

## **Konzept**

# **Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich**

**ZIA**

**16. August 2005**

Jeannette Höfliger, Susanne Gubler, Jacqueline Minder, Milly Mojado,  
Brigitte Trechsel, Sandra Wild

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Ziele .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Zielgruppe .....</b>	<b>4</b>
<b>4 Theoretischer Teil .....</b>	<b>5</b>
4.1 Interinstitutionelle Zusammenarbeit.....	5
4.2 Methode Case Management .....	6
4.3 Der Case Management Prozess.....	6
4.3.1 Grundberatung.....	6
4.3.2 Assessment und Bedarfsabklärung.....	6
4.3.3 Zielvereinbarung und Massnahmen .....	7
4.3.4 Beobachten und Bewerten.....	7
4.3.5 Abschluss des Hilfeprozesses .....	7
4.4 Leitlinien in der interinstitutionellen Zusammenarbeit .....	7
<b>5 Umsetzung Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA .....</b>	<b>7</b>
<b>6 Vorlagen für die Praxis.....</b>	<b>9</b>
1 Grundberatung .....	10
2 Assessment und Bedarfsabklärung.....	13
3 Zielvereinbarung und Massnahmen .....	15
4 Beobachten und Bewerten .....	17
5 Abschluss des Hilfeprozesses.....	19
<b>7 Merkblatt Schweigepflicht und Zusammenarbeit im Unterstützungssystem .....</b>	<b>21</b>
<b>8 Leitlinien in der Zusammenarbeit von professionellen und nicht-professionellen HelferInnen bei psychisch kranken Menschen.....</b>	<b>23</b>

## 1 Einleitung

Im Altersforum Winterthur sind sämtliche im Altersbereich tätigen Institutionen zusammen geschlossen. Dies ermöglicht eine institutionalisierte Vernetzung, die heute in der Stadt Winterthur gute Ansätze zeigt, aus Sicht der Beteiligten jedoch noch zu fördern ist. Das ergab die Auswertung der vom Altersforum durchgeführten Fachtagung 2003, die unter dem Titel „Netzwerk in der Altersarbeit“ stattfand.

In der Altersplanung 2010<sup>1</sup> wird vorgeschlagen, das Case Management im Sozialbereich einzuführen. Fokussiert werden dabei die polyvalenten Sozialberatungen im Altersbereich, z.B. die Beratungsstelle für das Alter.

Beide Forderungen bedingen sowohl neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Organisationen als auch einen Ausbau des Netzwerkes, im Sinne der interinstitutionellen Zusammenarbeit. Das folgende Konzept baut auf diesem Verständnis auf, wird für die bessere Verständlichkeit jedoch mit dem Titel 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA' versehen.

Die Praxis zeigt, dass in der interinstitutionellen Zusammenarbeit oftmals Unklarheit darüber besteht, wer Ansprechperson ist, wer welche Verantwortung übernimmt oder welche Fachperson zuzuziehen ist. Die Zusammenarbeit ist vom persönlichen Netzwerk der Fachpersonen abhängig und entsprechend zufällig.

Ursachen für Störungen in der Arbeit mit Klientinnen und Klienten werden in der mangelnden Abstimmung von Abläufen und der ungenauen Kommunikation zwischen den Organisationen gesehen. Regelmässige Treffen im Sinne von Helferkonferenzen sind heute die Ausnahme. Zudem ist das Wissen über die vorhandenen Angebote meist lückenhaft. So ist bspw. das Gerontopsychiatrische Ambulatorium und die Tagesklinik (GAT) der ipw als Anlaufstelle einigen Organisationen noch wenig bekannt.

Auch die Spitex ist an einer Verbesserung der interinstitutionellen Zusammenarbeit interessiert. Die Mitarbeitenden bekommen durch ihre Hausbesuche bei den Klientinnen und Klienten oftmals Einblick in schwierige Verhältnisse und komplexe Situationen. Damit werden sie durch ihre Nähe bei den Klienten zur Drehscheibe für Angehörige und andere Dienste. Aus der Situation der Notwendigkeit heraus übernimmt oftmals die Spitex eine Art Fallführung. Aus Sicht der Spitex könnten durch die Verbesserung der interinstitutionellen Zusammenarbeit Doppelspurigkeiten vermindert werden. Zeitgewinn, weniger Stress und mehr Klarheit für alle Beteiligten wären weitere Gewinne.

In der stationären Betreuung, bspw. im Pflegeheim, sind u.a. Fragen zur Rückkehr nach Hause oder die Verlegung in eine andere Institution für die Bewohnerinnen und Bewohner zu klären. Sicherheit in der Pflege und Betreuung gegenüber der Klientin, des Klienten kann nur durch die Regelung der Verantwortlichkeiten gewährleistet werden. Allzu bekannt ist der Drehtüreffekt, oftmals zwischen Spital, Pflegeheim, Spitex und Gerontopsychiatrie ipw usw.

Die Erfahrungen der Beratungsstelle für das Alter der Stadt Winterthur als auch der Sozialberatung Pro Senectute Kanton Zürich zeigen auf, dass die Klientinnen und Klienten oft gleichzeitig mit mehreren Stellen im Kontakt sind und verschiedene Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Wichtig wäre auch hier die Klärung der Aufgabenteilung und Verantwortlichkeiten im Sinne einer effizienten und wirtschaftlichen Form von Zusammenarbeit und Koordination der organisationalen Ressourcen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Begleitung und Betreuung von alten Menschen mit komplexen sozialen und gesundheitlichen Problemen ein gut aufeinander abgestimmtes Netz bedingt.

---

<sup>1</sup> Altersforum Winterthur, Stadt Winterthur (2002). Altersplanung 2010. Leitgedanken und Massnahmen zur Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes für die ältere Bevölkerung von Winterthur in den nächsten zehn Jahren.

Mit dem vorliegenden Konzept sollen Fachpersonen aufgefordert werden, unter komplexen Bedingungen die vorhandenen institutionellen Ressourcen koordinierend heranzuziehen und Hilfsmöglichkeiten abzustimmen.

Auftraggeber für das Projekt 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA' ist das Altersforum Winterthur, da es alle Organisationen umfasst, die im Altersbereich der Stadt Winterthur tätig sind.

Die Projektgruppe setzt sich aus folgenden Mitgliedern zusammen:

Jeannette Höfliger	Stelle für Altersarbeit (Projektleitung)
Susanne Gubler	Sozialarbeiterin Pro Senectute Kanton Zürich
Jacqueline Minder	Leitende Ärztin Gerontopsychiatrie ipw
Milly Mojado	Sozialarbeiterin Beratungsstelle für das Alter Stadt Winterthur
Brigitte Trechsel	Leitung Spitexzentrum Seen
Susanne Wenger	Stv. Leitung Betreuung und Pflege WPZ Oberi (bis November 2004)
Sandra Wild	Pflegeexpertin und Stv. Leitung Betreuung und Pflege APZ Adlergarten (ab Februar 2005)

## 2 Ziele

Das Konzept 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA' fokussiert folgende Ziele:

- Optimale Anpassung der Betreuung auf die individuellen Bedürfnisse und Voraussetzungen der Klientinnen und Klienten
- Optimierung der Zusammenarbeit der im Altersbereich tätigen Organisationen bei komplexen Fällen
- Klärung von Schnittstellen zwischen den verschiedenen Zuständigkeiten, damit Abläufe vereinfacht und Doppelspurigkeiten reduziert werden können
- Vereinheitlichung der Zusammenarbeit anhand von Vorlagen und einem Leitfaden nach der Methode Case Management
- Das Konzept ist in den Institutionen und Organisationen bekannt und wird durch diese umgesetzt.

## 3 Zielgruppe

Das Konzept 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA' richtet sich an Institutionen und Organisationen, die Schnittstellen in der Betreuung der Klientinnen und Klienten handhaben und unterhalten müssen. Die Vernetzung und interinstitutionelle Zusammenarbeit bedingt aktive Mitglieder, die an gemeinsamen Problemlösungen interessiert sind und die Verantwortung für die Umsetzung übernehmen. Zur Zielgruppe gehören:

- Die Mitgliedorganisationen des Altersforums
  - Altersheim Sonnenberg
  - Ärztesgesellschaft Winterthur und Andelfingen
  - Beratungsstelle für das Alter Stadt Winterthur
  - Evangelische Spitex Winterthur
  - Evangelische Zentralkirchenpflege Winterthur
  - Freiwilligenagentur Winterthur
  - GAIWO
  - Generationen-Dialog
  - Hörmittelzentrale Winterthur
  - Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw
  - Kantonsspital Winterthur
  - Katholische Kirchgemeinde Winterthur

- Pflgeresidenz Lindberg
  - Pflegezentrum Adlergarten / Neumarkt
  - Pflegezentrum Oberi / AH Brühlgut / AH Rosental
  - Pro Senectute Kanton Zürich
  - Reg. Seniorinnen- und Seniorenverband
  - Rheumaliga Zürich
  - Schweizerisches Rotes Kreuz Zürich Kanton Zürich
  - Seniorenresidenz Konradhof
  - Seniorenzentrum Wiesengrund
  - Spitex Stadt Winterthur
  - Stadt Winterthur, Departement Soziales
  - Stiftung Altersheim St. Urban
  - Verein Katholische Gemeindekrankenpflege
  - Verein Pflegewohngruppen
  - Verein WGDM-Papillon
  - Vereinigung zur Begleitung Kranker
  - Zürcher Sehhilfe Winterthur
- 
- Gesetzlicher Betreuungsdienst Stadt Winterthur
  - Vormundschaftsamt Stadt Winterthur

## 4 Theoretischer Teil

### 4.1 Interinstitutionelle Zusammenarbeit

Interinstitutionelle Zusammenarbeit bezieht sich auf das koordinierte Miteinander im Dienste des betroffenen Menschen. Die interinstitutionelle Zusammenarbeit bezweckt durch koordinierte Bemühungen aller Institutionen das bestehende Optimierungs- und Koordinationspotenzial der Vollzugsstellen zu nutzen. Die gezielte, an die individuellen Bedürfnisse des Kunden angepasste Betreuung steht im Mittelpunkt.<sup>2</sup>

Seinen Ursprung hat die interinstitutionelle Zusammenarbeit im Bereich der Integration. So laufen seit einigen Jahren Bemühungen, die interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen RAV, IV-Stellen und der Sozialhilfe zu verbessern. Damit soll die Integration von Stellensuchenden in den Arbeitsmarkt verbessert sowie Drehtüreffekt, Doppelgleisigkeiten und Lücken im Arbeitsmarkt- und Sozialsystem minimiert werden.

Ganz allgemein bedingt interinstitutionelle Zusammenarbeit die Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer untereinander. Vernetzung passiert nicht von selbst. Vernetzung ist das Ergebnis von Entscheidungen und braucht handelnde Akteure (Payer 2002<sup>3</sup>).

Zentral ist der gegenseitige Austausch, dessen Bedeutung nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Mangelhafte Information führt zu Doppelspurigkeiten, falschen Massnahmen und ungenügender Koordination. Im folgenden Teil wird die Methode Case Management als mögliche Grundlage für die interinstitutionelle Zusammenarbeit dargestellt. Dabei geht es nicht um die Rolle der Case Managerin/des Case Managers, sondern um den Arbeitsablauf und die schriftlichen Unterlagen, die für alle Beteiligten als Standards übernommen werden. Die Einführung einer Case Managerin/eines Case Managers liegt im Aufgabenbereich der Institutionen. Im Sinne eines pragmatischen Ansatzes hat sich die Projektgruppe dafür entschieden, den Fokus auf die interinstitutionelle Zusammenarbeit zu legen, die auf der Methode Case Management basiert.

---

<sup>2</sup> (Wörterbuch der Sozialpolitik, [www.socialinfo.ch](http://www.socialinfo.ch)).

<sup>3</sup> Payer, H. (2002). Wie viel Organisation braucht das Netzwerk? Dissertation an der Universität Klagenfurt.

## 4.2 Methode Case Management

Case Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich und wird von Personen mit unterschiedlichen Berufen ausgeübt.

„Case Management hilft, die Kommunikation und Koordination zwischen allen involvierten Berufeuten im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungssystem zu fördern. Patienten bzw. Klienten sowie evt. Angehörige und andere Bezugspersonen sollen dabei in die Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden (Partizipation). Die gegenseitige Abgrenzung der einzelnen spezialisierten Berufe soll überwunden und die Integration des ganzen Betreuungsprozesses verbessert werden.“<sup>4</sup>

Case Management umfasst die Organisation (Planung, Begleitung und Evaluation) von Handlungsabläufen mit dem Ziel einer effizienten und effektiven Versorgung der Klientin/des Klienten.

Case Management wird angewandt, wenn mehrere Personen oder Institutionen beteiligt sind und/oder eine Mehrfachproblematik vorliegt.

Je nach Anwendungsgebiet werden im Case Management unterschiedliche Arbeitsmittel angewandt. Es gibt (noch) kein allgemeingültiges einheitliches schriftliches Arbeitsinstrument.

## 4.3 Der Case Management Prozess<sup>5</sup>

Die Vorgehensweise im Case Management, der Case Management Prozess, lässt sich in fünf Schritte unterteilen. Zu jedem Schritt liegen schriftliche Unterlagen vor, die das einheitliche Vorgehen und die gemeinsame Kommunikation innerhalb des Helfernetzes unterstützen (s. Anhang).

Der Case-Management Prozess

- Grundberatung
- Assessment und Bedarfsabklärung
- Zielvereinbarung und Massnahmen
- Beobachten und Bewerten
- Abschluss des Hilfeprozesses

### 4.3.1 Grundberatung

In der Grundberatung wird von der Beratungsperson mit der Klientin/dem Klienten die Entscheidung zur interdisziplinären Zusammenarbeit gefällt. Wenn Menschen mit komplexen sozialen und psychischen Problemen begleitet werden, ist ein gut abgestimmtes Unterstützungssystem zentral. Sollte der Koordinationsbedarf hoch und die Gefahr der Fragmentierung in der Behandlungskette erkennbar sein, ist eine Helferkonferenz einzuberufen.

### 4.3.2 Assessment und Bedarfsabklärung

In der ersten Sitzung der Helferkonferenz wird die Koordinatorin/der Koordinator bestimmt. Dies muss nicht zwingend dieselbe Person sein, welche die Grundberatung durchgeführt und die Helferkonferenz einberufen hat.

Der Assessment-Prozess bildet mit seinen möglichst umfassend gesammelten Daten und Informationen die Voraussetzung für die Erstellung eines angemessenen, bedarfsorientierten und individuellen Versorgungsplans.

---

<sup>4</sup> Netzwerk Schweiz. Case Management (2004) Auszug aus Unterlagen der 2. Schweiz. CM-Tagung vom 22.09.2004. Küsnacht Zürich.

<sup>5</sup> In Anlehnung an Standards Case Management Schweiz / Entwurf, 2004

### **4.3.3 Zielvereinbarung und Massnahmen**

Basierend auf den umfassenden Informationen werden innerhalb der Helferkonferenz mit der Klientin/dem Klienten Ziele festgelegt, die für beide Seiten verbindlich sind. Der Massnahmeplan umfasst die gemeinsame Planung des Einsatzes von Hilfsangeboten und Ressourcen unter Berücksichtigung der Autonomie der Klientin/des Klienten.

Nachdem der Massnahmeplan erstellt worden ist, kommt es zur Umsetzung des benötigten Hilfsangebots.

### **4.3.4 Beobachten und Bewerten**

Mit der Umsetzung der Massnahmen ist die Aufgabe der Helferkonferenz nicht beendet. Vielmehr muss der gesamte Versorgungsverlauf überwacht und Sorge dafür getragen werden, dass dem sich möglicherweise wandelnden Bedarf der Klientin/des Klienten kontinuierlich entsprochen wird.

### **4.3.5 Abschluss des Hilfeprozesses**

Der Abschluss des Hilfeprozesses umfasst die subjektive Einschätzung des Prozesses durch alle Beteiligten. Die Erhebung des zeitlichen Aufwandes sind für die Teilnehmenden der Helferkonferenz wichtige Informationen und Planungsmittel.

## **4.4 Leitlinien in der interinstitutionellen Zusammenarbeit**

Förderlich für die interinstitutionelle Zusammenarbeit sind die vom Forum für Sozialpsychiatrie erstellten Leitlinien<sup>6</sup>. Sie beziehen sich im Wesentlichen auf die Grundhaltung der Beteiligten und der Rolle der Koordinatorin.

Als weiteres Hilfsmittel bietet das Merkblatt zur Schweigepflicht<sup>7</sup> (erarbeitet vom Forum Sozialpsychiatrie) wichtige Hinweise im Zusammenhang mit dem neuen Patientinnen- und Patientengesetz, das im Januar 2005 in Kraft getreten ist.

Auch die im Jahr 2005 in Kraft getretenen medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen beinhalten in ihren Grundsätzen die Forderung nach interdisziplinärer Zusammenarbeit<sup>8</sup>. Ärzt/innen, Pflegende und Therapeut/innen sollen in systematischer und in dafür geeigneten Strukturen miteinander und mit den weiteren beteiligten Berufsgruppen zusammenarbeiten.

## **5 Umsetzung 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA'**

Die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes 'Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich ZIA' liegt bei den einzelnen Institutionen und Organisationen. Neben der ideellen Frage müssen innerhalb der Institutionen und Organisationen folgende Punkte geklärt sein:

- In welchen Fällen wird ZIA angewendet?
- Wer übernimmt die Verantwortung für die Umsetzung des Konzeptes ZIA im Betrieb?
- Wer ist in der Praxis direkt für ZIA zuständig?
- Wie sind die Unterlagen für ZIA gestaltet?

Aufgrund der Verschiedenheit der Institutionen und Organisationen, die im Altersforum zusammengeschlossen sind, ist es nicht sinnvoll, diese Fragen generell zu beantworten. Eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts gelingt dann, wenn die Institutionen und

---

<sup>6</sup> siehe Anhang

<sup>7</sup> siehe Anhang

<sup>8</sup> Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften. [www.samw.ch](http://www.samw.ch)

Organisationen eine auf ihre Organisationsstruktur abgestimmte Vorgehensweise definiert haben.

Grundsätzlich gilt, dass die Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich in Form von Helferkonferenzen bei hoch komplexen und schwierigen Fällen angewendet und als Ausnahme betrachtet werden kann.

Die Leitung der Helferkonferenz übernimmt eine Person aus der Helfergruppe, die sich für diese Aufgabe befähigt fühlt. Zu Beginn der Umsetzung kann dies als eine Schwierigkeit angesehen werden, da sich viele Mitarbeitende dazu fachlich nicht kompetent fühlen. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass durch die gegenseitige Unterstützung und 'lernen am Modell' dieses Problem gelöst wird.

Für sehr schwierige Fälle, die als unlösbar gelten und die Helferkonferenz zur Arbeitsunfähigkeit bringen können, sollte eine externe Beratung hinzugezogen werden. Das Team des Gerontopsychiatrischen Ambulatoriums und Tagesklinik ipw bietet dafür Unterstützung in Form einer Konsultation an.

Die im Anhang aufgeführten Vorlagen der Prozessschritte sind Hilfsmittel für die Praxis und können auf die institutionellen Gegebenheiten abgestimmt werden.

## 6 Vorlagen für die Praxis

Die Zusammenarbeit der Institutionen im Altersbereich, basierend auf der Methode des Case Management, baut auf einem einheitlichen Vorgehen auf.

Die nachfolgend aufgeführten Unterlagen zu jedem Schritt des Case Managements Prozesses, sind als Hilfsmittel für die Umsetzung in der Praxis gedacht. Es steht den Institutionen und Organisationen offen, wieweit sie Anpassungen darin vornehmen.

Um ein möglichst einheitliches Vorgehen zu erreichen, wäre es jedoch sinnvoll, die Strukturen der Dokumente zu belassen und lediglich Änderungen im kleinen Rahmen vorzunehmen.

Die Vorlagen sind nicht geschützt. Sie können kopiert werden und stehen auf der Homepage [www.altersforum.ch](http://www.altersforum.ch) unter aktuelles zur Verfügung.

## 1 Grundberatung

In der Grundberatung wird von der Beratungsperson mit der Klientin/dem Klienten den Entscheid zur interdisziplinären Zusammenarbeit gefällt. Wenn Menschen mit komplexen sozialen und psychischen Problemen begleitet werden, ist ein gut abgestimmtes Unterstützungssystem zentral. Sollte der Koordinationsbedarf hoch und die Gefahr der Fragmentierung in der Behandlungskette erkennbar sein, ist eine Helferkonferenz einzuberufen.

Zu klären ist:

Wer ist bereits involviert und leistet Hilfestellungen (im medizinischen, sozialen, beruflichen Bereich) bei der Problemlösung und Zielerreichung?

### **Klientin/Klient:**

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

### **Beratungsperson:**

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer

Datum

### **Fakten zur Situation Fragestellung – Problemstellung:**

<b>Unterstützungssystem</b>		
<b>Non-professionelle Helferinnen/Helfer</b>		
<b>Name/Institution</b>	<b>Funktion/Art der Hilfe</b>	<b>seit wann</b>

<b>Professionelle Helferinnen/Helfer</b>		
<b>Name/Institution</b>	<b>Funktion/Art der Hilfe</b>	<b>seit wann</b>

**Meinungen, Anliegen der Klientin/des Klienten:**

**Helferkonferenz – Teilnehmende:**

**Einberufen durch:**

**Datum der ersten Sitzung:**

**Besprochen mit der Klientin/des Klienten:**

**Datum:**

Zusätzliche Bemerkungen:



Soziale Beziehungen	
---------------------	--

Vorhandene Ressourcen	Benötigte/zu fördernde Ressourcen
Biographie	
Kultureller Hintergrund (soziale Kontakte, Religion, Zugehörigkeit)	
Sachkompetenz (Situationskenntnis, Lösungsvorstellungen, Ziele, Motive, Werte, Normen)	
Sozialkompetenz (Kommunikations-, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit)	
Selbstkompetenz (Selbstwertgefühl, Bewältigungsmuster, Einschätzung des eigenen Einflusses)	
Macht (Einfluss durch Klient/in und Dritte, Abhängigkeiten)	
Werte, ethische Ansprüche	



<b>Ziel</b>	
<b>Massnahmen</b>	
<b>Indikatoren zur Zielüberprüfung</b>	
<b>Termin</b>	<b>Verantwortung</b>

<b>Ziel</b>	
<b>Massnahmen</b>	
<b>Indikatoren zur Zielüberprüfung</b>	
<b>Termin</b>	<b>Verantwortung</b>

Zusätzliche Bemerkungen:

#### 4 Beobachten und Bewerten

Mit der Umsetzung der Massnahmen ist die Aufgabe der Helferkonferenz nicht beendet. Vielmehr muss der gesamte Versorgungsverlauf überwacht und Sorge dafür getragen werden, dass dem sich möglicherweise wandelnden Bedarf der Klientin/des Klienten kontinuierlich entsprochen wird.

<p><b>Klientin/Klient:</b></p> <p><b>Koordinatorin/Koordinator:</b></p> <p><b>Teilnehmende Helferkonferenz:</b></p>    <p><b>Datum:</b></p>
---

#### Kontinuierliche Überprüfung des Hilfeprozesses (Formative Evaluation)

<b>Welche Massnahmen erweisen sich als wirkungsvoll im Hinblick auf die Zielerreichung?</b>

<b>Welche Interventionen sind notwendig?</b>		
<b>Intervention</b>	<b>Durch wen</b>	<b>Bis wann</b>

<b>Zeitaufwand</b>	<b>Stunden</b>
<b>Besprechung mit Klientin/Klient</b>	
<b>Besprechung mit Helferkonferenz</b>	
<b>Zeitaufwand mit anderen Stellen</b>	
<b>Zeitaufwand Vor-/Nacharbeit</b>	
<b>Zeitaufwand Administration</b>	
<b>Total</b>	

Zusätzliche Bemerkungen:

### **5 Abschluss des Hilfeprozesses**

Der Abschluss des Hilfeprozesses umfasst die subjektive Einschätzung des Prozesses durch alle Beteiligten. Die Erhebung des zeitlichen Aufwandes sind für die Teilnehmenden der Helferkonferenz wichtige Informationen und Planungsmittel

**Klientin/Klient:**

**Koordinatorin/Koordinator:**

**Teilnehmende Helferkonferenz:**

**Datum:**

### **Abschluss des Hilfeprozesses (Summative Evaluation)**

**Gründe für den Fallabschluss**

**Einschätzung des Unterstützungs-Prozesses durch Helferkonferenz:  
Sind die Ziele erreicht worden?**

**Einschätzung des Unterstützungs-Prozesses durch Klientin/Klient:  
Wie hat sich die persönliche Situation verändert?**

<b>Zeitaufwand</b>	<b>Stunden</b>
<b>Besprechung mit Klientin/Klient</b>	
<b>Besprechung mit Helferkonferenz</b>	
<b>Zeitaufwand mit anderen Stellen</b>	
<b>Zeitaufwand Vor-/Nacharbeit</b>	
<b>Zeitaufwand Administration</b>	
<b>Total</b>	
<b>Gewinn und Nutzen durch ZIA:</b>	

Zusätzliche Bemerkungen:

## 7 Merkblatt Schweigepflicht und Zusammenarbeit im Unterstützungssystem

### Grundlage

Seit 1.1.2005 ist das neue **Patientinnen- und Patientengesetz** in Kraft. Neben anderen Themen sind auch die Aspekte von Informations- und Schweigepflicht geregelt. Das Gesetz gilt für Spitäler (ambulante und stationäre Behandlung) und auch für Alters- und Pflegeheime. Eine sinngemässe Übertragung auf sonstige ambulante Behandlungssettings ist natürlich sinnvoll und angemessen.

Grundsätzlich werden die Rechte der Patienten gestärkt und die Ärzte/Betreuer zu einer partnerschaftlichen Kommunikation aufgefordert. Dieses Prinzip kann übertragen werden auf die Zusammenarbeit von Betreuern in einem Unterstützungssystem/Betreuungsnetz.

Im Gesetz heisst es in § 2: „Als Bezugspersonen gelten die von urteilsfähigen Patientinnen und Patienten bezeichneten Personen.“ Damit sind auch die in einem geregelten Unterstützungssystem arbeitenden Personen gemeint.

Zur Information an Dritte heisst es in § 14: „Das Einverständnis für Informationen über den Gesundheitszustand an die gesetzliche Vertretung, die Bezugspersonen sowie ... (Ärzte) wird vermutet, ausser die Patientin oder der Patient äussert sich dagegen.“

### Handlungsempfehlungen

- Es ist immer zu beachten, dass der Patient Auftraggeber der Behandlung und der Informationen ist.
- Bzgl. Passus „**Zustimmung wird vermutet**“ im Gesetzestext: Dies bedeutet, dass nicht immer und jedes Mal neu eine schriftliche Einwilligung braucht. Dies korrespondiert mit dem gesunden Menschenverstand, mit der spezifischen Situation (z.B. Patient im Spital, dem es plötzlich schlechter geht: die entsprechende Information an die Angehörigen ist selbstverständlich).  
Die „**stillschweigende Zustimmung**“ ist eine andere, rechtlich genau so verbindliche Form wie die schriftliche Zustimmung.
- Es ist sinnvoll, in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Patienten und allen beteiligten Betreuungspersonen abzumachen, dass Informationen ausgetauscht werden, resp. wer wem wann welche Information weiter gibt. Diese Abmachung sollte genügen, sodass der Patient nicht bei jeder Information um schriftliche Erlaubnis gefragt werden muss.
- Es ist genau darauf zu achten, was wem zu welchem Zweck kommuniziert wird: Die Information muss zum aktuellen Problem passen. Es ist nicht statthaft, Informationen weiter zu geben, die nichts mit dem aktuellen Problem zu tun haben. Es besteht also auch die Pflicht, Informationen zurückzuhalten: nicht plaudern, sondern gezielt kommunizieren!
- Sobald eine Betreuungsperson einer Betreuung zustimmt, ist sie zur Kommunikation verpflichtet.  
Es gibt also eine **Schweige- und Informationspflicht!** Und es ist abzuwägen, welche Information in welcher Situation sinnvoll ist. (Bsp.: Arzt verändert Medikamentendosis: er muss die Spitex darüber informieren)

- Wenn der Patient einverstanden ist, dass eine Betreuungsperson gewisse Informationen bei einer anderen Betreuungsperson einholt, ist diese verpflichtet, die betreffenden Informationen zu geben. Das Zurückhalten der Information mit der Begründung der Schweigepflicht ist in diesem Fall nicht statthaft. **Der Patient ist Herr über die Informationen.** Er kann die Betreuungs- / Behandlungspersonen zur Information oder zum Schweigen verpflichten. Ihm ist „Willkür“ erlaubt, den Betreuungspersonen nicht. Es ist nicht nur schlechter Stil, sondern widerspricht auch dem Sinn des Gesetzes, wenn sich Behandler / Betreuer hinter der Schweigepflicht „verstecken“.
- **Wenn der Patient die Kommunikation im Unterstützungssystem ausdrücklich verbietet**, ist das verbindlich, ausser es gehe um Leben und Tod oder es sei Gefahr in Verzug.  
Die Betreuungs- oder Behandlungsperson muss dem Patienten erklären, welche Konsequenzen die fehlende Kommunikation für ihn hat. Zudem kann die Betreuungs- oder Behandlungsperson die Weiterbehandlung in Frage stellen, wenn sie für eine adäquate Betreuung auf gewisse Informationen angewiesen ist.  
  
Wenn irgend möglich sollte der Patient immer nachträglich informiert werden, wenn ein Informationsaustausch stattgefunden hat. Wer hat warum was mit wem besprochen. Nur dann bleibt der Bereuungsprozess auch für den Patienten nachvollziehbar.
- **E-Mail und Datenschutz:**  
Im E-Mail-Verkehr sind nur Kürzel für Patienten zu verwenden, nie ganze Namen.
- **Anfragen von Versicherungen, Arbeitgebern etc.:**  
Es ist sinnvoll, mit dem Patienten zu vereinbaren, welche Aussagen die Betreuungsperson macht. Falls der Patient die Auskunft verweigert, darf die Betreuungsperson der Versicherung, dem Arbeitgeber etc. sagen, dass der Patient die Zustimmung zur Auskunft nicht erteilt hat.

Zusammengestellt von der Arbeitsgruppe „Schweigepflicht im Helfernetz“ des Forums für Sozialpsychiatrie Winterthur.

Stand: April 2005

## 8 Leitlinien in der Zusammenarbeit von professionellen und nicht-professionellen HelferInnen bei psychisch kranken Menschen

Die folgenden Leitlinien, zusammengestellt vom Forum Sozialpsychiatrie, können für die Zusammenarbeit im Unterstützungssystem förderlich sein:

- **Grundhaltung** unter den Professionellen: Die Zusammenarbeit unter den professionellen HelferInnen soll von Offenheit, Transparenz und gegenseitigem Wohlwollen geprägt sein. Das gemeinsame Ziel ist das Wohl des Klienten, ausgehend von seinen Zielen und Bedürfnissen.
- **Netzwerk-Klärung:** In einem grösseren Unterstützungssystem ist die Information und Klärung unter den Professionellen bezüglich Rolle (Status, Funktion), Aufgabe, Kompetenzen und Verantwortung in Bezug auf den Klienten wichtig. Damit können Missverständnisse, Doppelspurigkeiten, Konkurrenz- oder Erwartungshaltung verhindert werden.
- Die Funktion und Rolle des/der **KoordinatorIn** muss jedoch von allen im Unterstützungssystem, auch dem Klienten, anerkannt werden, damit die Umsetzung optimal funktioniert. Die KoordinatorIn ist verantwortlich für den Informationsfluss, die Planung und Durchführung von Helferkonferenzen/ Standortgesprächen, die Koordination, Organisation und Sicherung der erforderlichen Hilfeleistungen mit dem Unterstützungssystem. Idealerweise ist sie eine Bezugsperson des Klienten und gewährleistet dadurch die Beziehungskontinuität.
- Die **relevanten sozialen und medizinischen Informationen** zur Klienten-Situation sollen im Unterstützungssystem ausgetauscht werden – und zwar bezogen auf die Ziele des Klienten. Dazu gehört die Erfassung aller im Netzwerk beteiligten HelferInnen. Die Entbindung der Schweigepflicht soll eingesetzt werden, um relevante Informationen von weiteren HelferInnen zu erhalten. Siehe auch Merkblatt Schweigepflicht und Zusammenarbeit im Unterstützungssystem.
- **Helferkonferenzen** gemeinsam mit dem Klienten können die Zusammenarbeit im Unterstützungssystem optimieren. Sie sollen gezielt und angemessen eingesetzt werden (Zeitressourcen). Klärung von Zielen, Ressourcen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Zeitplan sind Inhalt von Helferkonferenzen. Für die Leitung/Moderation der Helferkonferenz soll eine Person oder der/die KoordinatorIn verantwortlich sein. Absprachen werden protokolliert und an alle abgegeben.
- **Krisenbewältigung:** Früherkennung fördern (Bogen) – Frühwarnzeichen und mögliche Bewältigungsstrategien von KlientInnen erfassen lassen. Einen „Fahrplan“ für die Krisenintervention im Notfall gemeinsam ausarbeiten und dabei das Unterstützungssystem angemessen einbeziehen.