten in den Rollendefinitionen innerhalb des Projektteams hingewiesen. Es wurde deutlich, dass Aufgabenverteilung, Entscheidungsbefugnisse und Zuständigkeiten, insbesondere an den Schnittstellen zwischen Fachberatung, Pflegedienst, lokalem und verbandlichen Management sowie wissenschaftlicher Begleitung teilweise unklar blieben. Diese Unschärfen führten zu Reibungsverlusten, erhöhtem Koordinationsaufwand und Unsicherheit im Team. Die partizipative Projektstruktur wurde zwar grundsätzlich begrüßt, erforderte jedoch einen hohen Grad an Moderation und Transparenz, der nicht immer gewährleistet war.

Des Weiteren stellte die mangelnde Akzeptanz und Unterstützung von demenzspezifischen Pflegekonzepten durch andere Berufsgruppen einen hemmenden Faktor dar. Fehlende Kooperation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen wie Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pflegefachpersonen erschwerten eine ganzheitliche Betreuung und die frühzeitige Erkennung von physischen und psychischen Problemen bei Menschen mit Demenz. Die Einbettung der Intervention SABD-Fam in beste-

hende Versorgungsstrukturen wurde insbesondere im beteiligten ambulanten Pflegedienst als herausfordernd erlebt. Pflegedienste seien durch hohe Taktung und Zeitvorgaben wenig offen für psychosoziale Zusatzangebote:

„Im Pflegedienst geht es dann nach wie vor doch um die Zeiten und die Minuten, ja? Also das ist, denke ich, eine auf jeden Fall erschwerende Struktur, dieses System Pflegedienst."
(Interview D7CCC6CE_F7B1CE99, Pos. 54)

Schließlich wurde auch die gesellschaftliche Stigmatisierung von Demenz als bedeutender hemmender Faktor für die Implementierung von SABD-Fam thematisiert. Die Fachberaterinnen berichteten, dass Familien in vielen Fällen aus Angst vor Kritik aus ihrem sozialen Umfeld oder aus Schuldgefühlen zögerten, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies erschwerte die frühzeitige Kontaktaufnahme und verhinderte in einigen Fällen die rechtzeitige Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation.

Diskussion

Die Ergebnisse der Prozessevaluation zur Intervention SABD-Fam zeigten, dass vielfältige strukturelle, personelle und systemische Barrieren die Umsetzung der Intervention erheblich einschränken können. Ein besonders schwerwiegender hemmender Faktor ist die unzureichende und unklare Refinanzierung psychosozialer Interventionen außerhalb von Modellförderungen. Die im SGB V und XI verankerten Finanzierungsmechanismen sind primär auf (akut)medizinische und in so genannten Leistungskomplexen oder Modulen definierten pflegerische Leistungen ausgerichtet und lassen psychosoziale, beratende und präventive Angebote wie SABD-Fam weitgehend unberücksichtigt. Innovative Modelle der Demenzversorgung scheitern häufig an differenzierten Finanzierungssystemen und der fehlenden institutionellen Einbettung in bestehende Versorgungslogiken (Leff & Stevenson, 2021).
Auch auf personeller Ebene zeigten sich relevante Barrieren. Der hohe Zeitdruck im pflegerischen Alltag schränkt die Möglichkeit ein, einfühlsam zu kommunizieren und psychosoziale Belastungen bei Menschen mit Demenz und Angehörigen adäquat aufzufangen. Dies führt zu emotionaler Erschöpfung von Fachpersonal und begrenzt die Anzahl an Beratungen, die von Fachberaterinnen geleistet werden können. Die internationale Forschung verweist darauf, dass personenzentrierte Pflegeansätze sowohl die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessern als auch zur Arbeitszufriedenheit und Stressreduktion bei Fachpersonal beitragen können (Berendonk et al., 2019). Gleichzeitig erfordert die Implementierung solcher Konzepte aber strukturelle Voraussetzungen, etwa ausreichende Ressourcen, Schulung, Supervision und institutionelle Unterstützung, die im Versorgungsalltag oft nicht gegeben sind (Marulappa et al., 2022).

3.6. Ressourcen

Die Umsetzung einer nachhaltigen Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch SABD-Fam erforderte eine Vielzahl aufeinander abgestimmter Ressourcen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse aus den Workshops zum logischen Modell und aus den Expert:innen-Interviews benennen notwendige personelle, materielle, finanzielle und institutionelle Ressourcen und zeigen auf, welche Ressourcenlücken und Herausforderungen sich im Projektverlauf offenbarten.

3.6.1. Personelle Ressourcen

In den Workshops wurde qualifiziertes Personal als eine Ressource von zentraler Bedeutung für die erfolgreiche Umsetzung von SABD-Fam definiert. In der Versorgungspraxis bildeten die Fachberaterinnen mit ihrer Expertise und Berufserfahrung im Bereich Demenz, sowie weitere involvierte Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psychotherapeut:innen und Geriater:innen das an der Intervention SABD-Fam beteiligte Personaltableau. Für die Rolle der Fachberaterinnen wurden umfangreiche Kenntnisse der pflegerischen und psychosozialen Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Versorgungssystem als unerlässlich hervorgehoben. Ergänzend dazu seien wissenschaftliche Weiterbildungen, beispielsweise in Form von Zertifikatskursen, sowie Kenntnisse zu ethischen Fragen, zu verstehender Diagnostik und Rechtsfragen (zum Beispiel freiheitsentziehende Maßnahmen) wichtig.

Die Analyse der Interviews zeigte deutlich, dass Zeit aus Sicht der Fachberaterinnen als kritische Ressource im gesamten Projektverlauf zu knapp bemessen war, sowohl für die Durchführung der Begleitungen und Fallbesprechungen mit entsprechender Dokumentation und Reflexion als auch für die Netzwerkarbeit.

„Ich sage, mehr als zwei Beratungen am Tag kann man fast nicht leisten. […] Das hört sich jetzt so wenig an. Wirklich, also ich finde, es hört sich wenig an. Aber das sind eineinhalb, zwei Stunden, wo wirklich volle Konzentration und wo wirklich / also wir auch viel geben müssen. Und das / ich sage, das hört sich total wenig an, aber es ist echt anstrengend und dann kommt ja die Dokumentation noch dazu."

(Interview 29A037F0_E386A072, Pos. 120)

Die Fachberaterinnen hatten im Modellprojekt 40% bzw. 20% einer Vollzeitstelle für ihre Tätigkeit zur Verfügung. Bei 6 bzw. 7 begleiteten Familien, waren die Fachberaterinnen ausgelastet. Selbst die Fachberaterin mit 40% Stellenanteil gab an, dass diese Zeit teils unzureichend war (zum Beispiel etwa bei komplexen Beratungen oder für intensive Netzwerkarbeit) nicht ausreichte. Gleichzeitig entstand bei der Fachberaterin mit dem geringeren Stellenanteil eine spürbare Diskrepanz zwischen Anspruch und realistisch leistbarer Begleitungsintensität.

„Und ich bin jetzt auch gespannt die 20%, wenn wir da 10 Fälle aufnehmen, es ist von den Stunden schon umfangreich. Also es müssen dann so die Besprechungen wieder so ein bisschen in den Hintergrund treten und, dass man sich intensiv um das dann kümmern kann. Ja, also die 20% ist zu wenig."
(Interview C88764A0, Pos. 74)

Für die Steuerung und Qualitätssicherung der Intervention SABD-Fam wurde eine verantwortliche Person als notwendige Ressource definiert, die die Entwicklung, Umsetzung und kontinuierliche Anpassung der Intervention koordiniert, die Begleitung des Entwicklungs- und Reflexionsprozesses zur Implementierung der Rolle der Fachberaterinnen Demenz übernimmt und in dieser Funktion mit angemessenen Kompetenzen und Zeitressourcen ausgestattet ist.

Die Erkenntnisse aus den Workshops zeigten, dass auch das Management vor Ort eine zentrale Rolle spielte, insbesondere bei Einbettung der Intervention in die lokale Trä-

gerstruktur und überregional in den Malteser Verband, bei der Schaffung von Rahmenbedingungen und der internen Kommunikation. Eine enge Abstimmung zwischen lokalem Management, pflegerischem Fachpersonal sowie dem Trägerverband war essenziell, um die Umsetzung der Intervention SABD-Fam aufzustellen und nachhaltig zu sichern. Die Leitungsebenen in der Region und die Fachebene der Malteser zum Thema Demenz hatten im Modellprojekt keine explizit kalkulierten Ressourcen für das Projekt und waren zeitlich auch anderweitig eingebunden. Aufgaben wie Projektplanung und -steuerung, konzeptionelle Weiterentwicklung oder Netzwerkarbeit wurden teils ohne kalkulierte Zeitbudgets geleistet.

„Ich habe ja keine zeitlichen Ressourcen im Projekt gehabt. Also ich mache das / Ich habe das einfach quasi zusätzlich mit meiner Aufgabe, die ich eigentlich habe, gemacht. Und das hat für mich schon eine Herausforderung dargestellt. Also das sind ja alles / Ich habe diese Woche vier Termine in SABD-Fam gehabt und ich habe eigentlich kein Zeitbudget für dieses Projekt. Und das ist für mich eine totale Herausforderung."
(Interview_9ED0489F_4C595A93, Pos. 48)

Bei einer Verstetigung der Intervention SABD-Fam oder nachfolgenden Projekten sollten entsprechende Ressourcen auf der Ebene des lokalen Managements und des Verbandes berücksichtigt werden.

3.6.3. Materielle Ressourcen

Die materielle Ausstattung wurde im Projektkontext von den Beteiligten insgesamt positiv bewertet. Die Fachberaterinnen konnten auf die bestehende Infrastruktur und technischen Systeme der Malteser vor Ort zurückgreifen und wurden mit geeigneter Arbeitsausstattung – etwa Laptop, Diensthandy und Zugang zu einem Dienstwagen bzw. der Möglichkeit zur Fahrtkostenabrechnung – ausgestattet.

In den Workshops zum logischen Modell wurde die Bedeutung eines standardisierten Dokumentationssystems für eine strukturierte Datenerfassung und eine zielgerichtete Steuerung der Beratungsprozesse hervorgehoben. In SABD-Fam kamen verschiedene Instrumente aus der ambulanten Demenzarbeit der Malteser zum Einsatz, darunter Stammblätter zur Erfassung von Kundendaten, strukturierte Informationssammlungen (SIS), Instrumente zur Pflegebedarfserhebung wie das Instrument zur Einschätzung herausfordernden Verhaltens bei Menschen mit Demenz (IdA) und die Häusliche Pflege-Skala (HPS), Biografiebögen, Maßnahmenpläne sowie Beratungsprotokolle (s. Kapitel 6.1.2. in Teilprojekt 1). Die Dokumentation erfolgte teils digital, teils in physischen Fallakten. Eine vollständige Digitalisierung wurde von den Beteiligten als wünschenswert benannt, insbesondere zur Verbesserung des Informationsflusses und der Datenverfügbarkeit. Gleichzeitig wurden etablierte Kommunikationsformate wie regelmäßige Teambesprechungen über digitale Plattformen (z. B. MS Teams) als hilfreich für interne Abstimmungen und fallbezogene Koordination beschrieben. Gleichwohl zeigten sich in der praktischen Umsetzung Schwächen hinsichtlich der Stringenz und Effizienz der Dokumentation.

Darüber hinaus standen Mittel für Informationsmaterialien wie Flyer und Homepages sowie für Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Tagungen, Messen und lokalen Aktionstagen zur Verfügung. In den Workshops wurde außerdem deutlich, dass ein gut organisiertes Netzwerk sowie funktionale IT-Strukturen zentrale Voraussetzungen für

eine effektive Zusammenarbeit sind. Eine organisationsinterne IT-Vernetzung über sichere Plattformen wurde als hilfreich bewertet, um die Zusammenarbeit zu erleichtern. Als notwendige Ressource wurde zudem ein verbindliches Datenschutzkonzept genannt, um den professionellen und datenschutzkonformen Umgang mit sensiblen Informationen sicherzustellen.

Nicht zuletzt wurde der Zugang der Projektbeteiligten zu aktueller Fachliteratur, Fortbildungen und Fachdatenbanken als wichtige Voraussetzung für die kontinuierliche Weiterbildung und fachlich fundierte Arbeit betont.

3.6.4. Finanzielle Ressourcen

Finanzielle Ressourcen sind notwendig für die Deckung der Kosten für Personal, Infrastruktur, Material, Fortbildungen, Supervisionen und den Zugang zu Fachdatenbanken. Der Zugang zu Fachdatenbanken und der Besuch von Konferenzen oder Weiterbildungsmaßnahmen wurden als zentral für die Qualitätssicherung genannt. Eine gesicherte Finanzierung stellt somit eine Grundvoraussetzung für die fachliche und strukturelle Entwicklung der Intervention dar (vgl. Kapitel Hemmende Faktoren).

3.6.5. Institutionelle Ressourcen

Die Bereitschaft der beteiligten Akteur:innen, eine neue Versorgungsformen wie SABD-Fam bei den Maltestern in Nord-Ost-Württemberg zu integrieren, war in der Mehrheit gegeben. Die Unterstützung durch einzelne Führungskräfte wurde in den Interviews positiv hervorgehoben. Die Implementierung der Intervention erforderte die strukturelle und inhaltliche Verankerung relevanter Qualitätsstandards in der Einrichtung. Dazu zählte insbesondere die Einbindung von Expertenstandards als fachliche Grundlage. Die Bereitschaft der Trägerinstitution, neue Versorgungsansätze zu erproben und in bestehende Strukturen zu integrieren, war aus Sicht der Beteiligten ebenso essenziell wie die Schaffung organisatorischer Voraussetzungen für eine nachhaltige Umsetzung, zum Beispiel durch klare Prozessbeschreibungen, Zuständigkeiten und Schnittstellenregelungen.

Diskussion

Die Analyse der Interviews und Projektdaten zeigte, dass insbesondere personelle und strukturelle Ressourcen zentrale fördernde Faktoren darstellen, während Defizite in diesen Bereichen die Umsetzung der Intervention SABD-Fam erheblich erschweren können. Die Implementierung und Verstetigung komplexer Demenzversorgungsprogramme erfordert eine sorgfältige Planung und die Berücksichtigung einer Vielzahl von Faktoren. Hierzu zählen insbesondere starke Führung, die Unterstützung durch sogenannte „Programm-Champions“, eine effektive interdisziplinäre Kommunikation sowie die klare organisatorische Verpflichtung zur Umsetzung (Kormelinck et al., 2021; Shuman, 2024). Diese Elemente spiegeln sich auch in SABD-Fam wider, wo eine projektverantwortliche Person mit Steuerungsverantwortung als zentraler fördernder Faktor identifiziert wurde. In SABD-Fam zeigte sich, dass insbesondere die Phase der kontinuierlichen Begleitung durch die Fachberaterinnen mit einem erheblichen zeitlichen Aufwand verbunden war, da komplexe Fallkonstellationen oftmals deutlich mehr Zeit und Koordinationsleistung erforderten als zunächst angenommen. Eine flexible Anpassung von Programmen an die vielfältigen Bedarfe von Menschen mit Demenz, ihren Familien und dem Gesundheitssystem ist dabei entscheidend (Amjad, 2024).

Darüber hinaus wird in der Literatur betont, dass der Ausbau von Kapazitäten in der Demenzversorgung und die Etablierung von Konsens über Qualitätsstandards essenziell für eine langfristige Verankerung von Interventionen sind (Epstein-Lubow et al., 2024). Die Prozessevaluation von SABD-Fam unterstreicht diese Notwendigkeit. Die Fachberaterinnen berichteten, dass sie sich durch die zusätzliche Qualifizierung und gute strukturelle Unterstützung in der Lage sahen, komplexe Aufgaben wie verstehende Diagnostik und Biografiearbeit in den begleiteten Familien umzusetzen. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich, dass die Zeitressourcen für die Begleitung sowie insbesondere für Netzwerkarbeit knapp waren und es außerhalb der gesicherten Modellförderung herausfordernd sein könnte, die hohen Anforderungen dauerhaft abzusichern. Hohe Arbeitsbelastung, Personalfluktuation und organisatorische Instabilität sind hier zentrale Faktoren, die die Implementierung erschweren (Kormelinck et al., 2021).

Insgesamt wurde deutlich, dass eine erfolgreiche Implementierung von SABD-Fam weit mehr erfordert als eine ausreichende materielle oder personelle Ausstattung. Vielmehr müssen die Ressourcen strategisch aufeinander abgestimmt und mit einer nachhaltigen Führungsstruktur, institutioneller Unterstützung und kontinuierlicher Reflexion verbunden werden. Nur so kann eine langfristige Wirkung erzielt werden, die über die Projektlaufzeit hinaus Bestand hat.

3.8. Outcome

Ein weiteres Ergebnis der Prozessevaluation war die schrittweise Konkretisierung der angestrebten Outcomes der SABD-Fam Intervention im Rahmen der Workshops zur Entwicklung und Überarbeitung des logischen Modells.

Im ersten Workshop wurden die angestrebten Outcomes entlang eines Zeithorizonts beschrieben: kurzfristige, mittelfristige und langfristige Outcomes wurden definiert. Zunächst fokussierten die Outcomes sich noch vergleichsweise stark auf den Erhalt der Häuslichkeit. Im Vordergrund standen Ziele wie die Vermeidung oder Verzögerung einer stationären Versorgung und die Stabilisierung des häuslichen Settings. Diese Perspektive reflektierte das Leitbild vieler Versorgungsangebote, das stark darauf abzielte, Menschen mit Demenz möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung zu halten. Angehörige sollten vor allem dabei unterstützt werden, die häusliche Versorgung aufrechtzuerhalten, während Fachpersonen und das Versorgungsnetz entlastet werden sollten. Im Verlauf des Projektes und insbesondere im zweiten Workshop gegen Ende der Projektlaufzeit wurde dieses Verständnis vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit der Umsetzung von SABD-Fam erweitert und differenziert. Die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigten, dass Familien und Fachberaterinnen in der Praxis mit Situationen konfrontiert waren, in denen der Erhalt der Häuslichkeit nicht immer die beste oder nachhaltigste Lösung darstellte, beispielsweise bei starker Überlastung der Angehörigen oder bei erheblich herausforderndem Verhalten der Menschen mit Demenz. Hier erwies sich die reine Fixierung auf die Häuslichkeit als unzureichend oder sogar belastend für die Betroffenen. Im zweiten Workshop wurde daher eine neue Zielperspektive formuliert, die stärker auf die Akzeptanz und Reflexion der Angehörigen abzielte. Im Fokus stand nun die Haltung der Angehörigen zum progressiven Verlauf der Erkrankung und den damit verbundenen Herausforderungen. Angehörige sollten nicht nur lernen, mit herausforderndem Verhalten umzugehen, sondern auch eine akzeptie-

rende Haltung gegenüber dem möglichen Übergang in eine stationäre Versorgung entwickeln können, ohne dies als persönliches Scheitern zu erleben. Diese neue Perspektive wurde im Outcome-Modell explizit verankert und spiegelt die in den Interviews vielfach genannten Entlastungserfahrungen wider, wenn Angehörige ihre eigenen Grenzen anerkennen durften.

Des Weiteren lag im ersten Workshop der Schwerpunkt auf Outcomes die auf das emotionale Erleben von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, eine allgemeine Verbesserung von deren Lebensqualität, die Entlastung von Pflegefachpersonen, sowie die Etablierung von SABD-Fam als Alleinstellungsmerkmal der Malteser im Versorgungsnetzwerk abzielten. Die initiale Version des logischen Modells betonte insbesondere das Ziel einer spürbaren Entlastung und emotionalen Unterstützung innerhalb weniger Wochen nach Beginn der Intervention, aber auch eine rasche Verbesserung der Versorgungsqualität. In der finalen Version des logischen Modells wurde dann beispielsweise auf der Ebene der kurzfristigen Outcomes präzisiert, dass der Aufbau einer von Vertrauen geprägten professionellen Beziehung zwischen der Fachberaterin und den Angehörigen eine notwendige Voraussetzung für alle weiteren Outcomes sei. Die Prozessevaluation verdeutlichte, dass diese Beziehung maßgeblich zur Entstehung von Entlastung und Handlungssicherheit der Angehörigen beiträgt. Dies war ein Aspekt, der in der ersten Modellversion noch nicht explizit benannt war. Zudem wurde im finalen logischen Modell stärker berücksichtigt, dass Angehörige durch SABD-Fam bei der Entwicklung einer reflexiven Haltung gefördert und ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Dieses Outcome wurde in der zweiten Modellversion sprachlich und inhaltlich differenziert und stärker auf Empowerment fokussiert.

Ebenfalls deutlich wurde im zweiten Workshop, dass sich die mittelfristigen Outcomes nicht nur auf die emotionale Entlastung von Angehörigen beziehen, sondern auch auf ihre aktive Teilhabe am sozialen Leben und ihre zunehmende Handlungskompetenz im Alltag mit Demenz. Die Prozessevaluation zeigte, dass gerade diese Aspekte für eine langfristige Stabilisierung der Familiensysteme von hoher Bedeutung sind. Hier wurde im Modell eine Verschiebung weg von einem rein versorgungslogischen Verständnis hin zu einer ganzheitlichen Perspektive auf psychosoziale und gesundheitliche Wirkungen vorgenommen.

Auf der Ebene der langfristigen Outcomes wurde im zweiten Workshop präzisiert, dass SABD-Fam nicht primär eine Reduzierung von Heimeinzügen anstrebt, sondern eine übergeordnete Systemwirkung entfalten soll, beispielsweise durch eine erhöhte Selbstwirksamkeit der Angehörigen, eine verbesserte sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern und letztendlich eine mögliche Reduzierung der Gesamtkosten im Gesundheitssystem. Die Prozessevaluation zeigte, dass dieser Aspekt in der initialen Version des logischen Modells noch vergleichsweise vage blieb, während im finalen Modell die konkreten Mechanismen (z. B. Stabilisierung der häuslichen Versorgung, Reduzierung nicht indizierter Krankenhausaufenthalte) deutlich benannt wurden.

Insgesamt konnten durch die iterative Bearbeitung des logischen Modells Outcomes erarbeitet werden, die die praktischen Erfahrungen der Fachberaterinnen, die Aussagen der Interviews und die Einschätzungen der Projektbeteiligten in den Workshops integrierten.

Diskussion

Die Entwicklung und iterative Weiterentwicklung des logischen Modells für SABD-Fam verdeutlichte den hohen Stellenwert partizipativer Prozesse bei der Operationalisierung komplexer psychosozialer Interventionen in der Demenzversorgung. Die schrittweise Ausdifferenzierung der Outcomes in zwei Workshops ermöglichte eine Annäherung an die reale Versorgungspraxis und die in der Umsetzungsphase erlebten Bedürfnisse der durch SABD-Fam begleiteten Familien. Dabei wurde ein zentraler Perspektivwechsel deutlich: Weg von einem ausschließlich auf den Erhalt der häuslichen Versorgung fokussierten Ansatz hin zu einem akzeptierenden, Angehörige in allen Lebenslagen empowernden Versorgungsverständnis.
Im Projektverlauf zeigte sich, dass die initiale Ausrichtung des logischen Modells – mit starker Betonung auf den Verbleib in der häuslichen Umgebung – nicht immer den realen Bedürfnissen entsprach. Besonders in Situationen starker Überlastung oder herausfordernden Verhaltensweisen war dieses Ziel nicht sinnvoll und konnte für Familien sogar belastend sein. Entsprechend wurde das Modell im zweiten Workshop angepasst: Statt vorrangig die Häuslichkeit zu sichern, rückte nun die Haltung der Angehörigen stärker in den Fokus. Ziel war es, ihnen zu helfen, eigene Grenzen anzuerkennen und Übergänge in stationäre Versorgungsformen nicht als persönliches Versagen zu verstehen. Damit adressiert SABD-Fam Outcomes, die im Sinne von „meaningful outcomes“ (Øksnebjerg et al., 2018) für die Betroffenen relevant sind. Diese Perspektive findet sich auch in neueren Interventionsmodellen und Programmtheorien wieder, die kontextabhängige Wirkmechanismen betonen und zeigen, dass Pflegeinterventionen an konkrete Lebenssituationen angepasst werden müssen (Mills et al., 2019; Palm et al., 2021).

In den Workshops wurden die zentralen Ziele der Intervention SABD-Fam definiert und in kurzfristige, mittelfristige und langfristige Outcomes unterteilt. Zwar gelang es dabei, eine differenzierte und praxisnahe Zielstruktur zu entwickeln, jedoch wurde bisher noch nicht systematisch erarbeitet, wie diese Outcomes konkret gemessen werden können. Die Frage nach geeigneten Verfahren zur Zielerfassung und -messung bleibt ein offener Punkt, der im weiteren Verlauf des Projekts bzw. bei einer zukünftigen Verstetigung der Intervention geklärt werden sollte. Die Weiterentwicklung des logischen Modells zur Intervention SABD-Fam kann somit als Beispiel für einen transdisziplinären Modellierungsprozess gewertet werden, der sowohl theoriegeleitet als auch empirisch fundiert die Zielstruktur an die praktischen Erfahrungen der Fachberaterinnen und die Rückmeldungen der Angehörigen anpasst. Die stärkere Einbindung von Zielskalierung und SMART-Kriterien könnte künftig zur weiteren Definierung und Messbarkeit der Ziele beitragen (Budgett et al., 2024).

4. Fazit & Ausblick

Die vorliegende Prozessevaluation des Modellprojekts SABD-Fam lieferte umfassende Einblicke zur Implementierung und Umsetzung sowie zu ersten subjektiven Erfahrungen mit der Wirkung eines spezialisierten Unterstützungsangebots für Menschen mit Demenz und ihre Familien. Die Ergebnisse zeigen, dass SABD-Fam einen relevanten Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung in der Häuslichkeit leisten kann, insbesondere durch die Verknüpfung pflegefachlicher Expertise mit psychosozialer Beratung und der systematischen Integration in regionale Netzwerke (z.B. in Form der interdisziplinären Fallbesprechungen). Die Prozessevaluation hebt zugleich strukturelle als auch prozessuale Rahmenbedingungen hervor, die die erfolgreiche Umsetzung fördern oder aber hemmen. Fördernd wirken insbesondere spezifisch qualifiziertes Personal, etablierte Netzwerke, institutionelle Unterstützung sowie die Einbettung in bestehende Infrastruktur. Hemmend hingegen wirken knappe Zeitressourcen, fehlende interprofessionelle Vernetzungsformate, die gesellschaftliche Stigmatisierung von Demenz sowie ungesicherte Finanzierungsstrukturen außerhalb der Modellförderung. Die iterative Weiterentwicklung des logischen Modells ermöglichte es, diese Erkenntnisse systematisch in Zielstrukturen zu überführen und die Zielperspektiven differenziert auszurichten, weg von einer rein auf die Häuslichkeit orientierten Versorgungsstruktur hin zu einem ressourcenorientierten, akzeptanzfördernden Beratungskonzept, das auch Übergänge in die Langzeitpflege respektvoll gestaltet. Ein zentraler Befund war die Erkenntnis, dass der Erhalt der Häuslichkeit nicht in jedem Fall das vorrangige oder nachhaltigste Ziel darstellen muss. Vielmehr bedarf es flexibler Konzepte, die sowohl den Wunsch nach Verbleib in der gewohnten Umgebung als auch notwendige Entlastungsoptionen und Übergänge in andere Versorgungsformen gleichwertig berücksichtigen. Die Unterstützung von Angehörigen sollte dabei stärker auf Akzeptanz, Entscheidungsfähigkeit und Selbstwirksamkeit ausgerichtet sein.

Für die Weiterentwicklung und nachhaltige Verankerung von SABD-Fam lassen sich aus der Evaluation folgende Implikationen ableiten. Erstens bedarf es langfristig einer finanziellen Absicherung der Fachberatung Demenz und ihres Tätigkeitsfelds, der spezialisierten, kontinuierlichen Begleitung. Zweitens sollte die interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit systematischer institutionalisiert werden, etwa durch regionale Kooperationsvereinbarungen, digitale Austauschplattformen oder regelmäßige Fallbesprechungen. Darüber hinaus gilt es, nicht nur klassische Fortbildungsangebote auszubauen, sondern vor allem spezifische, erweiterte berufliche Rollen zu etablieren, die Fachpersonen gezielt auf die komplexen Anforderungen in der Begleitung von Familien mit Demenz vorbereiten. Hierfür bedarf es wissenschaftlich fundierter Weiterbildungsformate, wie sie beispielsweise im Rahmen des Projekts für die Rolle der Fachberaterin Demenz entwickelt wurden. Diese Rolle stellt, im internationalen Vergleich mit Advanced Practice Nursing-Modellen, eine wichtige Zwischenlösung im deutschen Versorgungskontext dar, in dem der Akademisierungsgrad im Pflegebereich bislang vergleichsweise niedrig ist. Solche erweiterten Rollen ermöglichen nicht nur eine qualitativ hochwertige Versorgung, sondern können perspektivisch auch über bestehende Finanzierungssysteme wie SGB V oder SGB XI refinanzierbar werden.

Nicht zuletzt bleibt die gesellschaftliche Enttabuisierung von Demenz ein zentrales Ziel. Öffentlichkeitsarbeit, politische Aufklärung und die Stärkung präventiv ausgerichteter Versorgungsmodelle sind wesentliche Voraussetzungen, um ein würdevolles, akzeptanzförderndes und entlastendes Versorgungssystem für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu gestalten. SABD-Fam kann dabei als richtungsweisendes Beispiel dienen.

5. Dissemination

Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Teilprojekt 2 von SABD-Fam wurden und werden über nationale und internationale wissenschaftliche Konferenzen kommuniziert.

Posterpräsentation:

Malek, M., Köhler, K., & Holle, B. (2024, Oktober). Prozessevaluation des Modellprojekts SABD-Fam zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien. Universitätsweiter Tag der Forschung, Universität Witten/Herdecke, Witten.

Konferenzvortrag:

Malek, M., Köhler, K., Arnold, D., & Holle, B. (2025, Mai). Enhancing interprofessional collaboration in dementia care: Insights from the SABD-Fam Project. 4th International Conference of the German Society of Nursing Science, Berlin, Deutschland.

In Planung:

Posterpräsentation:

Malek, M., Köhler, K., Arnold, D., Basteck, N., & Holle, B. (2025, Oktober). Specialized care & support in home-based dementia care: Process evaluation of the SABD-Fam project. Alzheimer Europe Conference, Bologna, Italien.

Konferenzvortrag:

Malek, M., Köhler, K., Arnold, D., Basteck, N., & Holle, B. (2025, September). Spezialisierte Begleitung in der häuslichen Demenzversorgung: Prozessevaluation des SABD-Fam-Projekts. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), Hamburg, Deutschland.

Des Weiteren wird das Teilprojekt 2 auch im Rahmen eines Projekt-Pitches auf der DZNE Jahrestagung „Forschen. Vernetzen. Umsetzen. Die Rolle der Wissenschaft in der Nationalen Demenzstrategie" in Witten im September 2025 vorgestellt. Aus dem Kontext des Projekts abgeleitet gestaltet das wissenschaftliche Team des DZNE Witten in Kooperation mit der Fachstelle Demenz der Malteser den Workshop: „Erfolgreiche Projekte verstetigen – und wer zahlt? Erfahrungen, Impulse und Austausch zur Refinanzierung innovativer Versorgungsmodelle."

Literatur

Amjad, H. (2024). FLEXIBILITY MEETS COMPLEXITY: LESSONS FROM PRACTICE-BASED IMPLEMENTATION OF A DEMENTIA CARE MODEL. *Innovation in Aging*, *8*(Suppl 1), 414.

Arsenault-Lapierre, G., Le Berre, M., Rojas-Rozo, L., McAiney, C., Ingram, J., Lee, L., & Vedel, I. (2022). Improving dementia care: insights from audit and feedback in interdisciplinary primary care sites. *BMC health services research*, *22*(1), 353.

Berendonk, C., Kaspar, R., Bär, M., & Hoben, M. (2019). Improving quality of work life for care providers by fostering the emotional well-being of persons with dementia: A cluster-randomized trial of a nursing intervention in German long-term care settings. *Dementia*, *18*(4), 1286-1309.

Bergmann, S., Peper, J., & Bieber, A. (2022). The use of formal care for dementia from a professional perspective: a scoping review. *BMC health services research*, *22*(1), 825.

Bisson, M., Benoit, R., Angrignon-Girouard, E., Hudon, C., del Barrio Rodriguez, M.-L., & Poirier, M.-D. (2023). Better care for people with complex care needs: a partnership between primary care clinics and the community network. In: The Annals of Family Medicine.

Bjørge, H., Halvorsrud, L., & Goyal, A. R. (2023). Always on alert: How relatives of family members with dementia experience the transition from home to permanent nursing home placement. *Nurs Open*. https://doi.org/10.1002/nop2.1877

Blotenberg, I., Thyrian, J.R. (2022). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V*. https://doi.org/https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf

Broese van Groenou, M. I., & De Boer, A. (2016). Providing informal care in a changing society. *European journal of ageing*, *13*, 271-279.

Budgett, J., Sommerlad, A., Kupeli, N., Zabihi, S., Olsen, A., & Cooper, C. (2024). Setting individualised goals for people living with dementia and their family carers: A systematic review of goal-setting outcome measures and their psychometric properties. *Dementia*, *23*(2), 312-340.

Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S., Lübben, A., & Yalymova, I. (2023). Zu hause pflegen–zwischen wunsch und wirklichkeit. *Hochschule Osnabrück*.

Cao, Q., Tan, C.-C., Xu, W., Hu, H., Cao, X.-P., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J.-T. (2020). The prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, *73*(3), 1157-1166.

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*, 1-15.

DGPPN. (2017). *S3-Leitlinie Demenzen*. Springer-Verlag.

Epstein-Lubow, G., Tambor, E., Johnson, M., Haggerty, K. L., & Stoeckle, R. (2024). SUSTAINABILITY OF COMPREHENSIVE DEMENTIA CARE

INTERVENTIONS FROM A CLINICAL PERSPECTIVE. *Innovation in Aging*, *8*(Supplement_1), 82-82.

Escrig-Pinol, A., Corazzini, K. N., Blodgett, M. B., Chu, C. H., & McGilton, K. S. (2019). Supervisory relationships in long-term care facilities: A comparative case study of two facilities using complexity science. *Journal of Nursing Management*, *27*(2), 311-319.

Frost, R., Rait, G., Aw, S., Brunskill, G., Wilcock, J., Robinson, L., Knapp, M., Hogan, N., Harrison Dening, K., & Allan, L. (2021). Implementing post diagnostic dementia care in primary care: a mixed-methods systematic review. *Aging & Mental Health*, *25*(8), 1381-1394.

Goh, A. M. Y., Polacsek, M., Malta, S., Doyle, C., Hallam, B., Gahan, L., Low, L. F., Cooper, C., Livingston, G., Panayiotou, A., Loi, S. M., Omori, M., Savvas, S., Burton, J., Ames, D., Scherer, S. C., Chau, N., Roberts, S., Winbolt, M., . . . Dow, B. (2022). What constitutes 'good' home care for people with dementia? An investigation of the views of home care service recipients and providers. *BMC Geriatrics*, *22*(1), 42. https://doi.org/10.1186/s12877-021-02727-4

Halek, M., Holle, D., & Bartholomeyczik, S. (2017). Development and evaluation of the content validity, practicability and feasibility of the Innovative dementia-oriented Assessment system for challenging behaviour in residents with dementia. *BMC health services research*, *17*, 1-26.

Hochgraeber, I., von Kutzleben, M., Bartholomeyczik, S., & Holle, B. (2017). Low-threshold support services for people with dementia within the scope of respite care in Germany–a qualitative study on different stakeholders' perspective. *Dementia*, *16*(5), 576-590.

Iliffe, S., Waugh, A., Poole, M., Bamford, C., Brittain, K., Chew-Graham, C., Fox, C., Katona, C., Livingston, G., & Manthorpe, J. (2014). The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care: results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health technology assessment (Winchester, England)*, *18*(52), 1.

Karrer, L., Dietzel, N., Wolff, F., Kratzer, A., Hess, M., Gräßel, E., & Kolominsky-Rabas, P. (2020). Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Das Gesundheitswesen*, *82*(1), 40-49. https://doi.org/10.1055/a-1071-7851

Kellogg, W. (2004). WK Kellogg Foundation. *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide*.

Kipfer, S., Mabire, C., Vézina, J., Koppitz, A., & Pihet, S. (2024). Relationship quality perceived by family caregivers of people with dementia in the context of a psychoeducational intervention: A qualitative exploration. *Dementia*, *23*(8), 1263-1291. https://doi.org/10.1177/14713012241264611

Kormelinck, C. M. G., Janus, S. I., Smalbrugge, M., Gerritsen, D. L., & Zuidema, S. U. (2021). Systematic review on barriers and facilitators of complex interventions for residents with dementia in long-term care. *International psychogeriatrics*, *33*(9), 873-889.

Kricheldorff, C. (2025). Sozialpolitische Einordnung zur Entwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz. In D. Z. f. N. E. e. V. &

D. A. G. e. V. (Eds.), *Angehörige von Menschen mit Demenz: Forschungsergebnisse und Perspektiven*. Beltz Juventa.

Kricheldorff, C., & Aner, K. (2021). Facetten der Versorgungsrealität von Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *54*(7), 633-635. https://doi.org/10.1007/s00391-021-01965-w

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz, ; Beltz Juventa. In: Weinheim, Germany Basel, Switzerland.

Lee, L., Lu, S. K., Hillier, L. M., & Gregg, S. (2019). Improving access to community support and services for persons living with dementia: Integration of home care services into primary care-based memory clinics. *Geriatrics & Gerontology International*, *19*(1), 81-82.

Leff, B., & Stevenson, D. G. (2021). Integrating the financing and delivery of medical and supportive services for people living with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, *22*(7), 1377-1380.

Lobo, A., Launer, L. J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M., Copeland, J., Dartigues, J., Jagger, C., & Martinez-Lage, J. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, *54*(5), S4.

Lord, K., Beresford-Dent, J., Rapaport, P., Burton, A., Leverton, M., Walters, K., Lang, I., Downs, M., Manthorpe, J., & Boex, S. (2020). Developing the New Interventions for independence in Dementia Study (NIDUS) theoretical model for supporting people to live well with dementia at home for longer: a systematic review of theoretical models and Randomised Controlled Trial evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *55*, 1-14.

Macleod, A., Tatangelo, G., McCabe, M., & You, E. (2017). "There isn't an easy way of finding the help that's available." Barriers and facilitators of service use among dementia family caregivers: a qualitative study. *Int Psychogeriatr*, *29*(5), 765-776. https://doi.org/10.1017/s1041610216002532

MacLeod, A., Tatangelo, G., McCabe, M., & You, E. (2017). “There isn't an easy way of finding the help that's available.” Barriers and facilitators of service use among dementia family caregivers: a qualitative study. *International psychogeriatrics*, *29*(5), 765-776.

Marulappa, N., Anderson, N. N., Bethell, J., Bourbonnais, A., Kelly, F., McMurray, J., Rogers, H. L., Vedel, I., & Gagliardi, A. R. (2022). How to implement person-centred care and support for dementia in outpatient and home/community settings: scoping review. *BMC health services research*, *22*(1), 541.

McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (2015). Using logic models. *Handbook of practical program evaluation*, 62-87.

Mills, T., Lawton, R., & Sheard, L. (2019). Advancing complexity science in healthcare research: the logic of logic models. *BMC medical research methodology*, *19*, 1-11.

Mitchell, J. I., Long, J. C., Braithwaite, J., & Brodaty, H. (2016). Social-professional networks in long-term care settings with people with dementia: an approach to better care? A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(2), 183. e117-183. e127.

Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., Moore, L., O'Cathain, A., Tinati, T., & Wight, D. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *bmj*, *350*.

Morrisby, C., Joosten, A., & Ciccarelli, M. (2018). Do services meet the needs of people with dementia and carers living in the community? A scoping review of the international literature. *International psychogeriatrics*, *30*(1), 5-14.

Nunez, F. E. (2021). Factors influencing decisions to admit family members with dementia to long-term care facilities. Nursing Forum,

Øksnebjerg, L., Diaz-Ponce, A., Gove, D., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Chattat, R., & Woods, B. (2018). Towards capturing meaningful outcomes for people with dementia in psychosocial intervention research: A pan-European consultation. *Health Expectations*, *21*(6), 1056-1065. https://doi.org/10.1111/hex.12799

Oostra, D. L., Harmsen, A., Nieuwboer, M. S., Rikkert, M. G. O., & Perry, M. (2021). Care integration in primary dementia care networks: a longitudinal mixed-methods study. *International Journal of Integrated Care*, *21*(4), 29.

Palm, R., Fahsold, A., Roes, M., & Holle, B. (2021). Context, mechanisms and outcomes of dementia special care units: An initial programme theory based on realist methodology. *PloS one*, *16*(11), e0259496.

Pendergrass, A., Malnis, C., Graf, U., Engel, S., & Graessel, E. (2018). Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Serv Res*, *18*(1), 229. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3047-4

Quinn, C., Clare, L., McGuinness, T., & Woods, R. T. (2012). Negotiating the balance: The triadic relationship between spousal caregivers, people with dementia and Admiral Nurses. *Dementia*, *12*(5), 588-605. https://doi.org/10.1177/1471301212437780

Reckrey, J. M., Perez, S., Watman, D., Ornstein, K. A., Russell, D., & Franzosa, E. (2022). The Need for Stability in Paid Dementia Care: Family Caregiver Perspectives. *Journal of Applied Gerontology*, *42*(4), 607-616. https://doi.org/10.1177/07334648221097692

Reilly, S., Miranda-Castillo, C., Malouf, R., Hoe, J., Toot, S., Challis, D., & Orrell, M. (2015). Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, *1*(1), CD008345. https://doi.org/10.1002/14651858.CD008345.pub2

Røsvik, J., Michelet, M., Engedal, K., Bieber, A., Broda, A., Gonçalves-Pereira, M., Hopper, L., Irving, K., Jelley, H., Kerpershoek, L., Meyer, G., Marques, M. J., Portolani, E., Sjölund, B. M., Sköldunger, A., Stephan, A., Verhey, F., de Vugt, M., Woods, B., . . . Selbaek, G. (2020). Interventions to enhance access to and utilization of formal community care services for home dwelling persons with dementia and their informal carers. A scoping review. *Aging Ment Health*, *24*(2), 200-211. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1523876

Rothgang, H., Müller, R. (2018). BARMER Pflegereport 2018. Pflegende Angehörige an der Grenze der Belastbarkeit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse (Vol. 12). *BAMRER*.

https://doi.org/https://www.barmer.de/resource/blob/1028518/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/barmer-pflegereport-2018-band-12-data.pdf

Schiller, C., Gruenzig, M., Heinrich, S., Meyer, G., & Bieber, A. (2022). Case management for people with dementia living at home and their informal caregivers: A scoping review. *Health & social care in the community*, *30*(4), 1233-1253.

Schmachtenberg, T., Monsees, J., & Thyrian, J. R. (2022). Structures for the care of people with dementia: a European comparison. *BMC health services research*, *22*(1), 1372.

Shuman, S. (2024). CONSIDERATIONS FOR SUSTAINING DEMENTIA CARE INTERVENTIONS IN THE COMMUNITY. *Innovation in Aging*, *8*(Suppl 1), 82.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., Boyd, K. A., Craig, N., French, D. P., & McIntosh, E. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *bmj*, *374*.

Smith, J. D., Li, D. H., & Rafferty, M. R. (2020). The implementation research logic model: a method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, *15*, 1-12.

Stephan, A., Möhler, R., Renom-Guiteras, A., & Meyer, G. (2015a). Successful collaboration in dementia care from the perspectives of healthcare professionals and informal carers in Germany: results from a focus group study. *BMC health services research*, *15*, 1-13.

Stephan, A., Möhler, R., Renom-Guiteras, A., & Meyer, G. (2015b). Successful collaboration in dementia care from the perspectives of healthcare professionals and informal carers in Germany: results from a focus group study. *BMC Health Services Research*, *15*(1), 208. https://doi.org/10.1186/s12913-015-0875-3

Surr, C. A., Gates, C., Irving, D., Oyebode, J., Smith, S. J., Parveen, S., Drury, M., & Dennison, A. (2017). Effective dementia education and training for the health and social care workforce: a systematic review of the literature. *Review of educational research*, *87*(5), 966-1002.

Tam-Tham, H., Cepoiu-Martin, M., Ronksley, P. E., Maxwell, C. J., & Hemmelgarn, B. R. (2013). Dementia case management and risk of long-term care placement: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, *28*(9), 889-902. https://doi.org/10.1002/gps.3906

Teng, C., Loy, C. T., Sellars, M., Pond, D., Latt, M. D., Waite, L. M., Sinka, V., Logeman, C., & Tong, A. (2020). Making decisions about long-term institutional care placement among people with dementia and their caregivers: systematic review of qualitative studies. *The Gerontologist*, *60*(4), e329-e346.

Tilburgs, B., Vernooij-Dassen, M., Koopmans, R., van Gennip, H., Engels, Y., & Perry, M. (2018). Barriers and facilitators for GPs in dementia advance care planning: a systematic integrative review. *PloS one*, *13*(6), e0198535.

Von Kutzleben, M., Köhler, K., Dreyer, J., Holle, B., & Roes, M. (2017). Stabilität von häuslichen Versorgungsarrangements für Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *50*(3), 210-218.

Wilfling, D., Flägel, K., Steinhäuser, J., & Balzer, K. (2022). Specifics of and training needs in the inter-professional home care of people with dementia. *Pflege*.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt zunächst den beteiligten Angehörigen und Menschen mit Demenz, die uns im Rahmen des Modellprojekts SABD-Fam ihr Vertrauen geschenkt und wertvolle Einblicke in ihre Lebenswelten ermöglicht haben. Ihre Offenheit und Bereitschaft, an den Projektprozessen mitzuwirken, waren für die Entwicklung, Umsetzung und Prozessevaluation der Intervention von unschätzbarem Wert.
Ein herzlicher Dank gilt den beteiligten Diensten der Malteser in Ost Württemberg, der Leitung und den Teams vor Ort sowie insbesondere den Mitgliedern der Arbeitsgruppen im Demenzdienst und im Pflegedienst, die alle mit großem Engagement an der Umsetzung des Projekts mitgewirkt haben.

Ebenso danken wir den Mitgliedern des Projektbeirats, Lilja Helms, Christina Herrmann, Frank Weber, Christian Müller-Hergl, Dr. Petra Narimani, Wolfgang Weis und Jahin Wurster für ihre kontinuierliche fachliche Begleitung, ihre kritischen Impulse und ihre konstruktive Unterstützung im Projektverlauf.

Besonderer Dank gilt zudem den Teilnehmenden der interdisziplinären Fallbesprechungen: Iris Heßelbach, Dr. Alfons Lindemann, sowie Vera Musiol. Ihre fachliche Perspektive, ihre Bereitschaft zur kollegialen Reflexion sowie ihr Engagement für eine ganzheitliche Versorgung haben das Projekt in besonderer Weise bereichert.

Allen Beteiligten danken wir für ihre Zeit, ihr Vertrauen und ihr unermüdliches Engagement für eine bessere Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien.

Anhang zum Projektbericht Teilprojekt 1 SABD- Fam

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 124

Abbildungsverzeichnis 124

1 Änderungen im Projektverlauf Teilprojekt 1 125

1.1 Zielsetzung Teilprojekt 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam*: Änderungen im Projektverlauf 125

1.2 Definitionen des Versorgungskonzepts SABD-Fam und der Komponenten in Teilprojekt 1: Änderungen im Projektverlauf 125

1.2.1 Beschreibungen des Versorgungskonzepts SABD-Fam in der Projektskizze (vor Beginn von Phase I) 125

1.2.2 Definitionen am Ende von Phase I zur Weiterentwicklung und Anpassung der Konzeption von SABD-Fam 127

2 Durchführung des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses in SABD-Fam in Arbeitsgruppen 131

2.1 Übersicht Arbeitsgruppen in Teilprojekt 1 131

2.2 Treffen AG Demenzdienst und AG Pflegedienst 132

2.3 Treffen Fachteam Demenz 133

3 Ergebnisse des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses zur Umsetzung von SABD-Fam in Teilprojekt 1 134

3.1 Übersicht Komponenten von SABD-Fam und Ergebnisse Teilprojekt 1 134

3.2 Spezialisierte Begleitung durch Fachberaterinnen Demenz 135

3.2.1 Entwurf Stellenbeschreibung bzw. Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz 135

3.2.2 Entwurf Verfahrensanweisung Spezialisierte Begleitung 139

3.2.3 Netzwerkkarte SABD-Fam 142

3.3 Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam 143

3.3.1 Durchführung einrichtungsbezogener Fallbesprechungen 143

3.3.2 Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam 144

3.4 Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam 146

3.4.1 Durchführung interdisziplinärer Fallbesprechungen 146

3.4.2 Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam 147

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1: Übersicht Arbeitsgruppen SABD-Fam 131
Tabelle 2-2: Treffen AG Demenzdienst & AG Pflegedienst 132
Tabelle 2-3: Treffen Fachteam Demenz 133
Tabelle 3-1: Übersicht Komponenten & Ergebnisse SABD-Fam 134
Tabelle 3-2: Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen 143
Tabelle 3-3: Interdisziplinäre Fallbesprechungen 146

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Netzwerkkarte SABD-Fam 142

1 Änderungen im Projektverlauf Teilprojekt 1

1.1 Zielsetzung Teilprojekt 1 *Entwicklung und Umsetzung von SABD-Fam*: Änderungen im Projektverlauf

Die Zielsetzung für das Teilprojekt 1 lässt sich wie folgt beschreiben: (Änderungen zur *Projektskizze* vom 07.07.2023 bzw. 14.08.2023 sind unterstrichen bzw. durchgestrichen.)

> SABD-Fam soll weiterentwickelt und probeweise in zwei Einrichtungen der Malteser, einem Demenzdienst und einem ambulanten Pflegedienst, umgesetzt werden.
>
> Unter SABD-Fam wird die spezialisierte, kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch Fachberater:innen für Demenz, die Durchführung Fallbesprechungen in den Einrichtungen sowie die Durchführung von Fallbesprechungen in einem interdisziplinären Fachteam Demenz verstanden.
>
> ~~Begleitend sollen zweitens systematisch geeignete und langfristig zielführende Szenarien zur nachhaltigen Refinanzierung von SABD-Fam entwickelt werden.~~ [1]

1.2 Definitionen des Versorgungskonzepts SABD-Fam und der Komponenten in Teilprojekt 1: Änderungen im Projektverlauf[2]

1.2.1 Beschreibungen des Versorgungskonzepts SABD-Fam in der Projektskizze (vor Beginn von Phase I)

Definitionen V1: Kontinuierliche Begleitung durch Fachberater:innen Demenz

Zentrale Akteur:innen in dem anvisierten Projekt sind als *Fachberater:innen für Demenz* in der ambulanten Versorgung tätige wissenschaftlich weitergebildete berufserfahrene Pflegefachpersonen oder Sozialarbeiter:innen. *Fachberater:innen für Demenz* sind entweder in einem ambulanten Pflegedienst oder einem „Demenz-Dienst" tätig, der Beratung von Angehörigen und ehrenamtliche Betreuung von Menschen mit Demenz organisiert.

Ihr Tätigkeitfeld umfasst die kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien mit dem Ziel einer Stabilisierung ihrer ambulanten Pflegearrangements. *Fachberater:innen für Demenz* sollen bei der Begleitung dieser Familien verstehende Diagnostik einsetzen, sowie bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen in einem *Demenz-Team* initiieren und moderieren.

Definitionen V1: Interdisziplinäre Fallbesprechungen im Demenz-Team

Mitglieder des *Demenz-Teams* sollen jeweils mindestens ein:e einschlägig qualifizierte:r bzw. entsprechend erfahrene:r Psychotherapeut:in, ein:e Hausärzt:in, ein:e Sozialarbeiter:in und eine Pflegefachperson sein; weitere Fachkräfte mit ebenfalls einschlägiger Expertise können hinzukommen.

Neben den Mitgliedern des *Demenz-Teams* sollen an interdisziplinären Fallbesprechungen die an der Betreuung und Pflege der jeweiligen Menschen mit Demenz beteiligten Personen teilnehmen; dazu zählen Fachkräfte (aus Pflege, Sozialer Arbeit und Medizin, ggf. Therapeut:innen, z.B. Ergotherapeut:innen), ehrenamtlich tätige Personen sowie An- und

[1] Die Verantwortlichkeit für die Moderation der AG Refinanzierung lag zu Projektbeginn bei den Maltesern als Auftraggebende. Die Moderation für diese Arbeitsgruppe wurde im Laufe des Modellprojekts vom Leiter des Teilprojekts 2, Dr. Bernhard Holle, übernommen.

[2] Die finalen Definitionen des Versorgungskonzepts SABD-Fam und der Komponenten: Spezialisierte Begleitung durch Fachberaterinnen Demenz, einrichtungsbezogene Fallbesprechungen und interdisziplinäre Fallbesprechungen im Fachteam Demenz werden in Projektbericht Teilprojekt 1 Kapitel 2 dargestellt.

Zugehörige und ggf. weitere relevante Akteur:innen. Die betroffenen Menschen mit Demenz selbst sollen in Fallbesprechungen, soweit dies möglich ist, einbezogen werden.

Ziel ist es, dass alle beteiligten Personen gemeinsam an einem besseren Verständnis der jeweiligen Herausforderungen, an Lösungsmöglichkeiten sowie an deren Umsetzung arbeiten, um die Stabilisierung des jeweiligen ambulanten Pflegearrangements zu fördern. Darüber hinaus sollen die beteiligten Laien und Fachkräfte in diesem Rahmen bedarfsgerecht und fallbezogen geschult werden (Arnold und Gold 2020).

Kommentare zu Abweichungen von der initialen Konzeption interdisziplinärer Fallbesprechungen in SABD-Fam im Projektverlauf

Für „Demenz-Team" wurde frühzeitig in Phase I einvernehmlich unter allen Beteiligten im Modellprojekt der Terminus „Fachteam Demenz" gewählt.

Folgende initiale Annahmen, die in der Projektskizze vor Beginn des Teilprojekts 1 beschreiben wurden, erwiesen sich im Zuge des Forschungs- und Entwicklungsprozesses in Phase I als in der Versorgungspraxis nicht durchführbar. Diese Annahmen wurden verworfen und letztendlich jedoch weitgehend in anderer Form als Teil der Komponente interdisziplinäre Fallbesprechungen oder anderer Komponenten in SABD-Fam (z.B. einrichtungsbezogene Fallbesprechungen) umgesetzt:

Verworfene Annahme	**Alternative Form der Umsetzung und Erklärungen für Abweichungen**
Direkte Beteiligung von Hausärzt:innen als Mitglieder der Fachteams Demenz	• Die Rolle der ärztlichen Expertin im Fachteam Demenz wurde von einer Fachärztin für Geriatrie übernommen. • Die Einbeziehung von Hausärzt:innen wurde durch Arztbriefe sichergestellt. • Die Behandlungshoheit, bzw. die alleinige Verantwortung für Entscheidungen bezüglich ärztlicher Diagnostik und Therapie verbleibt bei den Hausärzt:innen. • Die Ärztin und andere Mitglieder des Fachteams Demenz nehmen eine rein beratende Funktion ein.
Direkte Beteiligung von Fachkräften und anderen an der Versorgung beteiligten Personen (in den Einrichtungen) an interdisziplinären Fallbesprechungen	• Ziele sind: a) gemeinsame Arbeit an einem besseren Verständnis der jeweiligen Herausforderungen, an Lösungsmöglichkeiten sowie an deren Umsetzung; b) bedarfsgerechte und fallbezogene Schulung von Laien[3] und Fachkräften in den Einrichtungen • Diese Ziele werden in Form von einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen als eigenständiger Komponente umgesetzt.
Direkte Beteiligung von Menschen mit Demenz und versorgenden Angehörige in interdisziplinären Fallbesprechungen	• Ergebnisse interdisziplinärer Fallbesprechungen werden von den Fachberaterinnen Demenz, u.a. in Form von Familiengesprächen, auf der Basis der Arztbriefe im Anschluss strukturiert mit der Familie kommuniziert.

[3] Keine Zielgruppe im Projekt wurde letztendlich als „Laien" bezeichnet. Damit waren an dieser Stelle Personen ohne eine berufliche Ausbildung gemeint. Ehrenamtliche Mitarbeiter:innen im Café Malta und Pflegehelfer:innen im Pflegedienst haben jeweils einschlägige Schulung erhalten und werden in einrichtungsbezogene Fallbesprechungen einbezogen. Eine fallbezogene Schulung von versorgenden Angehörigen geschieht im Rahmen der spezialisierten Begleitung durch die Fachberaterin Demenz.

Einbeziehung weiterer Fachkräfte, z.B. in den Therapieberufen, in interdisziplinäre Fallbesprechungen	• Die Einbeziehung weiterer Fachkräfte wurde in den im Projektverlauf durchgeführten interdisziplinären Fallbesprechungen nicht relevant. • Die Notwendigkeit solcher Maßnahmen könnte ebenfalls über den Arztbrief kommuniziert und über eine Überweisung durch Hausärzt:innen sowie die Vermittlung der Fachberater:innen Demenz (siehe Netzwerkkarte, Anhang S. 136) realisiert werden.

1.2.2 Definitionen am Ende von Phase I zur Weiterentwicklung und Anpassung der Konzeption von SABD-Fam

Die folgende Darstellung ist mit wenigen Änderungen dem Text: „Entwurf 1 der Konzeption SABD-Fam: Inhalte und Organisation der kontinuierlichen Begleitung durch Fachberater:innen Demenz sowie der interdisziplinären Fallbesprechungen für Menschen mit Demenz und ihre Familien“ entnommen, der in der ersten Sitzung des Projektbeirates am 12. Juni 2024 diskutiert wurde.

Definition (V2): Versorgungskonzept SABD-Fam

Das Versorgungskonzept SABD-Fam umfasst insgesamt drei Komponenten:

(1) Die kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien zu Hause durch wissenschaftlich weitergebildete „Fachberater:innen Demenz“.
(2) Die Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen im Fachteam Demenz mit einschlägiger Expertise zu Psychotherapie, Medizin, Pflege und Sozialer Arbeit, moderiert durch die Fachberaterinnen Demenz. (Siehe Flyer SABD-Fam im Anhang)
(3) Die Durchführung von Fallbesprechungen in den Einrichtungen: im Pflegedienst (Touren-Fallbesprechung) und im Demenzdienst (Café-Fallbesprechungen), moderiert durch die Fachberaterin Demenz in der Einrichtung.

Definition (V2): Fachberaterinnen Demenz

Fachberaterinnen Demenz besitzen eine Qualifikation als Pflegefachperson, Gesundheits- und Krankenpflegerin, eine vergleichbare Qualifikation in einem Pflegeberuf oder eine andere einschlägige Qualifikation, z.B. als Ergotherapeut:in oder Sozialarbeiter:in.

Sie verfügen über eine mehrjährige berufliche Erfahrung in der Pflege oder Versorgung von Menschen mit Demenz, idealer Weis im ambulanten Bereich.

Wesentlich für die Qualifikation zur Tätigkeit als Fachberaterin Demenz ist die Teilnahme und der erfolgreiche Abschluss des wissenschaftlichen Zertifikatskurses „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung von Menschen mit Demenz (zu Hause).“ oder ein direkt vergleichbares wissenschaftliches Bildungsangebot.

Die Aufgabe der Fachberaterinnen ist die Durchführung der kontinuierlichen Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien in der Häuslichkeit sowie die Moderation von interdisziplinären Fallbesprechungen.

Definition (V2): Kontinuierliche Begleitung

Die kontinuierliche Begleitung wird von Fachberaterinnen Demenz angeboten und beinhaltet die Durchführung von Besuchen bei Familien in der Häuslichkeit, die einen Menschen mit Demenz zu Hause begleiten und versorgen.

Die kontinuierliche Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien durch die Fachberaterinnen Demenz in SABD-Fam verläuft in der Regel in drei Phasen: 1) Beginn der Begleitung, 2) Kontinuierliche Begleitung und 3) Intensive Begleitung.[4]

1) Beginn der Begleitung (Aufnahme eines Falls)

Zu Beginn der Begleitung bzw. zur Aufnahme eines Falls[5] finden mehrere (ca. 4 – 5) Besuche der Fachberaterinnen Demenz bei den Menschen mit Demenz und ihren Familien statt.

Inhalte sind:

1. die Durchführung von Biografie-Arbeit, verstehender Diagnostik und Assessments,

2. eine Beratung des Menschen mit Demenz und der Familie auf dieser Basis in Bezug auf die Anbahnung von Veränderungen und

3. eine Evaluation des Erfolgs der angebahnten Maßnahmen mit eventuellen anschließenden Vorschlägen für weitere Angebote zur Verbesserung der Versorgung.

Bei der Aufnahme eines Falls durch die Fachberaterin Demenz findet außerdem eine Fallvorstellung im Fachteam Demenz statt. Je nach Komplexität der Problematik kann sich eine vertiefte Fallbesprechung anschließen.

2) Kontinuierliche Begleitung

Bei einem unkomplizierten Verlauf finden im Anschluss an die Aufnahme eines Falles weitere Kontakte der Fachberaterin Demenz mit der Familie nach Bedarf statt. Bestimmte Mindestabstände (z.B. ein Besuch alle zwei Monate) werden eingehalten, um die Kontinuität der Beziehung der Fachberaterin Demenz zum Menschen mit Demenz und der Familie zu gewährleisten.

3) Intensive Begleitung

Eine intensive Begleitung findet statt, wenn größere Herausforderungen initial bestehen oder im Verlauf der Begleitung der Familien neu entstehen. Wenn initial größere Herausforderungen vorhanden sind, finden weitere Besuche zur Evaluation und weitere Anpassungen von Maßnahmen statt.

Bei im Verlauf neu auftretenden Veränderungen werden (mindestens) ein bis zwei Besuche der Familie mit erneuter Erhebung von Assessments und verstehender Diagnostik (aufbauend auf die bisherigen Erkenntnisse) sowie mindestens zwei Folge-Besuche zur Rückmeldung und Evaluation durchgeführt.

Darüber hinaus findet eine vertiefte interdisziplinäre Fallbesprechung im Fachteam Demenz statt.

Definition (V1): Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen[6]

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen werden als Touren-Fallbesprechungen oder Café-Fallbesprechungen bezeichnet. „Touren Fallbesprechungen“ sind Fallbesprechungen

[4] Die strikte Unterscheidung zwischen kontinuierlicher und intensivier Begleitung erwies sich im Laufe des Umsetzungsprozesses als nicht praxisrelevant. Vielmehr wurde ein idealtypisches Ablaufmodell für die spezialisierte Begleitung entwickelt. Darüber hinaus wurden weitere Änderungen vorgenommen.

[5] Als ein Fall wird ein Mensch mit Demenz und seine pflegenden An- und Zugehörigen sowie ggf. weitere für die Versorgung relevante Personen betrachtet. Im Zentrum des Falls steht die Dyade, bestehend aus dem Menschen mit Demenz und der Person, die ihn hauptsächlich pflegt bzw. unterstützt.

[6] Die Notwendigkeit, Fallbesprechungen innerhalb der Einrichtungen durchzuführen, die an SABD-Fam teilnehmen, wurde relativ frühzeitig in Phase I erkannt und entsprechend berücksichtigt. Zunächst wurden einrichtungsbezogene Fallbesprechungen als Teil der Komponente der kontinuierlichen Begleitung angesehen. Die Erfahrungen im Forschungs- und Entwicklungsprozess legten jedoch nahe, dass einrichtungsbezogene

innerhalb des Pflegedienstes, an denen nach Möglichkeit alle Mitarbeitenden teilnehmen, die den im Mittelpunkt des Falles stehenden Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer „Pflege-Tour“ betreuen. „Café-Fallbesprechungen“ werden innerhalb des Demenzdienstes mit dem Team eines Betreuungsangebots „Café Malta“ durchgeführt, an dem der im Mittelpunkt des Falles stehende Mensch mit Demenz als Gast teilnimmt. Die Fallauswahl trifft jeweils die Fachberaterin Demenz.

Neben der Gewinnung von weiterem Wissen über den Fall und einem verbesserten Fallverstehen ist ein weiteres Ziel der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen die Schulung des gesamten Teams, das im Pflegedienst oder im Café Malta den jeweiligen Menschen mit Demenz betreut. Diese Fallbesprechungen finden insbesondere dann statt, wenn besondere Herausforderungen bei den von den Fachberaterinnen Demenz begleiteten Menschen mit Demenz und ihren Familien bestehen.

Die einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen werden von der jeweiligen Fachberaterin Demenz vorbereitet und moderiert. Sie orientiert sich zur Strukturierung an einem für das ursprüngliche Assessment verwendeten Instrument (z.B. das Innovative demenzorientierte Assessmentsystem, IdA). Bei der Durchführung von einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen zu ein oder zwei Fällen wird von einem Abstand der Fallbesprechungen von ca. 4 Wochen ausgegangen. Eine Fallbesprechung dauert ca. 1 – 1,5 Std. (Besprechungszeit).

An den Touren-Fallbesprechungen im Pflegedienst nehmen teil: die Fachberaterin Demenz, diejenigen Pflegefachkräfte und Pflegehelfer:innen, die an der Versorgung des jeweiligen Menschen mit Demenz direkt beteiligt sind sowie die zuständige Pflegedienstleitung.

An den Café-Fallbesprechungen im Demenzdienst / Café Malta nehmen teil: die Fachberaterin Demenz (zugleich Leiterin des Demenzdienstes) sowie die Fachkräfte und ehrenamtlichen Helfenden des Teams, das den jeweiligen Menschen mit Demenz als Gast betreut.

Definition (V2): Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Mitglieder des Fachteams Demenz

Interdisziplinäre Fallbesprechungen werden in einem sogenannten Fachteam Demenz durchgeführt. Die Moderation übernimmt in der Regel eine Fachberaterin Demenz. Das Fachteam Demenz setzt sich außerdem aus jeweils einer Fachkraft (sowie einer weiteren Fachkraft als Vertretung) mit folgenden Qualifikationen zusammen:

- eine Fachberaterin Demenz als Pflege-Expertin
- ein:e Psychotherapeut:in mit Expertise zu Demenz[7]
- ein:e Fachärzt:in für Geriatrie
- ein:e Sozialarbeiter:in

Fallbesprechung eine eigenständige Komponente im Versorgungskonzept SABD-Fam mit einer eigenen Logik darstellen, weshalb dies auch an dieser Stelle entsprechend dargestellt wird.

[7] Qualifikation: ärztliche:r oder psychologische:r Psychotherapeut:in; Psychiater:in, Gerontopsychiater:in

Typen von Fallbesprechungen[8]

Fallvorstellungen

Fallvorstellungen finden statt, wenn neue Fälle (Menschen mit Demenz und ihre Familien) in SABD-Fam aufgenommen werden oder wenn sich größere Veränderungen in der Situation während der kontinuierlichen Begleitung ergeben.

Bei Fallvorstellungen stellen die Fachberaterinnen Demenz aufgenommene oder begleitete Menschen mit Demenz und ihre Familien im Fachteam Demenz vor.

Eine Fallvorstellung reicht bei Fällen von geringer Komplexität alleine aus. An die Fallvorstellung kann sich die Planung einer vertieften Fallbesprechung anschließen.

Vertiefte Fallbesprechungen

Vertiefte Fallbesprechungen werden in Fällen durchgeführt, in denen für den Menschen mit Demenz und seine Familie besondere Herausforderungen bestehen.

Für die Durchführung vertiefter Fallbesprechungen ist in der Regel ein geschützter Rahmen erforderlich. Daher nehmen an diesen Besprechungen nur die Mitglieder des Fachteams Demenz teil.

Das Fachteam Demenz trifft sich ca. alle zwei bis vier Wochen für ca. 4 Std. und führt in dieser Zeit Fallvorstellungen und vertiefte Fallbesprechungen durch.

[8] Im Laufe des Forschungs- und Entwicklungsprozesses hat sich gezeigt, dass nur der hier als „vertiefte Fallbesprechungen“ bezeichnete Typus im Kontext von SABD-Fam Sinn ergab. Der Typus „Fallvorstellungen“ wurde verworfen.

2 Durchführung des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses in SABD-Fam in Arbeitsgruppen

2.1 Übersicht Arbeitsgruppen in Teilprojekt 1

Übersicht Arbeitsgruppen SABD-Fam, Teilprojekt 1

Name AG/ Gremium	Mitglieder & Moderation	Ziel/e lt. Projektskizze	Ziele neu	Ziel/e erreicht	Bezug zu Inter-vention/en SABD-Fam	Ergebnisse lt. Projektskizze	Ergebnisse neu	Bemerkungen
AG Forschung	FB-Dem_1, FB-Dem_2, DA (Exp_pA)	Partizipative Beratung und Mitbestimmung im Forschungsprozess	Reflexion & Weiterentwicklung: Spez. Begleitung e-Fallbespr. Entwurf, Reflexion & Weiterentwicklung i-Fallbespr. Partizipative Mitarbeit Fallstudien	ja	Spez. Begleitung e-Fallbespr. i-Fallbespr.	Kommentare und Beiträge zu allen Phasen des Forschungs-prozesses	Stellenbeschreibung FB-Dem; Konzeption e-Fallbespr. & i-Fallbespr.; Partizipative Mitwirkung an Fallanalysen; Netzwerkkarte relevanter lokaler Akteur*innen; Existenz entsprechender Kontakte	Exp_pA arbeitet nur bei einem Treffen mit (Leitfaden-konstruktion)
AG Demenzdienst	FB-Dem_1 (=PDL) (DA) 2 Fachkräfte 1 ehrenamtl. Begleiterin	Beratung zur Umsetzung bzw. Adaption der Rolle der Fachberater*in für Demenz im Demenzdienst	Phase I: Konstitution AG Phase II: Reflexion & Weiterentwicklung: Spez. Begleitung & e-Fallbespr. im Demenzdienst; Unterstützung Fallauswahl	ja	Spez. Begleitung e-Fallbespr.	Stellen-beschreibung FB-Dem	(Mitwirkung bei) Dokumentation Spez. Begleitung; Auswahl Fälle für Spez. Begleitung; Konzept e-Fallbespr.	DA nur teilweise anwesend
AG Pflegedienst	FB-Dem_2; PDL; DA 1 Fachkraft 2 Pflege-helfer*innen	Beratung zur Umsetzung bzw. Adaption der Rolle der Fachberater*in für Demenz im Demenzdienst	Phase I: Konstitution AG Phase II: Reflexion & Weiterentwicklung: Spez. Begleitung & e-Fallbespr. im Pflegedienst; Unterstützung Fallauswahl	ja	Spez. Begleitung e-Fallbespr.	Stellen-beschreibung FB-Dem	(Mitwirkung bei) Dokumentation Spez. Begleitung; Auswahl Fälle für Spez. Begleitung; Konzept e-Fallbespr.	
Fachteam Demenz	Fachärztin Geriatrie Sozial-arbeiterin Psycho-therapeut FB-Dem_2, FB-Dem_1, DA	Phase I: Konstitution Fachteam Demenz Phase II: Evaluation durchgeführter Fallbesprechungen; Diskussion organisatorischer Fragen	Phase I: Konstitution Fachteam Demenz Phase II: Evaluation durchgeführter Fallbesprechungen; Diskussion organisatorischer Fragen	ja	i-Fallbespr.	Aufgaben-beschreibung Fachteam Demenz	Konzept i-Fallbespr. (Durchführung von i-Fallbespr.)	Vollständige Konstitution Fachteam Demenz =Akquise Psychotherapeut 11/24
AG Vernetzung vor Ort		Vernetzung FB-Dems & Fachteam Demenz mit lokalen Akteur*innen	Vernetzung FB-Dems mit Fachteam Demenz & lokalen Akteur*innen	ja	Spez. Begleitung	Netzwerkkarte relevanter lokaler Dienstleistende r/ Akteur*innen; Existenz entsprechender	Netzwerkkarte relevanter lokaler Akteur*innen; Existenz entsprechender Kontakte	keine Arbeitsgruppe gebildet Ziel & Ergebnisse für FB-Dem erreicht

Teilnehmende

Kürzel	Funktion
FB-Dem_1	Fachberaterin Demenz Cafè Malta
FB-Dem_2	Fachberaterin Demenz Pflegedienst
Exp_pA	Expertin aus Erfahrung pflegende Angehörige
DA	Projektleiterin

Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
C-Fallbespr.	Café-Fallbesprechung
FB-Dem	Fachberaterin Demenz
Dummy-Fallbespr.	Erprobung interdisziplinäre Fallbesprechung anhand eines fiktiven ("Dummy")-Falles
Geri-Reha	Abteilung Geriatrische Rehabilitation
IdA	Innovatives demenzorientiertes Assessment
i-Fallbespr.	interdisziplinäre Fallbesprechung
e-Fallbespr.	einrichtungsbezogene Fallbesprechung
MSD	Mobile Soziale Dienste
Spez. Begleitung	Spezialisierte Begleitung
T-Fallbespr.	Touren-Fallbesprechung

Tabelle 2-1: Übersicht Arbeitsgruppen SABD-Fam

2.2 Treffen AG Demenzdienst und AG Pflegedienst

Treffen AG Pflegedienst & AG Demenzdienst

Stand: 16.6.25

AG Pflegedienst											gemeinsames
Datum Treffen	*13.03.2024*	*14.03.2024*	02.05.2024	28.06.2024	07.08.2024	25.09.2024	30.10.2024	15.01.2025	19.02.2025	27.03.2024	Treffen & Evaluation
Anzahl teilnehmende MA (inkl. FB-Dem & PDL)			4	4	3	4	4	4	4	3	
PDL/ Führungskraft anwesend			ja	ja	ja	nein	ja	ja	ja	ja	
zentrale Inhalte	*Vorstellung AG in Dienstbesprechung MSD*	*Vorstellung AG in Dienstbesprechung Seniorenpflege*	Kennenlernen & Vorstellung SABD-Fam	Vorstellung Dokumentations-mappe Vorschläge Fälle für SABD-Fam	Abstimmung zu Dokumentation Info zu "Dummy-Fallbesprechung" (29.47.24)	Besprechung Aufnahmen in SABD-Fam Bericht Hospitation Geri-Reha	Bericht erste Erfahrungen Begleitung; Besprechung weitere Aufnahmen	Bericht & Austausch über Fälle in Spez. Begleitung; Bericht i-Fallbespr.#1 & C-Fallbespr.#1; Vorstellung & Vorb. T-Fallbespr.#1; Besprechung weitere Aufnahme	Info, dass keine neuen Fälle, aber Fortsetzung Spez. Begleitung; Bericht ausgewählte Fälle; Austausch zu Fallbespr.; Vorb. T-Fallbespr.#2	Evaluation: Arbeit in AGs Café & Touren-Fallbesprechungen Spezialisierte Begleitung	

AG Demenzdienst*						
Datum Treffen	*03.05.2024*	14.05.2024	26.06.2024	30.10.2024		27.03.2024
Anzahl teilnehmende MA (inkl. FB-Dem)		3	4	3		
PDL/ Führungskraft anwesend	ja	ja	ja		ja	
zentrale Inhalte	*Vorstellung AG in Dienstbesprechung Café Maltas*	Kennenlernen & Vorstellung SABD-Fam	Vorstellung Dokumentations-mappe	erste Erfahrungen Besuche; Bericht i-Fallbespr.; idA erklärt; Info zu Fallbespr.		siehe oben

*FB-Dem=Leitung

Zusammensetzung der AGs

AG Pflegedienst	
Kürzel	**Funktion**
FB-Dem_2	FB-Dem Pflegedienst
MAPflege_1	Pflegehelferin
MAPflege_2	Pflegehelferin
MAPflege_3	PDL
MAPflege_4	Fachkraft

AG Demenzdienst	
Kürzel	**Funktion**
FB-Dem_1	FB-Dem & Leitung
MADem_1	Café Malta
MADem_2	Fachkraft

Abkürzungen

Abkürzung	**Bedeutung**
C-Fallbespr.	Café-Fallbesprechung
FB-Dem	Fachberaterin Demenz
Erprobung interdisziplinäre Fallbesprechung anhand eines fiktiven ("Dummy") Falles	
Dummy-Fallbespr.	Abteilung Geriatrische Rehabilitation
Geri-Reha	Innovatives demenzorientiertes Assessment
idA	interdisziplinäre Fallbesprechung
i-Fallbespr.	einrichtungsbezogene Fallbesprechung
e-Fallbespr.	Mobile Soziale Dienste
MSD	Spezialisierte Begleitung
Spez. Begleitung	Touren-Fallbesprechung
T-Fallbespr.	

Tabelle 2-2: Treffen AG Demenzdienst & AG Pflegedienst

2.3 Treffen Fachteam Demenz

Treffen des Fachteams Demenz (plus weitere Gespräche mit Einzelpersonen)
Stand: 16.6.25

Datum Treffen		*28.03.2024*	*10.07.2024*	*29.07.2024*				Treffen Evaluation interdisziplinäre Fallbesprechungen	
Datum Treffen Fachteam Demenz									
Modus		*Präsenz*	Präsenz	Präsenz			Hybrid	Online	**27.03.2025**
Anwesende Personen		*FT-Dem_1; FT-Dem_2; FB-Dem_1, FB-Dem_2; DA*	*FT-Dem_1; FT-Dem_2, FB-Dem_1, FB-Dem_2; DA*	*FT-Dem_1; FT-Dem_2; FB-Dem_1, FB-Dem_2;RMC; DA*			*FT-Dem_1; FT-Dem_2; FB-Dem_3; FB-Dem_1, FB-Dem_2; DA*	FT-Dem_1; FT-Dem_2; FT-Dem_3;FB-Dem_1, FB-Dem_2; DA	
Datum Telefongespräch/ Video-Call Einzelpersonen	*14.03.2024*				*12.11.2024*	*25.11.2024*			
Gesprächspartner*innen	*FT-Dem_1; DA*				FT-Dem_3; DA	*FT-Dem_3; FB-Dem_1, FB-Dem_2; DA*			
zentrale Inhalte	*Klärung v. Interesse an Zusammenarbeit; Angebot v. Dokumentation v. FT-Dem_1; Planung Treffen 28.03.24; Suche n. Psychotherapeut*in*	*Kennenlernen; Infos zu SABD-Fam & zu i-Fallbespr.; Erfahrungen m. i-Fallbespr. in Geri-Reha (+ Dokumentation); Überlegungen zu Zusammenarbeit;*	Vorstellung Dokumentations-Mappe; Vorbereitung "Dummy-Fallbespr."; 29.07.24); Optionen f. Refinanzierung; Suche nach Psychotherapeut*in; Zusammenarbeit mit Hausärzt*Innen	nähere Informationen zu SABD-Fam; Ablauf von i-Fallbespr.; Durchführung & Reflexion "Dummy-Fallbespr.: Fallvorstellung; Zielvereinbarung; Fallanalyse; Maßnahmenplanung	Klärung v. Interesse an Zusammenarbeit; Informationen zu SABD-Fam	Kennenlernen; Erklärung zu psycho-therapeutischem Ansatz	Kennenlernen; Erklärungen Ablauf & Dokumente i-Fallbespr.; [danach i-Fallbespr.#1]	[zuvor: i-Fallbespr.#3] Evaluation i-Fallbespr.: Reflexion Erfahrungen; Aufgaben FB-Dem in i-Fallbespr.; Zeitbedarfe	

Zusammensetzung der AG

Kürzel	Funktion
FT-Dem_1	Fachärztin für Geriatrie
FT-Dem_2	Sozialarbeiterin
FT-Dem_3	Psychotherapeut
FB-Dem_1	Fachberaterin Demenz Café Malta
FB-Dem_2	Fachberaterin Demenz
DA	Pflegedienst Projektleiterin Referentin Soziales Ehrenamt Diözese Rottenburg-Stuttgart Malteser
RMC	

Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
Dummy-Fallbespr.	Erprobung interdisziplinäre Fallbesprechung anhand eines fiktiven ("Dummy")-Falles
Geri-Reha	Abteilung Geriatrische Rehabilitation
IdA	Innovatives demenzorientiertes Assessment
i-Fallbespr.	interdisziplinäre Fallbesprechung
Spez. Begleitung	Spezialisierte Begleitung

Tabelle 2-3: Treffen Fachteam Demenz

3 Ergebnisse des partizipativen Forschungs- und Entwicklungsprozesses zur Umsetzung von SABD-Fam in Teilprojekt 1

3.1 Übersicht Komponenten von SABD-Fam und Ergebnisse Teilprojekt 1

Übersicht Komponenten SABD-Fam & Ergebnisse Teilprojekt 1

Komponente SABD-Fam	Ergebnisse
Spezialisierte Begleitung (& Rolle Fachberaterin Demenz)	-(Stellenbeschreibung) Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz -Verfahrensanweisung Spezialisierte Begleitung (inkl. Dokumente Spezialisierte Begleitung) -Netzwerkkarte relevanter lokaler Akteur*innen
Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen	*Konzept einrichtungsbezogene Fallbesprechungen:* -Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen SABD-Fam -Checkliste Vorbereitung einrichtungsbezogene Fallbesprechungen -Ablauf Fallbesprechungen SABD-Fam -Regeln zur konstruktiven Kommunikation in Fallbesprechungen -Vorlage Protokoll einrichtungsbezogene Fallbesprechung
Interdisziplinäre Fallbesprechungen	*Konzept interdisziplinäre Fallbesprechungen:* -Interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam – Kriterien -Interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam – Übersicht -Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam -Checkliste Vorbereitung interdisziplinäre Fallbesprechungen -Leitfaden Fallvorstellung interdisziplinäre Fallbesprechungen -Protokoll interdisziplinäre Fallbesprechung (Vorlage)

Tabelle 3-1: Übersicht Komponenten & Ergebnisse SABD-Fam

3.2 Spezialisierte Begleitung durch Fachberaterinnen Demenz

3.2.1 Entwurf Stellenbeschreibung bzw. Funktionsbeschreibung Fachberater/in Demenz

Entwurf, Stand 05.06.2025; muss noch organisationsintern abgestimmt werden; *[noch nicht abschließend besprochene Textstellen sind kursiv hinterlegt]*

Funktionsbezeichnung (Abkürzung)	**Fachberater/in Demenz**
Funktionseinordnung	[xxx]
Unterstellung (disziplinarisch/fachlich)	[xxx]
Überstellung (disziplinarisch/fachlich)	[xxx]
Funktionsziele	Umsetzung spezialisierter ambulanter Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien mit den Zielen der Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements sowie der Sicherung einer guten Lebensqualität der Betroffenen und ihrer pflegenden An- und Zugehörigen.
Funktionsaufgaben	<u>Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation von Spezialisierten Begleitungen</u> (Siehe VA Spezialisierte Begleitung) • wählt mögliche Fälle (Mensch mit Demenz und pflegende Angehörige) für die Spezialisierte Begleitung aus [*noch offen: Einbezug von Fällen außerhalb des Pflegedienstes*] • nimmt Kontakt mit der Familie auf und bereitet die *[noch offen: Digitale Dokumentation]* vor, vereinbart Termine für Besuche in der Häuslichkeit, führt diese fachgerecht durch und dokumentiert die jeweiligen Inhalte im Anschluss • führt initial i.d.R. drei Besuche durch, die dem Kennenlernen und der Erhebung von Assessments des Menschen mit Demenz sowie seine An- und Zugehörigen (inklusive Verstehender Diagnostik) dienen • baut begleitend eine vertrauensvolle professionelle Beziehung zum Menschen mit Demenz und seiner Familie auf • *[noch offen: orientiert ihr Handeln am personzentrierten Ansatz der Pflege von Menschen mit Demenz]* • erstellt eine zusammenfassende Dokumentation und Analyse der Ergebnisse der Assessments sowie einen Maßnahmenplan und bespricht dies während eines weiteren Besuchs mit der Familie • bietet in der Regel weitere Besuche oder Telefonate alle 4 – 6 Wochen an • bietet bei Krisen oder relevanten Veränderungen im Pflegearrangement zeitnahe telefonische Beratung und/ oder Besuche in der Häuslichkeit mit ggf. erneuter Durchführung von Assessments an • bietet bei Bedarf Familiengespräche mit Angehörigen (z.B. im Anschluss an interdisziplinäre Fallbesprechungen) an • reflektiert in regelmäßigen Abständen (ca. drei- bis viermal im Jahr) gemeinsam mit anderen Fachberaterinnen Demenz über ihre Erfahrungen mit der Spezialisierten Begleitung mit einem qualifizierten Supervisor /einer qualifizierten Supervisorin <u>Vorbereitung, Moderation und Dokumentation von einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen (Touren- oder Café-Fallbesprechungen)</u> (Siehe VA einrichtungsbezogene Fallbesprechungen)

	• vereinbart in Absprache mit der Koordinatorin/ dem Koordinator sowie mit der Pflegedienstleistung / Leitung des Café Malta Termine für Fallbesprechungen in Teams der jeweiligen Einrichtung (z.B. regelmäßige Termine im Anschluss an eine Touren-Besprechung im Pflegedienst) • bereitet Fallbesprechungen vor, moderiert diese und fertigt im Anschluss ein Protokoll der Fallbesprechung an • reflektiert die durchgeführten Fallbesprechungen regelmäßig mit weiteren Fachberaterinnen Demenz, der zuständigen Pflegedienstleitung/ Leitung des Café Malta und dem Koordinator/ der Koordinatorin <u>Vorbereitung, Moderation und Dokumentation von interdisziplinären Fallbesprechungen (siehe VA interdisziplinäre Fallbesprechungen)</u> • terminiert interdisziplinäre Fallbesprechungen in Absprache mit der Koordinatorin/ dem Koordinator, mit anderen Fachberaterinnen Demenz und dem Fachteam Demenz • bereitet interdisziplinäre Fallbesprechungen vor, indem sie gemeinsam mit weiteren Fachberaterinnen Demenz ein bis zwei Fälle auswählt und entsprechendes Informationsmaterial zu den von ihr vorgestellten Fällen an das Fachteam Demenz datengeschützt versendet • sorgt für die datenschutzrechtlich korrekte und funktionale hybride Durchführung der Fallbesprechungen • bereitet einzelne Fall-Vorstellungen vor, moderiert den strukturierten Ablauf der interdisziplinären Fallbesprechung und fertigt im Anschluss ein Protokoll; jeweils im Wechsel mit anderen Fachberaterinnen Demenz; und verschickt dieses an das Fachteam Demenz • kommuniziert die Ergebnisse der Fallbesprechung an die Familie und den zuständigen Hausarzt und dokumentiert diese Gespräche entsprechend • trägt Sorge für die Umsetzung der besprochenen Maßnahmen, führt ggf. Familiengespräche durch und dokumentiert die jeweiligen Gespräche • reflektiert regelmäßig über die durchgeführten interdisziplinären Fallbesprechungen mit anderen Fachberaterinnen Demenz und dem Koordinator/ der Koordinatorin <u>Vorbereitung und Durchführung von Schulungen zum Thema Demenz und verwandten Themen</u> • ist Ansprechpartnerin für Schulungen zum Thema Demenz im Bereich des Bezirks • organisiert und terminiert Schulungen im Einvernehmen mit der Koordinatorin / dem Koordinator selbstständig • führt Schulungen fachgerecht durch <u>Kommunikation innerhalb des Pflegedienstes / des Demenzdienstes</u> • berichtet regelmäßig über die aktuelle Situation in der Spezialisierten Begleitung, die durchführten einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen, die interdisziplinären Fallbesprechungen und durchgeführt Schulungen an den Koordinator/ die Koordinatorin und den Abteilungsleiter ambulante Pflegedienste • tauscht sich in regelmäßigen Abständen mit anderen Fachberaterinnen Demenz und Pflegedienstleitungen / Leitungen Café Malta aus • stellt den Informationsfluss mit Bezug zur Spezialisierten Begleitung, einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen und interdisziplinären Fallbesprechungen sowie zu Themen mit Bezug zu Demenz oder zur Belastung von pflegenden Angehörigen innerhalb der Einrichtung und ggf. auch zu anderen Pflegediensten / Demenzdiensten sicher

	• berät und unterstützt die Pflegedienstleitung und Geschäftsleitung im Einvernehmen mit der Koordinatorin/ dem Koordinator zu allen Fragen rund um die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz sowie zur Unterstützung ihrer pflegenden Angehörigen <u>Arbeitskreise und Gremien</u> • berichtet in einschlägigen organisationsinternen Gremien und Arbeitskreisen, z.B. Forum ambulante Pflege
Funktionsbefugnisse	[xxx]
Stellvertretung	[xxx]
Funktionsanforderung (fachlich, methodisch, persönlich)	<u>Fachkenntnisse:</u> • Fachausbildung in der Kranken- oder Altenpflege, als Pflegefachperson oder einschlägiges Hochschulstudium [noch offen: oder Qualifikation als Sozialarbeiter/in / Sozialpädagoge/in oder Ergotherapeut/in] • Weiterbildung „Versorgungsstrategien und psychosoziale Unterstützung von Menschen mit Demenz zu Hause“ oder äquivalente Weiterbildung oder Studieninhalte im Bereich Demenz, die zur Erfüllung der Funktionsaufgaben befähigen • Mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege oder Begleitung von Menschen mit Demenz, optimalerweise im ambulanten Bereich <u>Methodische Kompetenzen</u> • Kompetenzen zur Umsetzung personzentrierter Pflege von Menschen mit Demenz orientiert am Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ • Kompetenzen zur Durchführung von spezifischen Assessments von Menschen mit Demenz (u.a. Erhebung und Einschätzung der Biografie) sowie zur Durchführung von verstehender Diagnostik (z.B. anhand des „Innovativen demenzorienterten Assessments“, IdA) • Kompetenzen in der fachgerechten Einschätzung allgemeiner Pflege- und Betreuungsbedarfe von Menschen mit Demenz (z.B. Anhand der „Strukturierten Informations-Sammlung“; SIS) • Kompetenz zur Einschätzung der Ressourcen und Belastung von pflegendenden Angehörigen sowie Durchführung von entsprechenden Assessments (z.B. mit Nutzung der „Häuslichen Pflege-Skala“ HPS-Skala) • Kompetenzen zur fachgerechten Durchführung von Beratungen von pflegenden Angehörigen • Kompetenzen zur fachgerechten Vorbereitung, Moderation und Dokumentation einrichtungsbezogener Fallbesprechungen (Touren- und Café-Fallbesprechungen) • Kompetenzen zur Vorbereitung, Moderation und Dokumentation interdisziplinärer Fallbesprechungen • Kompetenzen zur Durchführung von Schulungen von Mitarbeitenden im Pflegedienst und im Demenzdienst • Kompetenzen in der Textverarbeitung (z.B. MS Office) zur Vorbereitung und Dokumentation der Tätigkeiten im Rahmen der Spezialisierten Begleitung (inklusive Touren- und Café-Fallbesprechungen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen) <u>Persönliche Kompetenzen / Fähigkeiten:</u> • überzeugendes Auftreten, sicherer Umgang mit Mitarbeitern und externen Kunden • hohe soziale Kompetenz im Umgang mit zu pflegenden Menschen und pflegenden Angehörigen

	• Durchsetzungsvermögen • Fähigkeit zum strukturierten und konzeptionellen Arbeiten • Fähigkeit zu fachübergreifendem, interdisziplinärem Denken • hohe Konflikt- und Kritikfähigkeit • hohe Einsatz- und Leistungsbereitschaft • hohes Dienstleistungsverständnis • Bereitschaft zur Fortbildung und Weiterentwicklung • positive Grundeinstellung zu den Zielen eines katholischen Trägers
Sonstiges	Unter diesem Abschnitte tragen Sie bitte alle weiteren Angaben der beschriebenen Funktion ein, die in den anderen Abschnitten keine Beachtung gefunden haben.

Mitgeltende Unterlagen

→ VA Spezialisierte Begleitung; VA einrichtungsbezogene Fallbesprechungen[9]; VA interdisziplinäre Fallbesprechungen[10]

[9] Wird noch erstellt.
[10] Wird noch erstellt.

3.2.2 Entwurf Verfahrensanweisung Spezialisierte Begleitung

Entwurf, Stand 05.06.2025; muss noch organisationsintern abgestimmt werden; *[noch nicht abschließend besprochene Textstellen sind kursiv hinterlegt]*

Verfahrensanweisung Spezialisierte Begleitung

Entwurf, Stand: 05.06.2025 (mit sprachlichen Anpassungen)

1 Ziel und Aufgabe

Das Ziel der Spezialisierten Begleitungen im Rahmen des Versorgungskonzepts „Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien" (SABD-Fam) ist die Stabilisierung der ambulanten Pflegearrangements von Menschen mit Demenz und ihren Familien bei gleichzeitiger Gewährleistung einer möglichst hohen Lebensqualität der Beteiligten.

Die Spezialisierte Begleitung wird im Rahmen von SABD-Fam durch spezifisch qualifizierte Fachberater/innen Demenz angeboten. Dessen oder deren Aufgaben umfassen initial die Durchführung verstehender Diagnostik und weiterer Assessments eines Menschen mit Demenz sowie von den An- und Zugehörigen, die diesen in der Häuslichkeit versorgen. Auf der Analyse der Ergebnisse der Assessments basiert die anschließende Beratung der Familie und die gemeinsame Planung von unterstützenden Maßnahmen bei Bedarf. Während dieser Besuche die Fachberaterin Demenz begleitend eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zum Menschen mit Demenz sowie zu den pflegenden An- und Zugehörigen auf. Eine Phase der kontinuierlichen Begleitung der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz und ihren Familien über einen längeren Zeitraum schließt sich an. Bei auftretenden Krisen oder stärkeren Veränderungen im Verlauf des häuslichen Versorgungsprozesses interveniert die Fachberaterin Demenz zeitnah und bedarfsgerecht. Eine Beendigung der Spezialisierten Begleitung erfolgt in der Regel durch Überleitung des Menschen mit Demenz in ein stationäres Versorgungssetting oder durch dessen Versterben *[noch offen: und der Begleitung der pflegenden Angehörigen bei der Bewältigung des Übergangsprozesses oder des initialen Trauerprozesses.]*

Ergänzend zur Spezialisierten Begleitung werden außerdem folgende weitere Komponenten des Versorgungskonzepts SABD-Fam durchgeführt:

a) Fallbesprechungen innerhalb von Einrichtungen, sogenannte Touren-Fallbesprechungen in ambulanten Pflegediensten oder „Café-Fallbesprechungen" in Demenzdiensten der Malteser (siehe Verfahrensbeschreibung …)
b) Interdisziplinäre Fallbesprechungen in einem Fachteam Demenz mit Experten / Expertinnen aus Medizin, Psychotherapie und Sozialer Arbeit (siehe Verfahrensbeschreibung …).

2 Beschreibung des Ablaufs Spezialisierter Begleitung

2.1 Voraussetzungen für die Durchführung der Spezialisierten Begleitung

Spezialisierte Begleitungen und weitere Tätigkeiten im Rahmen der „Spezialisierten ambulanten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien" dürfen nur durch spezifisch qualifizierte Fachberaterinnen/ Fachberater Demenz durchgeführt werden, die entweder in einem ambulanten Pflegedienst oder einem Demenzdienst der Malteser angestellt sind.

2.2 Auswahl der Fälle für die Spezialisierte Begleitung

Die Fachberaterin Demenz wählt mögliche Fälle (Mensch mit Demenz und pflegende An- und Zugehörige) für die Spezialisierte Begleitung aus. Dies geschieht in der Regel durch Information von Seiten interessierter Mitarbeiter/innen und in Absprache mit der Koordinatorin/ dem Koordinator, der zweiten Fachberaterin Demenz sowie der Pflegedienstleistung / Leitung des Café Malta. *[noch offen: Einbezug von Fällen außerhalb des Pflegedienstes]*

Danach nimmt die Fachberaterin Demenz Kontakt mit der Familie (den pflegenden An- und Zugehörigen) auf und erfragt, ob Interesse an der Spezialisierten Begleitung besteht. Dies geschieht

1

bei Bedarf in Abstimmung mit Mitarbeitenden, die bereits in der Pflege oder Betreuung des Menschen mit Demenz tätig sind.

2.3 Vorbereitende Tätigkeiten

Nachdem geklärt wurde, dass Interesse an der Spezialisierten Begleitung von Seiten der pflegenden An- und Zugehörigen besteht, vereinbart die Fachberaterin Demenz einen ersten Besuch bei der Familie zum Kennenlernen sowie ca. zwei weitere Besuche zur Aufnahme des Falles

Sie bereitet die *[noch offen: Digitale Dokumentation]* vor. Inhalt sind folgende Formulare (siehe: 4 Zu berücksichtigende Dokumente): Deckblatt, Stammdatenblatt, Maßnahmenplan, Berichteblatt, Biografiebogen, Demenzblume; Strukturierte Informationssammlung (SIS), Innovatives demenzorientiertes Assessment (IdA), Häusliche Pflegeskala (HPS), *[noch ergänzen: Dokumente zum Datenschutz etc.]*

2.4 Besuche bei der Familie in der Häuslichkeit sowie deren Dokumentation

2.4.1 Kennenlernen und Aufnahme des Falles (3 Besuche)

Die ersten ca. drei Besuche in der Häuslichkeit dienen dem Kennenlernen und der Aufnahme des Falles mit der Durchführung von relevanten Assessments.

Im Laufe der ersten Besuche finden Begegnungen sowie nach Möglichkeit Gespräche der Fachberaterin Demenz mit dem Menschen mit Demenz sowie Gespräche mit den pflegenden An- und Zugehörigen statt.

Die ersten drei Besuche zur Aufnahme des Falles laufen in der Regel wie folgt ab:

(1) Kennenlernen, Vorstellung von SABD-Fam, Besprechung der Datenschutzerklärungen
(2) Biographiearbeit, Erhebung der HPS-Skala, Beobachtung des Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit
(3) Erhebung von IdA zur Verstehenden Diagnostik herausfordernden Verhaltens sowie von SIS zum allgemeinen Pflege- und Versorgungsbedarf

Die Fachberaterin Demenz dokumentiert die von ihr durchgeführten Beobachtungen, Gespräche und Assessments, wertet die erhobenen Daten aus und erstellt auf dieser Basis einen Maßnahmenplan für die Familie.

2.5 Besuch zur Besprechung der Ergebnisse von Assessments und Maßnahmenplan

Die Fachberaterin vereinbart einen weiteren Besuch bei der Familie. Dabei bespricht sie wichtige Ergebnisse der Assessments sowie den Maßnahmenplan mit den pflegenden An- und Zugehörigen sowie nach Möglichkeit mit dem Menschen mit Demenz. Sie dokumentiert relevante Inhalte im Anschluss.

2.6 Durchführung weiterer Besuche im Rahmen der kontinuierlichen Begleitung

Die Fachberaterin Demenz vereinbart nach Bedarf jeweils weitere Termine für Folgebesuche in der Häuslichkeit mit dem Ziel der Aufrechterhaltung des Kontakts und der kontinuierlichen Begleitung der Familie. Sie bereitet alle Besuche jeweils vor, führt diese durch und dokumentiert relevante Inhalte im Anschluss.

Bei auftretenden Krisen oder relevanten Veränderungen im Pflegearrangement bietet die Fachberaterin zeitnahe telefonische Beratung und/ oder Besuche in der Häuslichkeit an, führt diese durch und dokumentiert relevante Inhalte im Anschluss.

[noch offen: In der ersten Zeit nach der Beendigung der Spezialisierten Begleitung bietet die Fachberaterin Demenz der Familie weitere Gespräche nach Bedarf z.B. zur Bewältigung des Übergangs des Menschen mit Demenz in eine stationäre Einrichtung oder des initialen Trauerprozesses nach dessen Versterben an.]

2.7 Durchführung von Familiengesprächen

Bei Bedarf (z.B. im Anschluss an interdisziplinäre Fallbesprechungen) vereinbart die Fachberaterin Demenz einen Termin für ein Familiengespräch mit Angehörigen, bereitet dieses Gespräch gemeinsam mit der Familie vor, führt dieses durch und dokumentiert wesentliche Inhalte.

3 Verantwortlichkeiten und Dokumentation

[noch offen]

4 Zu berücksichtigende Dokumente

- Deckblatt: D44704_SABDFamDeckblattDokumentationsmappeBezirkNOW
- Stammdatenblatt: D5255_06BEDCMMalTaStammdatenblatt (1)
- Maßnahmenplan: D44694_MassnahmenplanSABDFamBezirkNOW
- Berichteblatt: D44698_BerichteblattSABDFamBezirkNOW
- Biografiebogen: D5257_08BEDCMMalTaBiografiebogen (2)
- Demenzblume: D44701_SABDFamDemenzBlumeBezirkNOW
- Innovatives demenzorientiertes Assessment (IdA): D44702_SABDFamIDAFormulareBezirkNOW

[noch ergänzen: Dokumente zum Datenschutz etc.]

5 Hinweise und Anmerkungen

[noch offen]

Mitgeltende Unterlagen

➔ Stellenbeschreibung Fachberater/in Demenz

3.2.3 Netzwerkkarte SABD-Fam

Stand: 04.06.2025

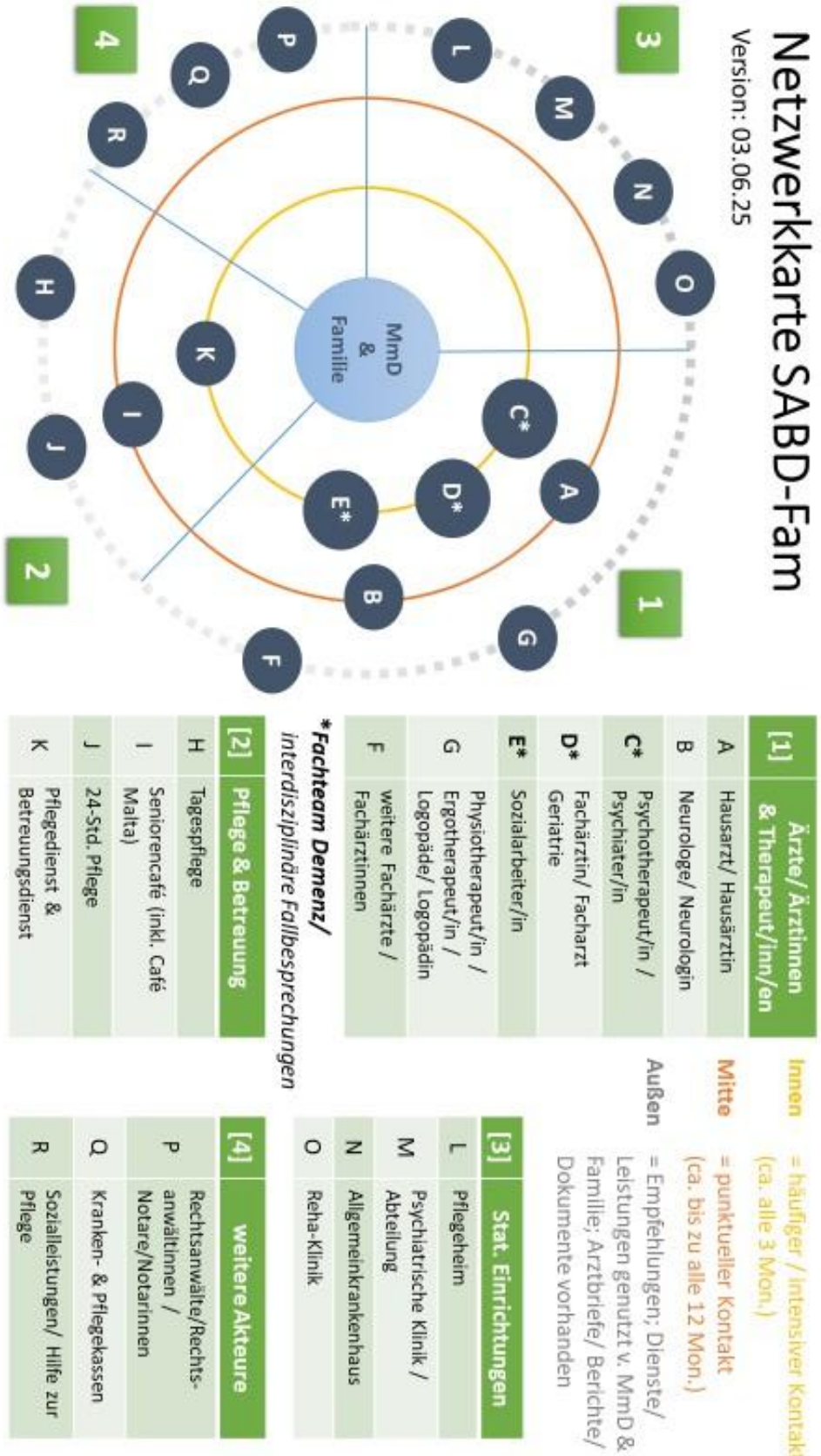


Abbildung 1: Netzwerkkarte SABD-Fam

3.3 Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam

3.3.1 Durchführung einrichtungsbezogener Fallbesprechungen

Tabelle 3-2: Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen

Einrichungsbezogene Fallbesprechungen

Stand: 16.06.25

	Pflegedienst		***Demenzdienst***			
	Touren Fallbesprechung#1	**Touren Fallbesprechung#2**	**Café Fallbesprechung#1**	**Café Fallbesprechung#2**	**Café Fallbesprechung#3**	**Café Fallbesprechung#4**
Datum	24.01.2025	26.02.2025	08.01.2025	10.02.2025	06.03.2025	25.03.2025
Anzahl teilnehmende MA (inkl. FB-Dem & PDL)	3	4	4	3	3	8
PDL/ Führungskraft anwesend	nein	ja	ja (FB-Dem_1)	ja (FB-Dem_1)	ja (FB-Dem_1)	ja (FB-Dem_1)
FB-Dem anwesend	FB-Dem_2, FB-Dem_1	FB-Dem_2	FB-Dem_2, FB-Dem_1	FB-Dem_1	FB-Dem_1	FB-Dem_1
Moderation	DA	DA	DA	FB-Dem_1	FB-Dem_1	FB-Dem_1
Anzahl besprochene Fälle SABD-Fam	1	1	1	1	2	1 (extern; Demonstration bei Teambesprechnung anderes Café Malta)

3.3.2 Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

SABD Fam
Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

DZNE

Malteser
... weil Nähe zählt.

Merkblatt einrichtungsbezogene Fallbesprechungen in SABD-Fam (Touren- & Café-Fallbesprechungen)

Version 14.04.2025

Vorbemerkungen

Einrichtungsbezogene Fallbesprechungen im Rahmen der „Spezialisierten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien" (SABD-Fam) meinen „Touren-Fallbesprechungen" im Pflegedienst oder „Café-Fallbesprechungen" im Demenzdienst (Café Malta). Die Konzeption und der Ablauf der Fallbesprechungen orientieren sich eng am Malteser Kompetenzkonzept der Fachstelle Demenz.

Die in den Fallbesprechungen in SABD-Fam besprochenen Fälle bestehen jeweils aus einem Menschen mit Demenz und den ihn versorgenden Angehörigen vor dem Hintergrund des familiären und strukturellen Umfeldes der häuslichen Versorgungssituation.

„Touren Fallbesprechungen" sind Fallbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes, an denen bis zu 5 Mitarbeitende des Teams teilnehmen, das den Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer Pflege-Tour versorgt oder betreut, der im Mittelpunkt des Falles steht.

„Café-Fallbesprechungen" werden innerhalb des Demenzdienstes mit bis zu 5 Mitarbeitenden des Teams eines Café Malta durchgeführt, an dem der Mensch mit Demenz als Gast teilnimmt, der im Mittelpunkt des Falles steht.

Die Fallauswahl trifft jeweils die Fachberaterin Demenz im Einvernehmen mit der zuständigen Führungskraft und interessierten Mitarbeitenden aus dem jeweiligen Team der Tour oder des Café Malta.

Ziele der einrichtungsbezogenen Fallbesprechungen sind:

1) Gewinnung von weiterem Wissen über den Fall sowie ein verbessertes Fallverstehen für das jeweilige Team und für die Fachberaterin Demenz;
2) Schulung des gesamten Teams, das im Pflegedienst oder im Café Malta den jeweiligen Menschen mit Demenz betreut oder versorgt.

Die Ergebnisse einrichtungsbezogener Fallbesprechungen werden in Form von Protokollen (siehe Vorlage Protokoll; inklusive Fotos von Flipchart/ Pinnwand) dokumentiert, die allen Mitgliedern des Teams der jeweiligen Tour oder des jeweiligen Café Malta zur Verfügung gestellt werden.

Datenschutz: Für die Inhalte von Fallbesprechungen gelten die üblichen in den Einrichtungen geltenden Regeln der Verschwiegenheit und Vertraulichkeit im Umgang mit Informationen und Daten von Gästen, Menschen mit Pflegebedarf oder deren An- und Zugehörigen. Bei der Kommunikation über alle den Fall betreffenden personenbezogenen Informationen, auch vor oder nach der Fallbesprechung, wird streng auf die Einhaltung der Regeln des Datenschutzes geachtet.

Das heißt, es findet keinerlei Kommunikation mit Nennung personenbezogener Daten (insbesondere von Namen, auch nicht in Form von Abkürzungen) per E-Mail oder Messenger (z.B. WhatsApp) statt!

Ablauf einer Fallbesprechung

Eingangsphase

- Die Moderatorin begrüßt die Anwesenden & gibt Informationen zum Vorgehen.
- Die Fallgeberin des vorherigen Falls berichtet über die Umsetzung der aus der vorherigen Fallbesprechung.

Phase 1: Fallschilderung – Problembeschreibung – Fragestellung (15 – 20 Min.)

Fallschilderung

- Die Fallgeberin kennt den Fall persönlich und informiert die Gruppe über den Fall.
- Kurze Fallschilderung (siehe Vorlage Protokoll): Angaben zur Person & Biografie; Demenz-Diagnose / Einschätzung; Ressourcen & Probleme SiS (v.a. Kognition & Kommunikation; ggf. weitere Themen); weitere Gesundheitsprobleme/ärztliche Diagnosen und weitere Informationen

Problembeschreibung

- Die Moderatorin fragt die Fallgeberin und die Gruppe:
  - Welches Verhalten nehmt Ihr als Problem wahr?
  - Welche Veränderungen wünscht Ihr Euch?

Fragestellung/ Zielsetzung

- Die Moderatorin fragt alle Anwesenden, welche Frage sie in der Fallbesprechung beantworten möchten bzw. welches Ziel sie erreichen möchten.
  - ➢ Dokumentation auf Karten an Pinnwand

Phase 2: Situationsanalyse; Bildung einer Verstehenshypothese (20 – 30 Min.)

Situationsanalyse

- Die Moderatorin fragt jede Person in der Gruppe, welche Gedanken und Emotionen der Fall auslöst und bittet die Fallgeberin um Rückmeldung.

Bildung einer Verstehenshypothese

- *Jedes Verhalten hat eine Ursache!*
- Die Moderatorin fragt die Gruppe nach Hypothesen (Vermutungen) zu den Auslösern des herausfordernden Verhaltens. Die Fallgeberin gibt hierzu Feedback.
- Die Gruppe einigt sich auf eine Verstehenshypothese.
  - ➢ Dokumentation auf Karten an Pinnwand

Phase 3: Maßnahmenplanung (15 Min.)

Ideensammlung und Priorisierung von Maßnahmen

- Die Moderatorin fordert die Gruppe zum Brainstorming für Ideen zu Maßnahmen auf und priorisiert die möglichen Maßnahmen nach Umsetzbarkeit.
  - ➢ Dokumentation auf Karten an Pinnwand

Klärung von Verantwortlichkeiten

- Die Moderatorin hält Maßnahmen und Verantwortlichkeiten in Form einer To-Do-Liste fest.
  - ➢ Dokumentation auf Flipchart/ Karten an Pinnwand
- Die Fachberaterin ist verantwortlich für die Planung der Evaluation der Umsetzung der Maßnahmen bei der nächsten Fallbesprechung.

Phase 4: Abschluss (10 Min.)

Fallzusammenfassung – Fallreflexion – Prozessreflexion

- Die Moderatorin fasst den Fall zusammen: Fragestellung/ Ziel – Verstehenshypothese – Maßnahmen.
- Die Moderatorin bittet um ein kurzes Feedback zum Fall und zum Ablauf der Fallbesprechung.

3.4 Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam

3.4.1 Durchführung interdisziplinärer Fallbesprechungen

Tabelle 3-3: Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Stand: 17.6.25

Bezeichnung	**Interdisziplinäre Fallbesprechung#1**	**Interdisziplinäre Fallbesprechung#2**	**Interdisziplinäre Fallbesprechung#3**
Datum	09.01.2025	27.02.2025	27.03.2025
Modus & Setting	*hybrid* *online* : FT-Dem_3 *Präsenz* : alle anderen Teilnehmenden *& DA*	*online / hybrid* *online: FT-Dem_1; FT-Dem_2 (Vertretung); FT-Dem_3* *Präsenz: FB-Dem_1, FB-Dem_2, DA*	*online / hybrid* *online: FT-Dem_1; FT-Dem_2; FT-Dem_3* *Präsenz: FB-Dem_1, FB-Dem_2, DA*
Teilnehmende	FT-Dem_1; FT-Dem_2; FT-Dem_3; FB-Dem_1, FB-Dem_2	(Vertretung); FT-Dem_3; FB-Dem_1, FB-Dem_2	Dem_3; FB-Dem_1, FB-Dem_2
Moderation	DA	DA	DA
Besprochene Fälle SABD-Fam	Fall#1PD	Fall#2CM	Fall#1CM; Fall#5PD

Teilnehmende

Kürzel	**Funktion**
FT-Dem_1	Fachärztin für Geriatrie
FT-Dem_2	Sozialarbeiterin
FT-Dem_3	Psychotherapeut
FB-Dem_1	Fachberaterin Demenz
FB-Dem_2	Fachberaterin Demenz
DA	Projektleiterin

3.4.2 Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam

Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen

SABD Fam
Spezialisierte ambulante Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

DZNE

Malteser
... weil Nähe zählt.

Merkblatt interdisziplinäre Fallbesprechungen SABD-Fam

Stand 25.06.2025

Grundsätzliche Überlegungen

Interdisziplinäre Fallbesprechungen als Teil von SABD-Fam

Ziel der „Spezialisierten Ambulanten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien" (SABD-Fam) ist die Stabilisierung ambulanter Pflegearrangements für Menschen mit Demenz und ihre Familien.

Das Versorgungskonzept SABD-Fam besteht aus der kontinuierlichen spezialisierten ambulanten Begleitung betroffener Familien durch wissenschaftlich weitergebildete Fachberaterinnen Demenz und aus der Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen im Fachteam Demenz.

Das Fachteam Demenz setzt sich (Stand: Jan. 2025) zusammen aus einer Fachärztin für Geriatrie, einem ärztlichen Psychotherapeuten, einer Sozialarbeiterin und zwei als Fachberaterinnen Demenz weitergebildeten Pflegefachkräften.

Die in interdisziplinären Fallbesprechungen besprochenen Fälle bestehen jeweils aus einem Menschen mit Demenz und den ihn versorgenden Angehörigen im Kontext des familiären und strukturellen Umfeldes der ambulanten Versorgungssituation.

Ziele der interdisziplinären Fallbesprechungen in SABD-Fam

Interdisziplinäre Fallbesprechungen in SABD-Fam zielen auf

- ein verbessertes Fallverstehen und die Gewinnung von weiterem Wissen über die einzelnen Fälle (Menschen mit Demenz und ihren Familien), die im Rahmen der Spezialisierten Begleitung aufgenommen und beraten werden;
- die Erarbeitung dieses Wissen mittels einer gemeinsamen systematischen Analyse der Probleme im jeweiligen Fall aus den disziplinären Perspektiven der Medizin, der sozialen Arbeit, der Psychotherapie und der Pflege;
- die Nutzung dieses Wissens für Lösungsansätze/Maßnahmen im Rahmen der weiteren Begleitung durch die Fachberaterinnen Demenz (ggf. Durchführung von Familiengesprächen);
- die Nutzung dieses Wissens für Vorschläge für Maßnahmen (in Form von Arztbriefen) bezüglich Diagnostik und Therapie durch Hausärzt*innen. Die Behandlungshoheit verbleibt bei den Hausärzt*innen, die über weitere Diagnostik und Therapie sowie ggf. Überweisung an weitere Stellen entscheiden.

Rahmenbedingungen

In den interdisziplinären Fallbesprechungen werden Fälle besprochen, in denen für Menschen mit Demenz oder ihre Familien aus Sicht der Fachberaterinnen Demenz besondere Herausforderungen bestehen. Voraussetzung hierfür ist zum einen die informierte Zustimmung der betroffenen Menschen mit Demenz (oder ihrer gesetzlichen Vertreter*innen) und ihrer primären pflegenden Angehörigen sowie zum anderen deren Zustimmung zur Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Fachteam Demenz.

Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden in der Regel im 4-wöchigen Turnus statt und dauern jeweils ca. eine Stunde für die intensive Besprechung von ca. 1 bis 2 Fällen. Diese Anzahl hängt ab von der Komplexität der Fälle.

Die Durchführung der interdisziplinären Fallbesprechungen geschieht in hybrider Form und unter Wahrung der Erfordernisse des Datenschutzes. In der Regel nehmen die Ärztin, die Sozialarbeiterin und die Fachberaterinnen Demenz (sowie die Forscherin) in Präsenz teil; der Psychotherapeut wird online zugeschaltet.

Eine der Fachberaterinnen Demenz übernimmt die Einbringung eines Falls in die interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die jeweils andere Fachberaterin Demenz ist in der moderierenden Funktion tätig und fertigt ein Protokoll an.

1

Organisatorische Aspekte

Vorbereitung

- Die Fachberaterinnen Demenz wählen im Vorfeld die in einer Sitzung des Fachteams Demenz zu besprechenden Fälle aus und informieren die einzelnen Mitglieder hierüber per Email. Ergänzend stellen sie ausgewählte Auszüge aus der Pflegedokumentation und die Liste der Medikamente in anonymisierter Form per Email zur Verfügung.
- Die Fachberaterinnen Demenz informieren die Ärztin und die Sozialarbeiterin im Ostalb-Klinikum telefonisch über die Namen der Patient*innen. Falls Patient*innen in der Abteilung behandelt wurden, werden die Akten der Klinik für die Fallbesprechung besorgt.

Moderation und Protokoll

- Die Fachberaterinnen Demenz übernehmen abwechselnd die Moderation für die Besprechung der jeweils nicht von ihnen selbst begleiteten und vorgestellten Fälle.
- Neben der Leitung der Diskussion notiert die Moderatorin während der Fallbesprechung wichtige Punkte für jeden Fall auf Flipchart. Fotos der Flipcharts dienen zugleich als vorläufiges Protokoll.
- Die Moderatorin erstellt auf der Basis der Flipcharts ein stichwortartiges Protokoll.
- Alle Teilnehmenden protokollieren im Laufe der Fallbesprechung pro Fall die jeweils aus Perspektive ihrer Berufsgruppe relevanten Diagnosen, Versorgungsziele und Maßnahmen. Hierzu sind verschiedene Formate möglich: Formular „Einzeldokumentation"; Kurzprotokoll; Kurzarztbrief (Ärztin); Leitfaden zur Fallvorstellung und Falldokumentation (Pflege).

Ablauf der interdisziplinären Fallbesprechung

Einführung

- Zu Beginn jeder Sitzung des Fachteams legen dessen Mitglieder eine Priorisierung der verschiedenen zu besprechenden Fälle und deren Reihenfolge einvernehmlich fest.
- Die Fall-Einbringerinnen der letzten Fallbesprechung berichten über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Maßnahmen.
- Die Moderatorin bittet die Anwesenden, sich in eine Anwesenheitsliste einzutragen.

Phasen der Fallbesprechung für jeden Fall

Fall-Einbringung

- Die Fachberaterinnen Demenz stellen den jeweils von ihnen begleiteten Fall zunächst strukturiert vor. Dazu nutzen sie den „Leitfaden Fallvorstellung interdisziplinäre Fallbesprechungen".
- Sie stellen vor Ort die gesamte Akte zur Information über den jeweiligen Fall zur Verfügung.

Problembeschreibung & Zielsetzung

- Die Fall-Einbringerin formuliert im Anschluss an die Fallvorstellung ein aus Ihrer Sicht relevantes Problem für den Fall, bezogen auf den Menschen mit Demenz und / oder die pflegenden Angehörigen.
- Die Mitglieder des Fachteams Demenz einigen sich gemeinsam auf eine Fragestellung /Zielsetzung, die im Mittelpunkt der Fallbesprechung steht.

Diskussion zur Situationsanalyse

- Die Mitglieder des Fachteams Demenz tauschen sich über ihre Einschätzungen zur Deutung und möglichen Ursachen von Gesundheitsproblemen und Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz und von deren Angehörigen im jeweiligen Fall aus.
- Gegebenenfalls wird die bestehende Verstehens-Hypothese für herausforderndes Verhalten des Menschen mit Demenz angepasst.

Maßnahmenplanung

- Die Gruppe macht Vorschläge für mögliche Maßnahmen zur Erreichung der Zielsetzung bzw. Lösungsvorschläge zur Verbesserung der in der Versorgungssituation bestehenden Probleme.

- Die Ärztin dokumentiert Vorschläge für Änderungen der Medikation sowie ggf. weitere Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie des Menschen mit Demenz in Form eines Kurzarztbriefes an die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt und leitet diese entsprechend weiter.
- Maßnahmen für den Menschen mit Demenz und zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen werden auf Flipchart dokumentiert. Dabei wird die Akzeptanz durch die pflegenden Angehörigen und die Umsetzbarkeit der Maßnahmen berücksichtigt.

3

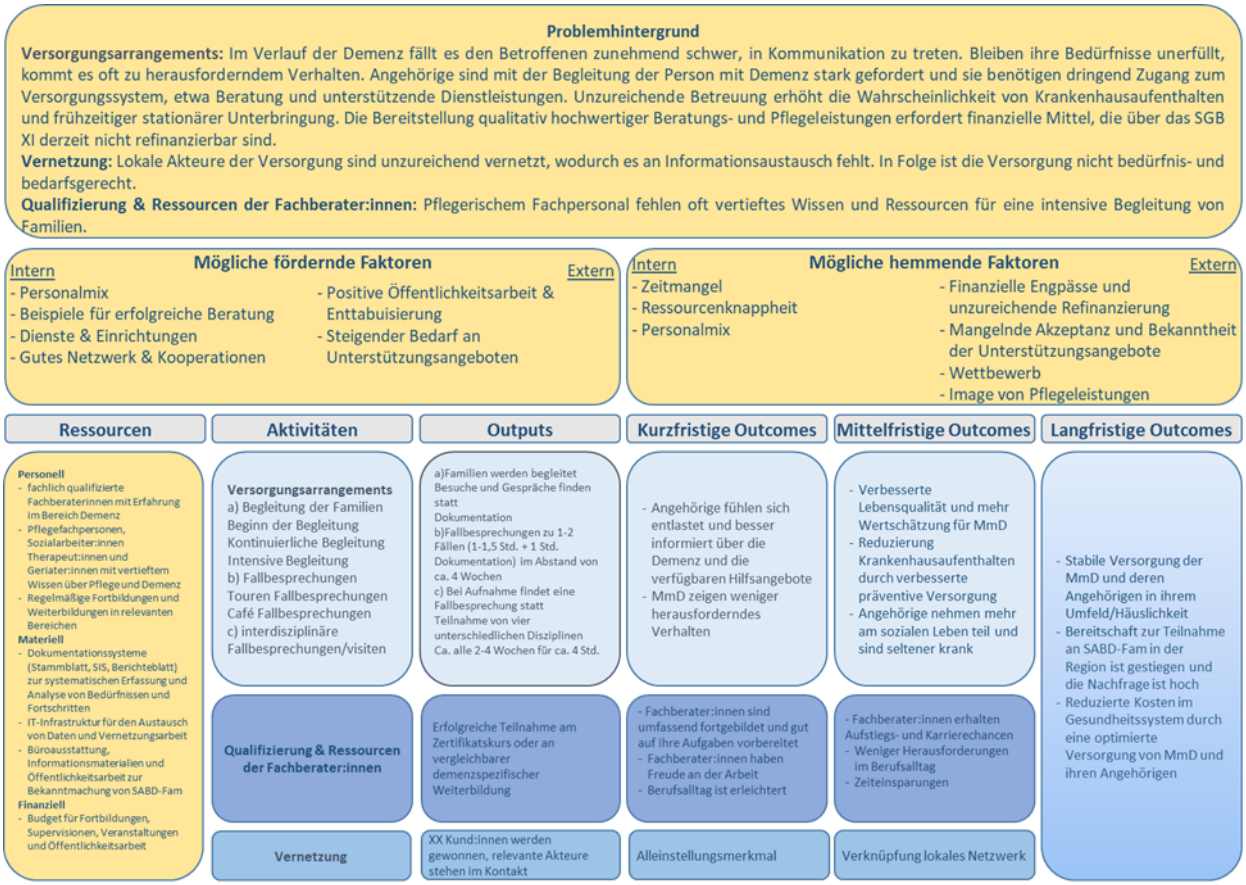
Anhang zum Projektbericht Teilprojekt 2 SABD-Fam

Inhaltsverzeichnis

Anhang zum Projektbericht Teilprojekt 2 SABD-Fam 150
1. Initiales Logisches Modell (Version 1) 151
2. Finales Logisches Modell (Version 2) Langversion 152
3. Poster 161

1. Initiales Logisches Modell (Version 1)

Das initiale logische Modell war das zentrale Ergebnis des ersten Expert:innen Workshops im Juni 2024.



2. Finales Logisches Modell (Version 2) Langversion

PROBLEMHINTERGRUND

Versorgungsarrangements

Das Leben mit Demenz stellt für die betroffenen Personen und insbesondere für ihre betreuenden Angehörigen eine anhaltend belastende Situation dar. Der Verlauf der Erkrankung geht häufig mit herausforderndem Verhalten einher, das sich unter anderem aus einem erschwerten Zugang zu verbaler Kommunikation und dem daraus resultierenden Nicht-Erkennen von Bedürfnissen ergibt. Dies führt bei Angehörigen nicht nur zu pflegerischen, sondern vor allem auch zu emotionalen Belastungen. Viele Angehörige erleben eine zunehmende Überforderung, da ihnen Wissen über den Umgang mit herausforderndem Verhalten fehlt und psychosoziale Unterstützung oftmals nicht verfügbar oder nicht niederschwellig zugänglich ist.

Häufig mangelt es an einer kontinuierlichen, vertrauensvollen Ansprechperson, die nicht nur berät, sondern eine tragfähige Beziehung aufbaut. Die Annahme von Hilfe fällt Angehörigen oft schwer, nicht zuletzt, weil sie eigene Belastungsgrenzen nur schwer erkennen oder keine passenden Angebote kennen. Besonders herausfordernd ist der Zugang zu Familien, bei denen gerade erst eine Demenz diagnostiziert oder vermutet wurde und die noch nicht in bestehende Versorgungsstrukturen eingebunden sind. In vielen Fällen ist zunächst ein vertrauensvoller Zugang zu den Angehörigen zu schaffen, bevor Unterstützung greifen kann.

Die bestehende Versorgungslage wird zudem durch strukturelle Hürden erschwert. Qualitativ hochwertige, kontinuierliche Beratungs- und Unterstützungsangebote benötigen finanzielle und personelle Ressourcen, die im aktuellen System – insbesondere im Rahmen der Leistungen nach SGB XI – nicht ausreichend refinanzierbar sind. Dies betrifft vor allem nicht-medizinische, psychosoziale Leistungen sowie präventiv wirksame Interventionen. Die Folge sind Versorgungslücken, eine eingeschränkte Lebensqualität der Angehörigen und langfristig instabile Versorgungssituationen, die vermeidbare Klinikaufenthalte und frühzeitige Heimunterbringungen zur Folge haben können.

Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen

Pflegerisches Fachpersonal verfügt häufig nur über Grundwissen in der Demenzpflege und es mangelt an vertieften Kenntnissen und spezialisierten Schulungen. Dies betrifft insbesondere den Umgang mit komplexen Familiendynamiken und die Kommunikation mit Angehörigen. Ohne diese erweiterten Kompetenzen und ausreichende zeitliche Ressourcen können Pflegende Familien nicht adäquat begleiten und unterstützen, was die Qualität der demenzspezifischen Pflege beeinträchtigt. Zudem fehlt oft die Zeit, um auf spezifische Verhaltensweisen und individuelle Bedürfnisse von Menschen mit Demenz einzugehen und Angehörige im Umgang mit herausforderndem Verhalten zu unterstützen. Der erhebliche Zeitdruck erschwert es, eine umfassende Betreuung und einfühlsame Kommunikation sicherzustellen, die für das Verständnis der individuellen Bedürfnisse der Betroffenen notwendig sind.

Vernetzung

Die Vernetzung relevanter Akteur*innen im Versorgungssystem für Menschen mit Demenz ist vielfach unzureichend definiert, strukturell nicht etabliert und wird in der Praxis oft nur punktuell umgesetzt. Wichtige Informationen über die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und ihren Familien werden nicht systematisch weitergegeben. Obwohl das grundsätzliche Bewusstsein für die Bedeutung

koordinierter Zusammenarbeit vorhanden ist, mangelt es an konkretem Engagement sowie an praktikablen Konzepten zur systematischen Umsetzung. Insbesondere der Austausch zwischen Fachberaterinnen und Hausärzt*innen ist bislang nicht ausreichend institutionalisiert, wodurch wichtige Informationen zur Versorgungssituation nicht weitergegeben und potenzielle Synergieeffekte ungenutzt bleiben.

Es bestehen strukturelle Engpässe z.B. lange Wartezeiten bei Tagespflegeplätzen oder Zugangsbarrieren zur psychiatrischen Versorgung. Erschwert wird die sektorenübergreifende Vernetzung zudem durch die Heterogenität der beteiligten Ebenen: So gestaltet sich die Kooperation mit kommunalen Stellen wie dem Landratsamt als besonders herausfordernd, während andere institutionelle Partner einfacher einzubinden sind.

FÖRDERNDE FAKTOREN

Fördernde Faktoren spielen eine entscheidende Rolle bei der Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Familien.

Ein zentraler fördernder Faktor für die erfolgreiche Implementierung von SABD-Fam ist die Benennung einer verantwortlichen Person, die die Einführung und Umsetzung der Intervention systematisch begleitet. Diese Person fungiert als Schnittstelle zwischen den Fachberaterinnen, der Trägereinrichtung sowie externen Partnern und trägt wesentlich zur Koordination, Strukturierung und Verstetigung der Prozesse bei. Durch die klare Zuweisung von Zuständigkeiten können Hemmnisse frühzeitig identifiziert und adressiert sowie die Umsetzungsschritte kontinuierlich gesteuert und angepasst werden. Eine solche Steuerungsfunktion erhöht die Verbindlichkeit innerhalb des Projekts und fördert eine zielgerichtete und nachhaltige Integration der Intervention in bestehende Strukturen.

Qualifiziertes Personal in allen Berufsgruppen und auf allen Hierarchieebenen stellt sicher, dass Ressourcen effektiv genutzt werden und eine hochwertige Pflege gewährleistet ist. Ein ausgewogener Personalmix ermöglicht zudem eine kluge Ressourcenallokation und kann Kosten senken.

Wenn in der Region bekannt wird, dass Familien durch SABD-Fam sehr gut geholfen wurde, kann dies das Vertrauen zwischen den Fachberaterinnen und weiteren Familien, die ebenfalls von SABD-Fam profitieren könnten, fördern.

Eine offene Haltung und Unterstützung seitens der Dienste und Einrichtungen schaffen ein Umfeld, das neue Interventionen und Ansätze zur Demenzbetreuung ermöglicht. Dies fördert die gesellschaftliche und fachliche Akzeptanz innovativer Interventionen und trägt dazu bei, dass diese als wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung in der Region wahrgenommen werden.

Öffentlichkeitsarbeit spielt eine Schlüsselrolle bei der Enttabuisierung von Demenz und der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Herausforderungen, mit denen Menschen mit Demenz und ihre Familien konfrontiert sind. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit kann dazu beitragen, Vorurteile abzubauen und das Verständnis für die Bedürfnisse der Betroffenen zu fördern, was letztendlich zu einer besseren Unterstützung und einem breiteren gesellschaftlichen Engagement führt. Hierbei sind der bereits bestehende gute Ruf und der Bekanntheitsgrad der Malteser in der Region ebenfalls ein fördernder Faktor.

Auch die übergeordnete Vernetzung mit kommunalen Entscheidungsträgern und Verwaltungsstrukturen stellt einen bedeutenden fördernden Faktor dar. Die Zusammenarbeit mit Akteuren wie dem Landratsamt kann – trotz struktureller Herausforderungen – dazu beitragen, SABD-Fam auf strategischer Ebene abzustimmen, zu verankern und langfristig abzusichern. Eine institutionalisierte Kooperation schafft nicht nur Legitimation, sondern erleichtert auch den Zugang zu ergänzenden Ressourcen und

öffnet Wege für eine breitere Implementierung in der Versorgungslandschaft. So kann übergeordnetes Engagement auf politisch-administrativer Ebene dazu beitragen, die Intervention über das Projekt hinaus in regionalen Versorgungsstrategien zu integrieren.

Hemmende Faktoren

Die hemmenden Faktoren stellen Hindernisse dar, die die Entwicklung und Umsetzung der Intervention SABD-Fam erschweren.

Die im SGB XI gedeckelte Refinanzierung von Unterstützungsleistungen und die bislang unklaren Refinanzierungsoptionen für Interventionen wie SABD-Fam sind problematisch und schränken die Qualität der Pflege und die Verfügbarkeit umfassender Unterstützungsleistungen ein. Hiervon betroffen sind sowohl die Finanzierung des qualifizierten Fachpersonals, als auch von speziellen Pflegeleistungen und Schulungsmaßnahmen. Hierdurch werden die Qualität der Pflege und die Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen einschränkt.

Ein zentrales Hindernis ist der Zeitmangel des Pflegepersonals. Dieser Zeitdruck beeinträchtigt die Möglichkeit einer einfühlsamen Betreuung und einer effektiven Kommunikation mit Menschen mit Demenz sowie ihren Angehörigen.

Unklare Rollendefinitionen innerhalb der beteiligten Berufsgruppen erschweren zusätzlich die Umsetzung der Intervention. Fehlende Abgrenzungen und unzureichende Kommunikation darüber, wer welche Aufgaben übernimmt, führen zu Unsicherheiten im Team, unklaren Verantwortlichkeiten und damit zu Verzögerungen oder Inkonsistenzen in der Versorgung.

Darüber hinaus stellt die mangelnde Akzeptanz und Unterstützung von demenzspezifischen Pflegekonzepten durch andere Berufsgruppen ein bedeutendes Hemmnis dar. Fehlende Kooperation und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachrichtungen wie Ärzt:innen, Therapeut:innen und Pflegefachpersonen erschweren eine ganzheitliche Betreuung und die frühzeitige Erkennung von physischen und psychischen Problemen bei Menschen mit Demenz.

Eine weitere Herausforderung liegt in der mangelnden gesellschaftlichen Akzeptanz und dem Stigma, das mit dem Thema Demenz verbunden ist. Dies führt oft dazu, dass Familien z.B. aus Scham davor zurückscheuen, die Unterstützung anzunehmen, die ihnen zur Verfügung steht.

Ressourcen

Die erfolgreiche Umsetzung von SABD-Fam und die nachhaltige Verbesserung der Betreuung und Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren Familien erfordert eine Vielzahl von Ressourcen.

Personelle Ressourcen

Zunächst ist qualifiziertes Personal von zentraler Bedeutung. Fachberaterinnen mit umfangreicher Expertise und Berufserfahrung im Bereich Demenz, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psychotherapeut:innen und Geriater:innen bilden das Fundament einer erfolgreichen Intervention. Diese Fachpersonen sollten über fundiertes Wissen zur pflegerischen und medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz sowie spezifisches Wissen über Versorgungssysteme verfügen. Ergänzend dazu sind wissenschaftliche Weiterbildungen, beispielsweise in Form von Zertifikatskursen, sowie Kenntnisse in Ethik, verstehender Diagnostik, Demenz und Rechtsfragen (z.B. freiheitsentziehende Maßnahmen) wichtig. Für die übergeordnete Steuerung und Qualitätssicherung ist eine produktverantwortliche Person erforderlich, die die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Intervention koordiniert.
Auch das Management vor Ort spielt eine zentrale Rolle, insbesondere in der strukturellen Einbettung

der Intervention, der Sicherstellung von Rahmenbedingungen und der internen Kommunikation. Eine enge Abstimmung zwischen Management, Fachberaterinnen und Träger ist dabei essenziell, um die Umsetzung nachhaltig zu sichern.

Materielle Ressourcen

Ein effizientes Dokumentationssystem, das verschiedene Formulare und Skalen umfasst, ist notwendig, um eine standardisierte Erfassung und Auswertung von Daten sicherzustellen. Dazu gehören Stammblätter, Strukturierte Informationssammlung (SIS), Instrument zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit (IdA), Häusliche Pflege Skala (HPS), Berichteblatt und Biografiebogen. Beratungsprotokolle und Maßnahmenpläne sind ebenfalls essenziell, um die individuelle Betreuung zu dokumentieren und zu steuern. Die Digitalisierung dieser Systeme kann den Datenaustausch und die Verfügbarkeit von Informationen erheblich verbessern. Für die interne Vernetzungsarbeit können die vorhandenen Kommunikationskanäle (z.B. Teams, Teambesprechungen) genutzt werden.

Zudem ist eine angemessene Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln notwendig, einschließlich Diensthandys, E-Mail-Adressen und Büroausstattung wie Schreibtischen und Computern. Mobilität ist ein weiterer wichtiger Aspekt, da die Betreuung häufig ortsabhängig ist und Fachkräfte flexibel vor Ort agieren müssen. Informationsmaterialien und -kanäle, wie Flyer und Homepages, sowie eine effektive Öffentlichkeitsarbeit durch Konferenzen, Messen und lokale Aktionstage tragen zu einer effektiven Öffentlichkeitsarbeit bei.

Ein gut organisiertes Netzwerk und eine effektive Zusammenarbeit sind essenzielle Ressourcen. Eine datenschutzkonforme Lagerung von Informationen und eine organisationsinterne IT-Vernetzung, beispielsweise über Teams, erleichtern die Zusammenarbeit und den Informationsfluss innerhalb der Organisation. Der Zugang zu Literatur und Fachdatenbanken unterstützt die kontinuierliche Weiterbildung und den fachlichen Austausch. Ein klar strukturiertes Datenschutzkonzept ist ebenfalls erforderlich.

Finanzielle Ressourcen

Finanzielle Mittel sind notwendig für die Deckung der Kosten für Personal, Infrastruktur, Material, Fortbildungen, Supervisionen und den Zugang zu Fachdatenbanken. Veranstaltungen und Fortbildungen sind entscheidend, um das Fachwissen kontinuierlich zu aktualisieren und die Qualität der Betreuung zu gewährleisten.

Institutionelle Ressourcen

Die Implementierung der Intervention erfordert die strukturelle und inhaltliche Verankerung relevanter Qualitätsstandards in der Einrichtung. Dazu zählt insbesondere die Einbindung von Expertenstandards als fachliche Grundlage. Die Bereitschaft der Trägerinstitution, neue Versorgungsansätze zu erproben und in bestehende Strukturen zu integrieren, ist ebenso essenziell wie die Schaffung organisatorischer Voraussetzungen für eine nachhaltige Umsetzung, z.B. durch klare Prozessbeschreibungen, Zuständigkeiten und Schnittstellenregelungen.

AKTIVITÄTEN (INKLUSIVE OUTPUTS)

Die Aktivitäten im Rahmen der Intervention SABD-Fam sind vielfältig und darauf ausgerichtet, häusliche Versorgungsarrangements langfristig zu stabilisieren.

Versorgungsarrangements

a) Begleitung der Familien

Aufnahme in die Begleitung

Bei der Aufnahme eines neuen Falls, finden mehrere Besuche der Fachberaterinnen Demenz bei den Menschen mit Demenz und ihren Familien statt. In der Regel handelt es sich dabei um ca. drei Besuche. Ein zentraler Aspekt in dieser Phase ist der Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zur Familie. Der Vertrauensaufbau ist entscheidend für den weiteren Verlauf der Begleitung, erfordert jedoch Zeit und ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen seitens der Fachberaterinnen. Die Fachberaterinnen führen intensive Biographie-Arbeit durch, um die Lebensgeschichte und individuellen Erfahrungen der Betroffenen zu verstehen. Gleichzeitig wird die verstehende Diagnostik angewendet, um ggf. das herausfordernde Verhalten der Menschen mit Demenz zu ergründen und spezifische Bedürfnisse und Herausforderungen zu identifizieren. Zusätzlich werden verschiedene Assessments eingesetzt, um die aktuelle Versorgungssituation der Betroffenen genau zu erfassen. Auf Basis der gewonnenen Informationen erfolgt eine umfassende Beratung des Menschen mit Demenz und seiner Familie. Ziel ist es, Veränderungen anzuregen und Maßnahmen vorzuschlagen, die zur Verbesserung der Lebens- und Versorgungsqualität beitragen. Dies kann Anpassungen im häuslichen Umfeld, Veränderungen der pflegerischen Versorgung oder den Zugang zu zusätzlichen Dienstleistungen umfassen.

Kontinuierliche Begleitung

Nach der initialen Aufnahme eines Falls und den ersten Besuchen der Fachberaterinnen Demenz wird die kontinuierliche Begleitung aufgenommen. Die Betreuung erfolgt durch regelmäßige Kontakte zwischen der Fachberaterin und der Familie, die sich nach dem individuellen Bedarf richten. Zusätzlich finden bedarfsorientierte Telefonkontakte, Kurzkontakte im Café Malta sowie bei Bedarf Kontaktaufnahmen zum erweiterten Familiensystem statt. Nach der Implementierung der empfohlenen Maßnahmen wird deren Erfolg evaluiert. Die Fachberaterinnen überprüfen, ob die angestrebten Verbesserungen eingetreten sind und ob weitere Anpassungen notwendig sind. Gegebenenfalls werden zusätzliche Vorschläge für weitere Angebote zur Verbesserung der Versorgung gemacht. Um die Kontinuität und Stabilität der Beziehung zu gewährleisten, werden bestimmte Mindestabstände für Besuche (z.B. ein Besuch alle zwei Monate) eingehalten. Diese regelmäßigen Kontakte sind entscheidend, um sicherzustellen, dass die getroffenen Maßnahmen fortlaufend überprüft und bei Bedarf angepasst werden können.

Intensive Begleitung

Eine intensive Begleitung wird erforderlich, wenn bei der Aufnahme größere Herausforderungen bestehen oder wenn im Verlauf der kontinuierlichen Begleitung neue Schwierigkeiten auftreten. Sie betrifft insbesondere inhaltlich komplexe und zeitlich intensive Fälle. Oft zeichnet sich bereits beim zweiten oder dritten Hausbesuch ab, dass es sich um eine komplexe Situation mit hohem Unterstützungsbedarf handelt. Typisch für diese Fälle sind eine hohe Frequenz persönlicher und telefonischer Kontakte in kurzer Zeit sowie ein erhöhter Koordinationsbedarf. Beispielhafte Indikationen für eine intensive Begleitung sind verbale oder körperliche Gewalt im häuslichen Kontext, ausgeprägte Kommunikationsprobleme, eine psychische Dekompensation der betreuenden Angehörigen oder gravierende Einschnitte im bestehenden Versorgungsarrangement (z.B. wenn eine 24-Stunden-Kraft die Familie abrupt verlässt).

In solchen Fällen erfolgt eine vertiefte interdisziplinäre Fallbesprechung im Fachteam Demenz, um geeignete Unterstützungsmaßnahmen zeitnah und gezielt einzuleiten.

b) Fallbesprechungen

Touren-Fallbesprechungen / Café-Fallbesprechungen

Touren- und Café-Fallbesprechungen sind Fallbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes und des Demenzdienstes, die gezielt auf die Betreuung von Menschen mit Demenz ausgerichtet sind. Insgesamt finden ca. alle 8 Wochen diese internen Fallbesprechungen statt. Sie erfolgen bedarfsorientiert und umfassen jeweils 1 bis 1,5 Stunden Besprechungszeit sowie etwa 1 Stunde für die anschließende Dokumentation.

Bei den Touren-Fallbesprechungen handelt es sich um Besprechungen innerhalb des Pflegedienstes, an denen alle Mitarbeitenden teilnehmen, die den betreffenden Menschen mit Demenz im Rahmen ihrer Tour betreuen. Ziel dieser Besprechungen ist es, ein tieferes Verständnis für den Fall zu gewinnen und das gesamte Team zu schulen. Diese Besprechungen finden insbesondere dann statt, wenn besondere Herausforderungen bei den betreuten Menschen mit Demenz und ihren Familien bestehen. Die Fachberaterin Demenz bereitet diese Besprechungen vor und moderiert sie, wobei sie sich zur Strukturierung an einem für das ursprüngliche Assessment verwendeten Instrument wie dem innovativen demenzorientierten Assessmentsystem (IdA) orientiert. Vorläufig ist geplant, einrichtungsbezogene Fallbesprechungen zu ein oder zwei Fällen im Abstand von etwa acht Wochen durchzuführen. Eine Fallbesprechung dauert ungefähr 1 bis 1,5 Stunden, mit einer zusätzlichen Stunde für die Dokumentation im Anschluss. Teilnehmende dieser Besprechungen sind die direkt beteiligten Pflegefachpersonen, Pflegehelfer:innen sowie die zuständige Pflegedienstleitung.

Die Café-Fallbesprechungen werden innerhalb des Demenzdienstes mit dem Team des Betreuungsangebots Café Malta durchgeführt. Auch hier zielt die Fallbesprechung darauf ab, weiteres Wissen über den Fall zu gewinnen und das Team zu schulen. Diese Besprechungen werden ebenfalls von der Fachberaterin Demenz vorbereitet und moderiert. Teilnehmende dieser Besprechungen sind neben der Fachberaterin Demenz die Fachkräfte und ehrenamtlichen Helfer:innen des Teams, das den jeweiligen Menschen mit Demenz als Gast betreut.

c) Interdisziplinäre Fallbesprechungen

Ein weiterer zentraler Bestandteil der Aktivitäten sind die interdisziplinären Fallbesprechungen. Bei der Aufnahme in SABD-Fam findet eine initiale Fallbesprechung statt, um die aktuelle Versorgungssituation im interdisziplinären Versorgungsteam zu besprechen. An diesen Fallbesprechungen nehmen Expert:innen aus verschiedenen Disziplinen teil, darunter, je nach Verfügbarkeit, eine Fachberaterin für Demenz, Psychotherapeut:in, und Fachärzt:in für Geriatrie. Diese Besprechungen finden bei Bedarf (Fälle aus der intensiven Begleitung) statt und dauern max. 1 bis 1,5 Stunden, um eine kontinuierliche und umfassende Betreuung sicherzustellen. Es gibt sowohl einfache Fallbesprechungen zur Klärung aktueller Fragen als auch vertiefte Besprechungen, bei denen komplexe Fälle ausführlich diskutiert und Lösungen erarbeitet werden.

Qualifizierung & Ressourcen der Fachberaterinnen

Die Fachberaterinnen nehmen am Zertifikatskurs „Psychosoziale Unterstützung für ein Leben mit Demenz (zu Hause)“ oder einer vergleichbaren demenzspezifischen Weiterbildung teil, die wissenschaftlich fundierte Inhalte vermittelt. Diese Weiterbildung stärkt ihre fachlichen Kompetenzen und befähigt sie, die betroffenen Familien bestmöglich zu unterstützen. Durch die kontinuierliche Weiterbildung wird sichergestellt, dass die Fachberaterinnen immer auf dem neuesten Stand der Forschung und Praxis sind, was die Qualität der Betreuung weiter verbessert. Diese Aktivitäten bilden die Grundlage für

eine umfassende, professionelle und bedarfsgerechte Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Familien.

VERNETZUNG

Hierbei sollten mindestens zwei Fachberaterinnen eng in Kontakt stehen, sodass auch immer eine Vertretung gewährleistet ist. Regelmäßige interne Besprechungen und der kontinuierliche Informationsaustausch zwischen den Fachberaterinnen und dem in der jeweiligen Familie eingesetzten Personal sorgen dafür, dass alle Beteiligten stets auf dem neuesten Stand sind und eine einheitliche Vorgehensweise sichergestellt wird.

SUPERVISION

Ein weiterer zentraler Bestandteil zur Sicherung der Qualität und zur Unterstützung der Fachberaterinnen ist die regelmäßige Teilnahme an Supervision. Diese findet in Form von extern moderierten Gruppensupervisionen statt und bietet Raum für die Reflexion komplexer Fallverläufe und emotional herausfordernder Situationen. Die Supervision dient der psychohygienischen Entlastung der Fachberaterinnen und trägt wesentlich zur Resilienz im Berufsalltag bei. Sie fördert eine kontinuierliche Selbstreflexion und stärkt die professionelle Haltung im Umgang mit Menschen mit Demenz und deren Familien. Die Supervision ist somit ein wesentliches Element der Qualitätssicherung innerhalb der SABD-Fam-Intervention.

OUTCOMES

Kurzfristige Outcomes

Angehörige fühlen sich gehört, entlastet und besser informiert über die Demenz und die verfügbaren Hilfsangebote. Sie reflektieren ihr eigenes Verhalten, entwickeln ein tieferes Verständnis und mehr Akzeptanz für herausforderndes Verhalten oder auch für die Notwendigkeit einer stationären Versorgung. Dadurch werden sie ins Handeln gebracht, z.B. durch die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder Veränderungen im Versorgungsalltag.

Durch die kontinuierliche und einfühlsame Begleitung entsteht eine professionelle Beziehung zwischen Fachberaterin und Angehörigen, die auf Vertrauen basiert. Aus der veränderten Haltung und dem angepassten Verhalten der Angehörigen resultiert häufig mehr Ruhe und Stabilität im Umgang mit dem Menschen mit Demenz.

Ein weiteres zentrales Outcome besteht darin, dass der Übergang in eine stationäre Langzeitpflege, sofern er notwendig wird, nicht als Scheitern, sondern als Teil eines verantwortungsvollen Versorgungsprozesses verstanden wird. Die Fachberaterinnen tragen dazu bei, diesen Schritt respektvoll zu gestalten, ihn frühzeitig vorzubereiten und Angehörige emotional zu entlasten. Dies unterstützt eine würdige und bedarfsgerechte Entscheidung, die dem Wohlergehen aller Beteiligten dient und Tabus abbaut.

Fachpersonen profitieren von ihrer Weiterbildung und erfahren Erleichterungen im Berufsalltag, was ihre Zufriedenheit steigert. Das Versorgungsnetz beginnt, durch bessere Vernetzung und erhöhte Bekanntheit der Intervention, effizienter zu arbeiten. Die beteiligten Akteur:innen sind besser miteinander vernetzt, regelmäßig über den aktuellen Stand der Versorgung informiert und können dadurch effektiver zusammenarbeiten.

Zudem nehmen einzelne Fachpersonen und Organisationen eine Multiplikatorenrolle ein, indem sie das gewonnene Wissen und die positiven Erfahrungen aktiv in ihren beruflichen Kontext weitertragen.

Mittelfristige Outcomes

Im weiteren Verlauf bauen Angehörige ihre Kenntnisse in der Begleitung und Pflege eines Menschen mit Demenz weiter aus und profitieren von langfristiger Unterstützung. Dies führt zu einer verbesserten Lebensqualität, einer stärkeren emotionalen Entlastung und zu weniger Erkrankungen. Sie nehmen wieder stärker am sozialen Leben teil, was Isolation reduziert und das psychische Wohlbefinden fördert.

Zudem kommt es zur Reduzierung von vermeidbaren Krankenhausaufenthalten, , was die Notfallversorgung entlastet und gleichzeitig zu einer stabileren Betreuung im häuslichen Umfeld beiträgt.

Pflegedienste erfahren eine spürbare Entlastung durch sicherere und informierte Angehörige und auch dadurch, dass die Fachberaterinnen Demenz intensiv mit den Familien arbeiten, deren Fragen klären und herausfordernde Themen auffangen können. Dadurch wird der Druck auf die Pflegedienste reduziert, sich um psychosoziale oder organisatorische Fragen kümmern zu müssen, die über die reine Pflege hinausgehen.

Im Team führt SABD-Fam zu einem besseren Fallverstehen und einem differenzierteren Blick auf komplexe Versorgungssituationen. Mitarbeitende gewinnen durch die regelmäßige Reflexion und Begleitung mehr Handlungssicherheit, was wiederum zu höherer Arbeitszufriedenheit und mehr Qualität in der Betreuung führt.

SABD-Fam ist sinnvoll mit dem lokalen Netzwerk der ambulanten Versorgung verknüpft. Die Intervention wird zunehmend als wichtiger Bestandteil der regionalen Versorgungsstruktur wahrgenommen.

Langfristige Outcomes

Langfristig zeigt sich eine nachhaltige Verbesserung der Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz. Diese profitieren von einer stabilen und umfassenden Betreuung, die langfristig die Aufnahme in die stationäre Pflege hinauszögert.

Durch die intensive Begleitung und Beratung entwickeln Angehörige ein vertieftes Verständnis für die Demenzerkrankung, erweitern ihr Wissen und erleben eine gesteigerte Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Herausforderungen des Alltags. Dies trägt wesentlich dazu bei, dass familiäre Konflikte reduziert werden und sich eine spürbare Entspannung in den Familiensystemen einstellt. Die Beziehungsgestaltung zwischen den Angehörigen und den betroffenen Menschen verbessert sich langfristig, was sich positiv auf die Lebensqualität aller Beteiligten auswirkt.

Die erfolgreiche Begleitung spricht sich herum, wodurch die Intervention bekannter wird und die Nachfrage erheblich steigt. Dies resultiert in einer insgesamt verbesserten Lebensqualität der betreuten Familien und einer Reduzierung der Gesamtkosten im Gesundheitssystem durch eine optimierte Versorgung von Menschen mit Demenz. Das Versorgungsnetzwerk ist optimal ausgebaut und ermöglicht eine effiziente Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten im Gesundheits- und Pflegesektor. Auch externe Dienstleister treten aktiv mit SABD-Fam in Kontakt und greifen gezielt auf die Expertise dieser spezialisierten Dienstleistung zurück.

Insgesamt resultiert daraus eine deutliche Reduzierung der gesamtgesellschaftlichen Belastung durch inadäquate oder verzögerte Versorgung, eine bessere Ressourcenverteilung sowie eine Senkung der Gesamtkosten im Gesundheits- und Pflegesystem.

Das Versorgungsnetzwerk ist langfristig optimal ausgebaut, professionell strukturiert und ermöglicht eine effiziente, interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Akteur:innen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich.

3. Poster

Prozessevaluation des Modellprojekts SABD-Fam zur spezialisierten ambulanten Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Familien

Manuela Malek[1], Kerstin Köhler[1], Dr. Bernhard Holle[1]
[1]Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., Standort Witten

Hintergrund

In Deutschland werden die meisten **Menschen mit Demenz zu Hause von Angehörigen gepflegt**. Angehörige sind gefordert, die Versorgung immer wieder an die sich ändernden Bedürfnisse der Person mit Demenz (und an ihre eigenen Bedürfnisse) anzupassen, um die häusliche Versorgung langfristig zu stabilisieren. Zur **Stabilisierung der häuslichen Versorgung** ist im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie (Maßnahme 2.8.2 Stärkung von psychosozialer Beratung) ein Modellprojekt gemeinsam mit der HWG Ludwigshafen geplant. Ziel ist die Entwicklung und Erprobung eines niedrigschwelligen, multiprofessionellen Interventionsangebots zur Entlastung der Angehörigen. Die begleitende **Prozessevaluation** wird vom DZNE durchgeführt. Die Finanzierung des Modellprojekts erfolgt durch die Malteser mit weiterer Förderung der Veronika-Stiftung.

Ziele & Methoden

Die Prozessevaluation erfolgt nach dem Medical Research Council (MRC)-Framework in zwei Phasen:

1. Beschreibung der Intervention
Erstellung eines logischen Modells zur Darstellung der komplexen Intervention in einem zweitägigen Expert:innen- Workshop

2. Durchführung der Prozessevaluation
Durchführung qualitativer Expert:inneninterviews, Fokusgruppeninterviews und Dokumentenanalysen zur Identifizierung fördernder und hemmender Faktoren

Ergebnisse

Drei zentrale Handlungsfelder wurden in der ersten Phase identifiziert:

Versorgungsarrangements
Im Rahmen der Intervention werden Familien von Menschen mit Demenz kontinuierlich begleitet, wobei der Fokus auf einer intensiven, bedarfsgerechten Unterstützung liegt. Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden statt.

Qualifizierung & Ressourcen des Fachpersonals
Entwicklung und Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen zur Stärkung der Kompetenzen des Fachpersonals im Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen

Vernetzung
Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs zwischen verschiedenen Akteur*innen im Versorgungssystem, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen

Diskussion & Ausblick

1. **Logisches Modell**
Das Modell dient als wertvolle Grundlage für die Prozessevaluation, da es zentrale Komponenten und Ziele des Modellprojekts klar definiert. Dies ermöglicht eine präzise Evaluation der Umsetzung.

2. **Konkrete Handlungsempfehlungen**
Die Erkenntnisse dienen der Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Damit kann das Modellprojekt in unterschiedlichen Strukturen des Gesundheitswesens langfristig etabliert werden.

3. **Skalierung und Übertragbarkeit**
Die entwickelten Handlungsempfehlungen ermöglichen eine Skalierung des Modellsprojekts und seine Anpassung an verschiedene regionale und strukturelle Kontexte.

4. **Zukünftige Studien**
Das Modellprojekt SABD-Fam schafft eine Basis dafür, um in nachfolgenden Studien eine Evaluation der Wirksamkeit der Intervention anzustreben.

Fotos: Christian Vierfuss

Quellen: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). 2020. Nationale Demenzstrategie.
Köhler, Kerstin; Dreyer, Jan; Hochgraeber, Ina; von Kutzleben, Milena; Pinkert, Christiane; Roes, Martina; Holle, Bernhard. 2021. "Towards a middle-range theory of 'Stability of home-based care arrangements for people living with dementia' (SoCA-Dem): findings from a meta-study on mixed research." BMJ Open 11 (4). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042515.
Skivington, Kathryn; Matthews, Lynsay; Simpson, Sharon Anne; Craig, Peter; Baird, Janis; Blazeby, Jane M.; Boyd, Kathleen Anne; Craig, Neil; French, David P.; McIntosh, Emma; Petticrew, Mark; Rycroft-Malone, Jo; White, Martin; Moore, Laurence. 2021. "A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance." BMJ 374: n2061. https://doi.org/10.1136/bmj.n2061.

Zur Projekthomepage