



## **Informationsblatt**

# **«Case Management» und «Zugehende Beratung» bei Demenz**

### **Autor**

Vögeli, Samuel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Alzheimervereinigung Aargau, Leiter Geschäfts- und Beratungsstelle

### **Wissenschaftliche Experten und Expertin**

Dr. Prof. Vernooij-Dassen, Myrra <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Radboud University Nijmegen Medical Centre, Netherlands

### **Lektorat**

Gadient, Nicole, Schweizerische Alzheimervereinigung, 1400 Yverdon-les-Bains

### **Auftraggeberin**

Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Gesundheit BAG,  
Direktionsbereich Gesundheitspolitik, 3003 Bern

7. Oktober 2013

**Dieses Informationsblatt gibt einen Überblick über die Forschungslage zu Case Management und Zugehende Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden und stellt einige in der Schweiz bestehende Praxisbeispiele vor.**

## 1. Begriffe

Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten der Konzepte Case Management und Zugehende Beratung haben mehr mit berufsspezifischen und projektbezogenen Faktoren zu tun, als mit klaren inhaltlichen Unterschieden. Zugunsten der Betroffenen und ihren Familien gilt es, die wirkungsvollsten und bedarfsgerechtesten Elemente der beiden Konzepte miteinander zu verbinden.

### *Case Management*

Case Management ist kein einheitlich verwendeter Begriff und es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Definitionen. In der Schweiz ist Case ManagerIn kein geschützter Beruf oder Titel (Weber-Halter, 2011). Das Netzwerk Case Management Schweiz definiert Case Management folgendermassen:

*«Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem.»*  
(NetzwerkCaseManagementSchweiz, 2006)

Somme et al. (2012) bemerken, dass sich die konkrete Umsetzung von Case Management sowohl innerhalb wie zwischen einzelnen Nationen sehr stark unterscheidet. Ebenso ist der professionelle Hintergrund der Case ManagerInnen von Programm zu Programm verschieden. Am häufigsten haben sie aber einen pflegerischen oder einen sozialarbeiterischen Hintergrund (Somme et al., 2012).

### *Zugehende Beratung bei Demenz<sup>1</sup>*

Eine Besonderheit der Zugehenden Beratung ist die proaktive<sup>2</sup> Einleitung und möglichst langdauernde Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den betroffenen Familien über den ganzen Verlauf der Krankheit. Obwohl es keine allgemeinverbindliche Definition des Begriffes gibt, besteht Einigkeit über folgende Elemente: regelmässige, (pro-) aktive Kontaktaufnahme der BeraterInnen mit den betroffenen Personen und ihrem sozialen Umfeld, Zuweisungen durch HausärztInnen, Memory Clinics und Beratungsstellen im Sozialwesen, Hausbesuche, systematische Ermittlung (Assessment) der Belastung

---

<sup>1</sup> Zugehende Beratung ist ein Konzept, welches im deutschsprachigen Raum vor allem speziell für Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden entwickelt und evaluiert wurde (im Gegensatz zu Case Management, welches bei vielen verschiedenen Erkrankungen bzw. Problemlagen eingesetzt wird).

<sup>2</sup> Proaktiv = durch differenzierte Vorausplanung und zielgerichtetes Handeln die Entwicklung eines Geschehens selbst bestimmend und eine Situation herbeiführend (Duden online)

und Bedürfnisse der Betroffenen und ihren Nahestehenden, massgeschneiderte Interventionen (z.B. Informationen über das Krankheitsbild, Vermittlung von Entlastungsangeboten, Angehörigenschulung) sowie Einbezug des grösseren sozialen Umfelds (Grossfeld-Schmitz et al., 2010; Isfort, Laag, & Weidner, 2011; Sieber, 2005). Die inhaltlichen Ziele von Zugehender Beratung bestehen im Aufbau von Kompetenzen der Betroffenen und ihren Nahestehenden im Umgang mit der Krankheit, in der Reduktion von Belastung der pflegenden Angehörigen, der Verbesserung der Lebensqualität aller Beteiligten sowie dem Hinauszögern von Heimeintritten.

## **2. Bedürfnisse der betroffenen Personen und Familien**

Menschen mit Demenz und ihre Nahestehenden sind im Laufe der Krankheit mit grossen Veränderungen, Belastungen und Herausforderungen konfrontiert. Die Aufgabe der Betreuung und Pflege eines Menschen mit Demenz ist sehr anspruchsvoll und komplex und verlangt von den Angehörigen dauernd grosse organisatorische, psychische, kommunikative und verhaltensbezogene Anpassungsleistungen (Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010a). Die pflegenden Angehörigen sind deshalb oft schwer belastet, werden häufiger selber krank und haben eine kürzere Lebenserwartung als gleichaltrige nichtpflegende Personen (Brodaty & Donkin, 2009; Christakis & Allison, 2006).

Die Bedürfnisse und Lernfelder von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden sind individuell sehr verschieden und werden beeinflusst von Faktoren wie Lebensgeschichte, soziales Umfeld, familiäre Beziehungen, Form und Stadium der Demenz, finanzielle Ressourcen usw. (Karrer, 2009; Stirling et al., 2010). Studien über die Entwicklung der Symptomatik bei Demenz bzw. der entsprechenden Belastung der Angehörigen zeigen, dass sich die Verläufe individuell sehr unterschiedlich darstellen, d.h. dass die Verlaufsmuster eine grosse Diversität aufweisen (Chow et al., 2012; Garre-Olmo, Lopez-Pousa, Vilalta-Franch, de Gracia Blanco, & Vilarrasa, 2010; Karrer, 2009; Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012; Wilkosz et al., 2010). Anstatt pauschale Voraussagen über z.B. phasenspezifische Bedürfnisse als Richtschnur für Interventionen zu machen, ist deshalb ein individuelles Assessment der konkreten Situation, auch mit Hilfe von wissenschaftlich getesteten Instrumenten (z.B. zur Erfassung der Belastung der pflegenden Angehörigen oder der Ressourcen im Umfeld) zu empfehlen (Schiffczyk et al., 2013).

## **3. Evidenz aus Wissenschaft und Praxis**

Die wirksamsten Beratungskonzepte zeichnen sich durch ein schwach strukturiertes, nicht standardisiertes Interventionsprotokoll aus. Dies ermöglicht den BeraterInnen, ganz individuell auf die jeweilige Situation der einzelnen Familien einzugehen und ihre ganz persönlichen beraterischen Fähigkeiten sowie ihr individuelles Methodenrepertoire fruchtbar einzusetzen (Corbett et al., 2012; Schoenmakers, Buntinx, & DeLepeleire, 2010b; Selwood, Johnston, Katona, Lyketsos, & Livingston, 2007; Vernooij-Dassen, Joling, van Hout, & Mittelman, 2010).

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien zu Beratungs- und Begleitkonzepten sowie psychosozialen Interventionen, welche deren Wirksamkeit quantitativ untersuchten.

Nichtpharmakologische Interventionen, welche sowohl die Menschen mit Demenz als auch ihre Nahestehenden einbeziehen, können klinisch bedeutsame positive Ergebnisse haben (Olazaran et al., 2010). Dazu gehören besonders auch lang dauernde beratende und begleitende Interventionen. Mit einer in New York durchgeführten randomisiert kontrollierten Studie konnten Mittelman et al. (2006) die bisher stärksten positiven Effekte einer psychosozialen Intervention für pflegende Angehörige aufzeigen. Die Intervention bestand aus einer Kombination von individueller und familienzentrierter Beratung, Angehörigengesprächsgruppen sowie kontinuierlicher beratender Langzeitbegleitung. Damit wurde eine deutliche Verzögerung des Heimeintrittes (Mittelwert: 1½ Jahre) erreicht, sowie die Zufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit der sozialen Unterstützung und ihr Umgang mit Verhaltensproblemen der Menschen mit Demenz deutlich verbessert. Depressionssymptome der pflegenden Angehörigen nahmen signifikant ab.

Zugehende Beratung bei Demenz wurde bisher vor allem in Deutschland in einigen Studien evaluiert (Grossfeld-Schmitz et al., 2010; Isfort et al., 2011; Sieber, 2005). So ergab z.B. die pre-post-Untersuchung von Isfort, et al. (2011) mit 190 teilnehmenden Familien signifikante Reduktionen von Belastung der betreuenden Angehörigen durch kognitive Einbussen, herausforderndes Verhalten und Depressivität der Menschen mit Demenz.

Aufgrund der wenigen publizierten Studien zum Thema demenzspezifisches Case Management im engeren Sinn (vgl. Somme et al., 2012) können keine klaren Schlüsse über die Wirksamkeit solcher Interventionen gezogen werden. Dennoch gibt es Hinweise, dass Case Management unabhängig vom professionellen Hintergrund bedeutsame positive Ergebnisse haben kann (z.B. Umsetzung von Empfehlungen, Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen). Voraussetzung dafür ist eine genügend intensive Begleitung und Beratung, d.h. dass der/die Case ManagerIn genügend Zeit für die einzelne Familie hat. Keine bedeutsamen Wirkungen zeigen Studien bezüglich Verzögerung der Heimeintritte oder Verringerung von Spitalweisungen auf.

In der Praxis zeigt sich, dass viele betroffene Personen bzw. Familien ohne eine individuelle Begleitung und Koordination ratlos vor einem Dschungel von Dienstleistungen stehen, weshalb sie dann oft auch potentiell wirkungsvolle Unterstützungsangebote gar nicht in Anspruch nehmen. Dies wird durch weitere Barrieren, wie Schamgefühle und Isolationstendenz der Betroffenen und ihren Nahestehenden verstärkt. Mit anderen Worten können Case Management und Zugehende Beratung als Katalysatoren für weitere Interventionen, wie Angehörigengruppen, Gedächtnistraining, temporäre Entlastung, Kompetenzförderung usw. wirken.

Allgemein stellt sich die Frage der Übertragbarkeit von getesteten Interventionen in ein anderes nationales, institutionelles oder professionelles Setting – nicht nur wegen unterschiedlicher Rahmenbedingungen (nationales Gesundheitswesen, Organisationsstruktur usw.) oder kultureller Aspekte (Somme et al., 2012), sondern auch weil eine detaillierte Beschreibung der jeweiligen Intervention oft gar nicht erhältlich ist.

#### **4. Kompetenzen der BeraterInnen**

Angehörige von Menschen mit Demenz äussern immer wieder den Wunsch, eine Ansprechperson zu haben, von welcher sie durch die Krankheit begleitet werden, von der sie alle wichtigen Informationen erhalten und die auch mal Zeit hat, einfach verständnisvoll zuzuhören (Henke, 2005). Dementsprechend sind die Rollen der Beraterinnen in wissenschaftlich getesteten Beratungsinterventionen ausserordentlich breit gefächert und überschreiten deren angestammte Tätigkeitsfelder als Pflegefachleute, SozialarbeiterInnen oder ErgotherapeutInnen (Haas-Unmüssig, 2010; Mittelman, Epstein, & Pierzchala, 2003; Mittelman et al., 2006; Vernooij-Dassen et al., 2010).

Die Hauptansprechperson sollte also mehr als nur eine Vermittlerin und Koordinatorin der nötigen Dienstleistungen sein, sondern selbst über ein breites Repertoire an Kompetenzen, Methoden und Instrumenten zur Beratung, Schulung, Familiengesprächsmoderation, psychosozialen Unterstützung usw. verfügen. Selbstverständlich gehört dazu auch die Wahrnehmung der Grenzen der eigenen Kompetenzen sowie eine entsprechend starke Vernetzung (Memory Clinic, stationäre Alterspsychiatrie, Spitex, Pro Senectute, Entlastungsdienste usw.), um die KlientInnen so weit wie möglich bedarfsgerecht weiter zu vermitteln.

#### **5. Unterstützende und hemmende Faktoren**

Für die Umsetzung von Case Management und Zugehender Beratung gibt es zahlreiche unterstützende Faktoren. So liefern die positiven Ergebnisse der internationalen Forschung gute Gründe für eine Implementation, wie etwa die grosse Zufriedenheit der KlientInnen nach erfolgter Kontaktaufnahme (Grossfeld-Schmitz et al., 2010) sowie die potentielle langfristige Kosteneffizienz auf der Mikroebene (einzelne Person, Familie, Umfeld) und auf der Makroebene (Gesellschaft, Staat) (Mostardt, Matusiewicz, Schröer, Wasem, & Neumann, 2012). Zudem entsprechen die Ziele dieser Konzepte den strategischen Zielen «integrierte Versorgung» und «ambulant vor stationär», wie sie immer wieder von Bund und Kantonen proklamiert werden (Berset, 2012; Maillard, Conti, & Jordi, 2009; Sager, Rüefli, & Wälti, 2010). Aus ethischer Sicht sind Case Management und Zugehende Beratung zentralen humanen und liberalen Prinzipien wie Autonomie, Selbstverantwortung (Empowerment), Gerechtigkeit und Prävention verpflichtet. Nicht zuletzt haben solche Interventionen auch das Potential, HausärztInnen in ihrem zunehmenden Zeitdruck zu entlasten.

Hemmend auf die Implementation von Case Management und Zugehende Beratung wirkt sich der weitverbreitete Fokus auf kurzfristige Kosteneffizienz auf der Mesoebene (Organisationen, Unternehmen, Versicherer usw.) und Makroebene (gewählte Politiker) aus (Weber-Halter, 2011). Dazu kommt, dass viele betroffene Familien grosse Hemmungen haben, sich Hilfe zu holen (Schuldgefühle, Stigma, Verleugnung usw.) (Brodaty, Thomson, Thompson, & Fine, 2005). Auch ein verbreiteter Informationsmangel – nicht nur der Betroffenen und ihrer Angehörigen, sondern auch vieler Akteure in der Grundversorgung – über bestehende Beratungs- und Entlastungsangebote, wirkt sich ver hindernd aus (Brodaty et al., 2005). Weiter zu erwähnen sind das oft noch stark ausgeprägte Konkurrenz- und Gärtchendenken im Gesundheits- und Sozialwesen, das traditionelle Einzelkämpfertum in der Grundversorgung sowie das fragmentierte Finan-

zierungssystem im Gesundheitswesen (Bund, Kantone, Gemeinden, Sozialversicherung, Krankenkassen usw.).

## 6. Beispiele aus der Schweiz

In der Schweiz gibt es bisher nur wenige Praxisbeispiele, welche einem demenzspezifischen Case Management bzw. einer Zugehenden Beratung nahe kommen.

Zu erwähnen ist zunächst die aufsuchende Beratung der **Alzheimer Beratungsstelle Thurgau** des Externen Psychiatrischen Dienstes (EPD) Frauenfeld. Eine Pflegefachfrau mit Zusatzausbildungen begleitet dort schon seit 1994 Betroffene und ihre Angehörige kontinuierlich und mit Hausbesuchen und Familiengesprächen über die ganze Zeit der Erkrankung. Die Alzheimer Beratungsstelle wurde gemäss dem Konzept der ambulanten Psychogeriatric des EPD Frauenfeld konzipiert, welches sowohl direkte Beratung und Begleitung (von Patienten) als auch indirekte Beratung und Unterstützung (von Angehörigen) beinhaltet. Eine wissenschaftliche Evaluation für dieses Projekt liegt bisher nicht vor, informelle Rückmeldungen lassen aber auf eine hohe Zufriedenheit der KlientInnen mit der aufsuchenden Beratung und den damit erreichten individuellen Lösungen schliessen.

Ein weiteres Praxisbeispiel ist «**Hausbesuche SiL**» (**Sozialmedizinische individuelle Lösungen**), ein Angebot der Gerontologischen Beratungsstelle, die von den Pflegezentren und dem Geriatrischen Dienst der **Stadt Zürich** geführt wird. Hausbesuche SiL wurde als Projekt des Gesundheitsnetzes 2025 im Oktober 2008 gegründet. Im Juni 2012 wurde es als Angebot verstetigt. Als Projekt wurde Hausbesuche SiL über zwei Jahre vom Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich begleitet, eine wissenschaftliche Evaluation wurde aber bisher nicht publiziert. Durch die Anbindung an die Memory-Klinik Entlisberg und die Pflegezentren werden bestehende Ressourcen optimal genutzt, spezialisiertes Fachwissen in die ambulante Grundversorgung transferiert und die als Standard anerkannte sozialmedizinische Versorgung sichergestellt. Der Grundgedanke des Angebotes ist die Befähigung aller beteiligten Personen zum bestmöglichen Umgang mit der Situation sowie die Hilfe bei der Vernetzung und Koordination der formellen und informellen Versorgungssysteme. Den an einer Demenz erkrankten Menschen wird der Verbleib zuhause ermöglicht, die Versorgungssituation wird stabilisiert und für die Angehörigen tragbar gemacht. Auf diese Weise werden Grundlagen gelegt, um eine Einweisung in eine Langzeitinstitution hinauszuzögern, Notfallhospitalisationen zu reduzieren sowie eine kontinuierliche, zufriedenstellende Versorgung innerhalb der städtischen Versorgungssysteme zu gewährleisten. Durch aufsuchende Beratungen und die regelmässige Nachfrage bei den betroffenen Personen und/oder ihren Angehörigen werden an Demenz erkrankte Menschen, ihre Angehörigen und die formellen sowie informellen Versorgungssysteme begleitet. Es kann ein Set an Versorgungsmassnahmen für die Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, bestehend aus frühzeitiger Abklärung, gezieltem Training noch vorhandener Fähigkeiten, Schulungen sowie Empfehlungen für die weiterführende Behandlung.

Die Kosten für Abklärung und Beratung sowohl des Zürcher wie des Frauenfelder Angebotes werden durch die Krankenkassen sowie durch städtische bzw. kantonale Subventionen getragen.

Seit Januar 2012 führt die **Alzheimervereinigung Aargau** – eine Sektion der Schweizerischen Alzheimervereinigung – ein **Pilotprojekt mit Zugehender Beratung** durch<sup>3</sup>. Ziel des Projektes ist es, den Bedarf, die Wirksamkeit und die Umsetzbarkeit einer langdauernden, beratenden und koordinierenden Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Nahestehenden im Kanton Aargau aufzuzeigen und die Einführung einer kantonsweiten, flächendeckenden Versorgung mit Zugehender Beratung zu initiieren. Das Beratungsteam besteht aus drei Pflegefachpersonen, drei Angehörigen von Menschen mit Demenz mit langjähriger Erfahrung in der Langzeitpflege und Zusatzausbildungen, sowie einer Sozialarbeiterin.

Das Projekt wird nach den Grundsätzen der partizipativen Aktionsforschung entwickelt (Stringer & Genat, 2004). Bisher wurden diverse wissenschaftlich fundierte Assessment-, Beratungs- und Schulungsinstrumente eingeführt, wie das validierte Belastungsassessmentinstrument Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz - Praxisversion (BIZA-D-PV: Schacke & Zank, 2009) oder die Instrumente der familienzentrierten Pflege nach Wright und Leahey (2009).

Von entscheidender Bedeutung ist zudem die Vernetzung des Beratungsteams mit anderen lokalen Akteuren, welche mit Menschen mit Demenz zu tun haben. Besonders zu erwähnen sind hier die enge Zusammenarbeit mit der Memory Clinic Aarau/Windisch sowie der Schulterschluss mit dem Entlastungsdienst Aargau. Durch diese Kooperationen wird zum einen die Erreichbarkeit der betroffenen Familien verbessert, zum anderen eine bedarfsgerechte Betreuung und Entlastung gefördert.

Erste Hinweise zur Wirksamkeit dieses Beratungsangebotes werden in den Zwischenberichten des Pilotprojektes dargestellt (AlzheimervereinigungAargau, 2013). Befragungen von KlientInnen ergaben eine hohe Zufriedenheit mit dem Angebot. Ein Grossteil der Befragten empfand die Beratung als sehr hilfreich und entlastend. Auch von einer Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung wurde berichtet. Eine wissenschaftlich begleitete Evaluation des Projektes ist geplant.

Mittlerweile haben auch die Sektionen Solothurn und Wallis der Alzheimervereinigung Zugehende Beratung in ihre Angebotspalette aufgenommen.

Es gibt in der Schweiz noch zahlreiche weitere Beratungskonzepte für ältere und/oder chronisch kranke Personen und ihre Nahestehenden, welche in verschiedenen Gemeinden, Regionen oder Kantonen umgesetzt und/oder getestet werden. Sie sind jedoch nicht demenzspezifisch, wie etwa Präventive Hausbesuche (z.B. *Spitex Plus* für über 80-jährige in Winterthur, oder *Visites préventives et conseils pour le maintien à domicile* im Kanton Jura) oder Psychiatriespitex (z.B. *Mind Care* der Spitex Bern), oder es fehlt das aufsuchende Element, wie bei stationären Beratungsstellen (z.B. *Der rote Faden* in Luzern oder der Basler *Wirrgarten*). Deshalb werden diese Angebote hier nicht näher beschrieben.

---

<sup>3</sup> Das Projekt wird finanziell unterstützt durch die Age Stiftung, die Schweizerische Alzheimervereinigung, die Hatt-Bucher-Stiftung, das Alzheimer-Forum Schweiz und das Departement für Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau. Die Restkosten werden durch Eigenmittel der Alzheimervereinigung Aargau ohne Beiträge von Krankenkassen getragen. Das Angebot ist für die KlientInnen kostenlos.

## **7. Ausblick**

Trotz einiger Pilotprojekte oder institutionalisierter Angebote besteht in der Schweiz ein Mangel an wissenschaftlicher Evidenz für Konzepte wie «Case Management» oder «Zugehende Beratung». Dringend ist deshalb die Verbesserung der Evidenzlage in der Schweiz hinsichtlich der wirksamsten Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihrer Nahestehenden. Um zu erfahren, welche Formen von Beratung und Koordination die Situation der Betroffenen wirklich verbessern können, bietet sich die Förderung von wissenschaftlichen Begleitungen und Evaluationen bestehender Projekte und Angebote an. Neben der quantitativen Messung von Interventionswirkungen müssen unbedingt auch qualitative Studien die tatsächliche Umsetzung der Konzepte untersuchen. Diese Information ist unentbehrlich, damit Best-Practice-Beispiele Schule machen können.

Angesichts der enormen Leistungen von Angehörigen und Nahestehenden (vgl. Ecoplan, 2010) sowie den Herausforderungen der Zukunft braucht es auf der Angebotsseite schon jetzt für alle Menschen mit Demenz und ihr soziales Umfeld diejenige Unterstützung und Begleitung, welche mit der grössten Wahrscheinlichkeit zu einer Entlastung und einer Stabilisierung der häuslichen Pflegearrangements beiträgt.



## 8. Quellen

Alzheimervereinigung Aargau. (2013). Zwischenberichte zum Pilotprojekt "Zugehende Beratung". <http://alz.ch/ag/index.php/information-und-beratung.html>

Berset, A. (2012). Integrierte Versorgung ist die zukunftsorientierte Lösung, *Neue Zürcher Zeitung*. Retrieved from <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/integrierte-versorgung-ist-die-zukunftsorientierte-loesung-1.16934717#>

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228.

Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546. doi: 10.1002/gps.1322

Chow, T. W., Fridhandler, J. D., Binns, M. A., Lee, A., Merrilees, J., Rosen, H. J. (2012). Trajectories of behavioral disturbance in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 31(1), 143-149. doi: J4642H126Q7572G4 [pii] 10.3233/JAD-2012-111916

Christakis, N. A., & Allison, P. D. (2006). Mortality after the hospitalization of a spouse. *The New England Journal of Medicine*, 354(7), 719-730. doi: 354/7/719

Corbett, A., Stevens, J., Aarsland, D., Day, S., Moniz-Cook, E., Woods, R. (2012). Systematic review of services providing information and/or advice to people with dementia and/or their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 628-636. doi: 10.1002/gps.2762

Ecoplan. (2010). Kosten der Demenz in der Schweiz - Schlussbericht. Bern: Schweizerische Alzheimervereinigung.

Garre-Olmo, J., Lopez-Pousa, S., Vilalta-Franch, J., de Gracia Blanco, M., & Vilarrasa, A. B. (2010). Grouping and trajectories of neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease. Part II: two-year patient trajectories. *Journal of Alzheimer's Disease*, 22(4), 1169-1180. doi: TJ677237717GG79V

Grossfeld-Schmitz, M., Donath, C., Holle, R., Lauterberg, J., Ruckdaeschel, S., Mehlig, H. (2010). Counsellors contact dementia caregivers--predictors of utilisation in a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 10, 24. doi: 1471-2318-10-24

Haas-Unmüßig, P. (2010). *Das Setting der pflegerischen Gesundheitsberatung - Eine qualitative Evaluationsstudie im Rahmen des Interventionsprojektes "Entlastungsprogramm bei Demenz"*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Henke, U. (2005). Zum Kohärenzgefühl pflegender Angehöriger. from Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe [http://www.efh-bochum.de/service/beitraege\\_zur\\_pflege/Kohaerenzgefuehl.pdf](http://www.efh-bochum.de/service/beitraege_zur_pflege/Kohaerenzgefuehl.pdf)

Isfort, M., Laag, U., & Weidner, F. (2011). Entlastungsprogramm bei Demenz - EDe. *Pflegewissenschaft*, 11(3), 133-138.

Karrer, D. (2009). *Der Umgang mit dementen Angehörigen: Über den Einfluss sozialer Unterschiede*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846-855. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x

Maillard, P.-Y., Conti, C., & Jordi, M. (2009). Integrierte Versorgung integrieren: Vorschläge der GDK zur Gestaltung zur ambulanten Versorgung. Retrieved 09.09.2013, from GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktorinnen [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/KVG-Revision\\_und\\_Vollzug/KVG-Revision/PK\\_200904/MM\\_MC\\_20090406-d.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/KVG-Revision_und_Vollzug/KVG-Revision/PK_200904/MM_MC_20090406-d.pdf)

Mittelman, M. S., Epstein, C., & Pierzchala, A. (2003). *Counseling the Alzheimer's Caregiver: A Resource for Health Care Professionals*: American Medical Association.

Mittelman, M. S., Haley, W. E., Clay, O. J., & Roth, D. L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67(9), 1592-1599. doi: 67/9/1592

Mostardt, S., Matusiewicz, D., Schröer, W., Wasem, J., & Neumann, A. (2012). Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit eines Case-Management-Programms bei Patienten mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(7), 642-646. doi: 10.1007/s00391-012-0298-2

NetzwerkCaseManagementSchweiz. (2006). Was ist Case Management. Retrieved 06.01.2012, from <http://www.netzwerk-cm.ch/page/fachwissen>

Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., Del Ser, T. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178. doi: 000316119

Sager, F., Rüefli, C., & Wälti, M. (2010). Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung: Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone. Retrieved 09.09.2013, from Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.Document.129802.pdf](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/03.Document.129802.pdf)

Schacke, C., & Zank, S. (2009). *Das Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung - Demenz (BIZA-D) - Manual für die Praxisversion (BIZA-D-PV)* (Vol. 23). Siegen: ZPE.

Schiffczyk, C., Romero, B., Jonas, C., Lahmeyer, C., Müller, F., & Riepe, M. W. (2013). Appraising the need for care in Alzheimer's disease. *BMC Psychiatry*, 13, 73. doi: 1471-244X-13-73

Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010a). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas*, 66(2), 191-200. doi: S0378-5122(10)00076-9

Schoenmakers, B., Buntinx, F., & DeLepeleire, J. (2010b). Supporting the dementia family caregiver: the effect of home care intervention on general well-being. *Aging and Mental Health*, 14(1), 44-56. doi: 919232335

Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C., & Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, 101, 75-89.

Sieber, G. (2005). *Die "Zugehende Beratung" von pflegenden Angehörigen Demenzkranker*. Paper presented at the Bayrisches Netzwerk Pflege - 10. Bayrische Fachtagung, Stein bei Nürnberg. [http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_internet/pflege/dokumentation/ang-fchtg-2006.pdf](http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/pflege/dokumentation/ang-fchtg-2006.pdf)

Somme, D., Trouve, H., Drame, M., Gagnon, D., Couturier, Y., & Saint-Jean, O. (2012). Analysis of case management programs for patients with dementia: a systematic review. *Alzheimer's & Dementia*, 8(5), 426-436. doi: S1552-5260(11)02654-9

Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers' unmet need for services--an exploratory mixed method study. *BMC Health Service Research*, 10, 122. doi: 1472-6963-10-122

Stringer, E., & Genat, W. J. (2004). *Action Research in Health*. New Jersey: Pearson Education Ltd.

Vernooij-Dassen, M., Joling, K., van Hout, H., & Mittelman, M. S. (2010). The process of family-centered counseling for caregivers of persons with dementia: barriers, facilitators and benefits. *International Psychogeriatrics*, 22(5), 769-777. doi: S1041610210000050

Weber-Halter, E. (2011). *Praxishandbuch Case Management - Professioneller Versorgungsprozess ohne Triage*. Bern: Huber.

Wilkosz, P. A., Seltman, H. J., Devlin, B., Weamer, E. A., Lopez, O. L., DeKosky, S. T. (2010). Trajectories of cognitive decline in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 281-290. doi: S1041610209991001

Wright, M. W., & Leahey, M. (2009). *Familienzentrierte Pflege - Assessment und familienbezogene Interventionen*. Bern: Huber.