

Eva Maria Schmitt

Case Management in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung

**Untersuchung eines Case Management-Projekts zur Verbesserung der
gerontopsychiatrischen Versorgung im Rahmen eines ambulanten Pflegedienstes**

Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Philosophie (Dr. phil.)

im Fachbereich Sozialwesen – Soziale Gerontologie

der Universität Kassel

Tag der mündlichen Prüfung: 08.11.2006

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Dissertation angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Kein Teil dieser Arbeit ist in einem anderen Promotions- oder Habilitationsverfahren verwendet worden.

*Meiner Großtante Anna Lehr (1899-1982) gewidmet, die ein gütiges und
eigensinniges Alter lebte.*

Danksagung

Mein Dank gilt:

Prof. Dr. Fred Karl und Prof. Dr. Hartmut Radebold für ihre langjährige Geduld und Unterstützung,

Holger Gerecke von der ehemaligen Berliner Senatsverwaltung für Soziales dafür, dass er das Case Management-Projekt ermöglicht hat,

Frau Fehrmann, die mit großem Einsatz im Case Management-Projekt arbeitete,

meinen Kolleginnen im Institute On Aging Research Center in San Francisco und im Geriatric Resource Center der University of California, San Francisco für ihre kontinuierliche Aufmunterung,

Frau Martina Junk für ihre Korrekturen,

meinen Eltern für ihr Dasein,

ganz besonders meinem Mann Tim Stone für all den Mut, den er mir zusprach, und unserem Sohn Aaron dafür, dass er geduldig auf die Fertigstellung der Arbeit wartete.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
Abstract.....	4
Teil I	5
1. Hintergrund.....	5
1. 1. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter in Deutschland.....	5
1.1.2. Krankheitsbilder und Risikofaktoren von gerontopsychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen	7
1.2. Theoretische Grundlagen	11
1.2.1. Kontrollforschung.....	14
1.2.2. Ökogerontologische Modelle.....	16
1.3. Gerontopsychiatrische Interventionen.....	25
1.3.1. Psychotherapeutische Verfahren.....	26
1.3.2. Spezielle Interventionen bei Demenzkranken.....	27
1.4. Versorgungsstrukturen der Gerontopsychiatrie.....	29
1.4.1. Stationäre Einrichtungen	30
1.4.2. Teilstationäre Einrichtungen.....	30
1.4.3. Ambulante Versorgung.....	31
1.4.4. Modelle und Projekte zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung	36
1.5. Case Management	39
1.5.1. Entstehungsgeschichte von Case Management in den USA, Großbritannien und der BRD.....	40
1.5.2. Definitionen von Case Management.....	44
1.5.3. Grundfunktionen und methodische Komponenten von Case Management.....	45
1.5.4. Case Management mit psychisch kranken Menschen.....	49
1.5.5. Forschungsstand zum Case Management mit psychisch kranken älteren Erwachsenen	54
1.6. Zusammenfassende Begründung der Notwendigkeit einer Fortentwicklung von ambulanten Pflegeeinrichtungen im gerontopsychiatrischen Bereich mit Case Management.....	61
1.7. Forschungsfragestellungen.....	63
Teil II.....	65
2. Das Projekt Unterstützung psychisch kranker alter Menschen und ihrer Angehörigen im ambulanten Bereich durch Case Management.....	65
2.1. Projektanstellungsträger Diakonie-Station Britz-Buckow	66
2.1.1. Demographische Daten zum Einzugsgebiet der Sozialstation.....	66
2.1.2. Organisationsstruktur der Sozialstation	66
2.2. Projektablauf	67
2.2.1. Finden, Auswahl und Aufnahme von Klientinnen.....	67
2.2.2. Aufnahme- und Ausschlusskriterien.....	67
2.3. Zeitlicher Rahmen und geplante Aufnahmekapazität	68
2.4. Aufgaben der Case Managerin	68
2.4.1. Aufbau einer Beziehung zu den Klientinnen und individuelle Einschätzung.....	68
2.4.2. Erstellung und Umsetzung eines Betreuungsplanes	69
2.4.3. Monitoring und Beendigung des Kontaktes mit Klienten.....	69
2.4.4. Dokumentation	70
2.5. Ausbildung der Case Managerin	70
2.6. Wissenschaftliche Begleitung	70
2.7. Begründung und Diskussion des Projektdesigns.....	71
3. Methoden und Datenanalyse.....	72
3.1. Beschreibung des Projektverlaufs bei den einzelnen Klientinnen.....	72
3.2. Analyse des Projektverlaufs	73

3.3. Vergleich der Projektteilnehmerinnen mit Klientinnen in gängiger Versorgung.....	75
3.3.1. Rekrutierung von Interventions- und Vergleichsgruppe.....	77
3.3.2. Vermittlung von Klienten und Administration des NOSGER-Fragebogens	77
3.3.3. Datenanalyse.....	78
3.4. Angehörigenbefragung.....	78
4. Ergebnisse.....	79
4.1. Stichprobenbeschreibung	79
4.2. Beschreibung des Projektverlaufs bei den einzelnen Klientinnen.....	79
4.2.1. Frau A.....	79
4.2.2. Frau B.....	82
4.2.3. Frau C.....	85
4.2.4. Frau D.....	87
4.2.5. Frau E.....	91
4.2.6. Frau F.....	93
4.2.7. Frau G.....	97
4.2.8. Frau H.....	99
4.2.9. Frau I.....	102
4.2.10. Frau K.....	104
4.2.11. Frau L.....	107
4.2.12. Frau M.....	111
4.2.13. Frau O.....	115
4.2.14. Frau P.....	116
4.3. Vermittlungsgründe und Arbeitsinhalte der Case Managerin	120
4.3.1. Gründe für die Vermittlung der Klientinnen	120
4.3.2. Inhalte der ersten Kontakte zwischen Case Managerin und Klientinnen.....	123
4.3.3. Berücksichtigung der Individualität der Klientinnen im Projektverlauf.....	125
4.3.4. Kontakte zu Angehörigen und Ehrenamtlichen	129
4.3.5. Vermittlung und Koordination von professionellen Dienstleistungen.....	132
4.3.6. Anleitung der Hauspflegerinnen.....	135
4.3.7. Monitoring und Reassessment	138
4.3.8. Abbrüche der Projektarbeit, versäumte Gelegenheiten und Mangel an verfügbaren Diensten.....	140
4.4. Erweiterung der Einflussmöglichkeiten der Klientinnen	144
4.4.1. Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten bei Klientinnen, die Hilfeleistungen kritisierten, ablehnten oder ihre Selbstständigkeit betonten.....	145
4.4.2. Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten zur Erhaltung der Fähigkeiten und Anregung von Klientinnen.....	146
4.4.3. Zusammenfassung und Kommentar	146
4.5. Wirkungen.....	147
4.5.1. Vergleich der NOSGER-Einschätzung von Interventions- und Vergleichsgruppe Ergebnisse der NOSGER-Messung	147
4.5.2. Wirkungen des Projekts auf Angehörige	150
Teil III.....	153
5. Diskussion der Ergebnisse und des weiteren Forschungsbedarfs.....	153
5.1. Analyse der Arbeitsinhalte und der sozio-räumlichdinglichen Umwelthanpassung des Case Managements	153
5.2. Maßnahmen zur Erweiterung der Kontrolle der Klientinnen.....	159
5.3. Wirkungen.....	160
5.4. Limitationen und Methodenkritik	161
5.5. Abschließende Diskussion und aktueller Bezug	162
Literaturverzeichnis	164
ANHANG A.....	173
ANHANG B	175

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird ein am Strengths-Modell orientiertes Case Management-Projekt zur Prozess- und Ergebnisoptimierung der bereits bestehenden ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur untersucht. Dazu arbeitete eine Krankenpflegerin mit psychiatrischer Fachausbildung in einer Berliner Sozialstation auf Basis einer professionellen Beziehung für 4-6 Wochen bei Klientinnen mit gerontopsychiatrischen Problemlagen, erstellte ein Assessment, leistete notwendige Unterstützung zunächst selbst, vermittelte gestützt auf die eigenen Erfahrungen weiterführende Dienste, leitete diese Dienste an, zog sich dann aus dem direkten Kontakt mit den Klientinnen zurück und blieb beratend für die weiterführenden Dienste verfügbar.

Zur Untersuchung des Projekts wurden qualitative und quantitative Verfahren eingesetzt. Zur Beschreibung der Inhalte wurden die für jede Klientin verfasste Dokumentation und die Ergebnisse von grob strukturierten Interviews mit der Case Managerin, angelehnt an eine reduzierte Form der Methode Grounded Theory, in einem iterativen Prozess analysiert. In einem zweiten Schritt wurde dann untersucht, inwieweit die einzelnen Arbeitsinhalte des Case Managements die sozial-räumlichdingliche Umwelanpassung und Proaktivität der Klientinnen unterstützten. Die Wirkungen des Projektes auf Kognition, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL), Stimmung sowie soziales und störendes Verhalten wurden mittels eines standardisierten Fragebogens mit einem quasi-experimentellen prospektiven Untersuchungsdesign analysiert. Zur Analyse der subjektiven Wirkung des Projektes auf Angehörige wurden in den Ergebnissen von grob strukturierten Interviews mittels eines iterativen Prozesses Themen identifiziert.

Die Klientinnen (n=11) erhielten durchschnittlich 23 Stunden Case Management. Neben den typischen Case Management-Aufgaben führte die Case Managerin, basierend auf den Gewohnheiten, Interessen und Selbsteinschätzungen der Klientinnen, therapeutische und pflegerische Maßnahmen durch und unterstützte dabei die sozial-dinglichräumliche Umwelanpassung und Proaktivität der Klientinnen. Zusätzlich wurden Hauspflegerinnen von der Case Managerin individuell in der Wohnung von Klientinnen hinsichtlich der Kommunikation mit und Unterstützung der Proaktivität von Klientinnen angeleitet. Die Hauspflegerinnen führten die von der Case Managerin eingeleiteten Maßnahmen erfolgreich fort. Bei den Klientinnen zeigten sich signifikante Verbesserungen in Gedächtnis, Stimmung, IADL-Funktionen und Sozialverhalten, aber nicht in ADL-Funktionen und störendem Verhalten. Diese Verbesserungen wurden subjektiv von den Angehörigen (n=7) bestätigt. Zusätzlich empfanden Angehörige eine zeitliche aber keine psychische Entlastung.

Mit diesem Projekt wurde gezeigt, dass ein zeitlich begrenztes klientenzentriertes Case Management kognitive, soziale und emotionale Funktionen von gerontopsychiatrisch Erkrankten verbessert, Angehörige zeitlich entlastet und dass Hauspflegerinnen bei entsprechender Anleitung die vom Case Management eingeleiteten Maßnahmen fortführen können. In Folgestudien mit größerem Umfang sollten diese Ergebnisse überprüft werden um dann zu entscheiden, ob dieser Ansatz geeignet ist, die ambulante gerontopsychiatrische Versorgung gemeindenah zu verbessern.

Abstract

This study evaluates the process and outcomes of a strengths-based case management project that was integrated into an existing care delivery system for community dwelling clients with gero-psychiatric problems. To this end, a psychiatric nurse case manager in a home care agency in Berlin, Germany, developed a professional relationships with gero-psychiatric clients, assessed and worked for 4-6 weeks with the clients, provided care initially herself, coordinated (based on her experience) long term care services, provided training for these services, gradually ended the contact to the clients and continued to provide counseling for the long term services.

Quantitative and qualitative methods were used for this project evaluation. Based on a modified form of the method grounded theory and in an iterative process, the case manager's documentation and semi-structured interviews with the case manager were analyzed. Further, it was examined how the case manager supported the clients' proactivity and social-physical environment adaptation. With a quasi-experimental research design, and using a standardized test, the project's impact on cognitive function, activity of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL), mood and social and disruptive behavior was analyzed. Family caregivers' perception of the projects' impact was assessed with semi-structured interviews, and in an iterative process themes were identified.

On average, the clients in the intervention group (n=11) received 23 hours of case management. In addition to the typical case management responsibilities (and based on clients' habits, interests, and self-assessment), the case manager provided rehabilitative care and supported the clients' proactivity and social-physical environment adaptation. Further, the case manager individually trained paraprofessional home care workers in how to communicate with and how to support the proactivity of clients. The paraprofessional home care workers successfully continued the rehabilitative care initiated by the case manager. The clients in the intervention group improved significantly in cognitive functions, mood, IADL function and social behavior, but not in ADL functioning and disruptive behavior. Clients' family caregivers (n=7) perceived similar improvements. In addition, family caregivers reported a reduction in the time spend caring for their relative but no relief of their emotional burden associated with the caregiving.

This study revealed that a time limited, client centered case management approach improves cognitive, social and emotional functioning of clients with gero-psychiatric problems, reduces caregivers' time spent with their relative and demonstrated that trained paraprofessional home care workers are able continue the rehabilitative care initiated by the case manager. Future larger studies are needed to test the feasibility of this model for improving community services for community dwelling clients with gero-psychiatric problems.

Teil I

1. Hintergrund

1. 1. Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter in Deutschland

Nach der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 ein Drittel der deutschen Bevölkerung 60 Jahre und älter sein. (Statistisches Bundesamt, 2003). Als Gründe für diese Entwicklung gelten der Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich im letzten Jahrhundert fast verdoppelt. Während im Jahr 1900 die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für Männer 41 Jahre und für Frauen 44 Jahre betrug, lag im Jahr 1999-2001 die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt für Männer bei 75 Jahren und für Frauen bei 81 Jahren (Bickel, 2003; Statistisches Bundesamt, 2003; Helmchen und Kanowski, 2001). Mit diesen Bevölkerungsentwicklungen einhergehend ist auch eine Zunahme der Hochaltrigkeit. Während zurzeit in Deutschland 3,6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter sind, werden in zwanzig Jahren voraussichtlich 6,3 % und im Jahr 2050 11 % 80 Jahre und älter sein (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002).

Mit dem Anstieg des Anteils der Älteren und der Hochaltrigen in der Gesamtbevölkerung wird auch die absolute Häufigkeit der psychischen Alterserkrankungen wachsen (Helmchen und Kanowski, 2001). In der Berliner Altersstudie (BASE) zeigte knapp die Hälfte (44 %) der 70-jährigen und älteren Westberliner keinerlei psychische Störungen, ein Viertel (24 %) war eindeutig psychisch krank und das restliche knappe Drittel setzte sich aus Trägern psychopathologischer Symptome ohne Krankheitswert (16 %) und psychischer Störungen mit Krankheitswert (17 %) zusammen (Helmchen et al., 1996). Die psychischen Störungen mit Krankheitswert erfüllen zwar nicht die Kriterien für operationalisierbare Diagnosen, zeigen jedoch Auswirkungen auf Indikatoren der Gesundheit und werden auch unter dem Begriff „subdiagnostische psychiatrische Morbidität“ zusammengefasst (a. a. O).

In fünf regionalen Studien lagen die Prävalenzen von Neurosen (vor allem Depressionen) und Persönlichkeitsstörungen zwischen 8,7 % und 11,6 % und von funktionellen Psychosen zwischen 1,3 % und 3,4 %. Die Prävalenzrate von mittelschweren und schweren Demenzen lag zwischen 9,2 % und 3,5 % und bestätigt die Ergebnisse von internationalen Studien. Die Prävalenzrate von leichten Demenzen lag zwischen 4,7 % und 5,4 %, Angaben, die, mangels einheitlicher Kriterien, nicht mit internationalen Studien verglichen werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 153; Tabelle 1). Die Prävalenzrate der Demenz nimmt mit zunehmendem Alter exponentiell zu (Tabelle 2.). Bei den unter 65- bis 69-Jährigen liegt die Erkrankungsrate bei 1,2 % und bei den 90-Jährigen und Älteren bei 34,6 % (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002). Die Inzidenzrate für die Altenbevölkerung insgesamt liegt bei 1,5-2 % und nimmt auch in den höchsten Altersstufen noch zu. Somit ist nicht davon auszugehen, dass ab einem bestimmten Alter die Risikoperiode, an Demenz zu erkranken, durchschritten ist (Bickel, 2003).

Tabelle 1. Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen in Deutschland.

Autoren/Ort	N (Alter)	Mittelschwere und schwere Demenzen	Leichte Demenzen	Funktionelle Psychosen	Neurosen Persönlichkeits- störungen u. a.	Gesamt
				Angaben in %		
Krauss et al., 1977, Göttingen	350 (70+)	7,6	5,4	3,0	9,6	25,6
Cooper, B. und Sosna, 1983, Mannheim	519 (65+)	6,0	5,4	2,2	10,8	24,4
Weyrer und Dilling, 1984, Oberbayer	295 (65+)	3,5	5,0	3,4	10,2	23,1
Fichter, M. M., 1990 Oberbayer	358 (65+)	8,7	-	1,7	8,7	22,9
Helmchen et al., 1996, Berlin	516 (70+)	9,2	4,7	1,3	11,6	23,5

Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 153.

Tabelle 2. Prävalenzen von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland.

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate	Schätzungen der Krankenzahl
65-69	1,2	50.000
70-74	2,8	94.000
75-79	6,0	136.000
80-84	13,3	225.000
85-89	23,9	253.000
90 und älter	34,6	142.000
65 und älter	7,2	900.000

Quelle: Bickel, 1999, in Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002, S. 167.

Nach den demenziellen Syndromen zählen Depressionen zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter, wobei die Prävalenzzahlen von Diagnosekriterien abhängen und entsprechend schwanken. Mittelschwere, schwere und leichte Depressionen zusammengefasst haben eine Prävalenzrate von 10-27 % (Bickel, 2003; Helmchen und Kanowski, 2001). Im Gegensatz zu den Demenzraten steigen die Prävalenzraten von Depressionen mit zunehmendem Alter nicht. Außerdem schwächt sich die depressive Symptomatik bei Älteren zu einer leichten Depressionsform, auch subsyndromale Depression genannt, ab. Ähnlich wie bei Jüngeren, treten Depressionen im Alter bei Frauen fast doppelt so häufig auf wie bei Männern. Im Gegensatz zur Demenz sind Depressionen altersunabhängig, jedoch im Alter mit einem erhöhten Risiko von Selbstständigkeitsverlust verbunden (Radebold, Hirsch, Kipp, Kortus, Stoppe, Struwe, Wächtler, 1997). Die Inzidenzrate wird zwischen 1 und 3 % vermutet, ist jedoch wegen des rezidivierenden Verlaufs und Intensitätsschwankungen ungenau (Bickel, 2003). Angststörungen, einschließlich Phobien, Panikstörungen und Zwangsstörungen haben bei über 65-Jährigen eine Prävalenz von 5-10 %. Ebenso wie bei den Depressionen treten Angsterkrankungen bei Frauen häufiger auf als bei Männern (Helmchen, Kanowski, 2001). Die Prävalenzrate von paranoid-halluzinatorischen Syndromen wird mit 1-2,5 % angegeben und ist vermutlich ungenau, da die Angaben sich einerseits auf Prävalenzraten in Institutionen beziehen, die vermutlich höher sind als in der Allgemeinbevölkerung, und andererseits paranoid-halluzinatorische Syndrome infolge von sensorischen Defiziten, kognitiven Beeinträchtigungen und affektiven Störungen nicht berücksichtigen. Die Prävalenzrate von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch ist geschlechtsabhängig und geht mit dem Alter zurück. Die Angaben schwanken und die Alkoholmissbrauchsrate liegt bei über 60-jährigen Männern zwischen 10 und 20

% und bei über 60-jährigen Frauen bei 1-10 %. Die Alkoholabhängigkeitsrate liegt bei den über 60-jährigen Männern bei 2-3 % und bei den bei über 60-jährigen Frauen bei 0,5-1 % (Helmchen, Kanowski, 2001).

Zusätzlich zu den eindeutig psychischen Erkrankungen sind im Rahmen von epidemiologischen Untersuchungen konflikthafte Krankheitsverarbeitungen von primär körperlich Erkrankten und sich körperlich äußernden psychischen Konflikten zu berücksichtigen. Eine Befragung von Internisten und Allgemeinmedizinern und eine Untersuchung in einem geriatrischen Akutkrankenhaus belegen einen Anteil psychiatrischer Erkrankungen von 15-20 %. Zusätzlich zeigte eine Untersuchung in einer Memory Clinic, dass ein Viertel der wegen Verdachts auf Gedächtnisstörung Untersuchten unter einer Neurose, akuten Belastungsreaktionen oder Persönlichkeitsstörungen litt (Heuft, Radebold, 1999). Auf pharmakoepidemiologische Daten wird hier wegen ihrer Ungenauigkeit nicht näher eingegangen.

Nicht nur die Häufigkeit der psychiatrischen und psychosomatischen Störungen im Alter stellt bereits heute eine große Herausforderung an die Behandlung und Unterstützung der Erkrankten dar, sondern auch die häufig vorliegende Multimorbidität, also das Vorhandensein von mehreren voneinander abhängenden oder unabhängigen, aber gleichzeitig auftretenden Erkrankungen (Lang, 1999).

1.1.2. Krankheitsbilder und Risikofaktoren von gerontopsychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen

Im Folgenden wird auf Risikofaktoren und Symptome der häufigsten gerontopsychiatrischen Erkrankungen, einschließlich Demenz, Depressionen, paranoide Störungen und Angst-Störungen, sowie auf psychosomatische Störungen eingegangen.

Demenz

Die Ergebnisse einer groß angelegten Metaanalyse bestätigten, dass Alter das Hauptrisiko für Demenz einschließlich Alzheimer-Demenz ist. Der Studie zufolge haben Frauen ein höheres Risiko, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken; ein Effekt, der durch die höhere Lebenserwartung von Frauen bedingt ist, und Männer haben ein höheres Risiko, an einer vaskulären Demenz zu erkranken. Weitere Risikofaktoren, an einer Alzheimer- Demenz zu erkranken, sind Rauchen und schlechte Ausbildung. Effekte, die für die Bildung eines allgemeinen Demenzsyndroms weniger ausgeprägt waren, Schädel-Hirntraumata oder eine positive Familienanamnese, hatten bei dieser Analyse keinen Einfluss auf das Demenzrisiko. Risikofaktoren für die Entwicklung von vaskulären Demenzen sind Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Artheromatose und andere Gefäßerkrankungen. Zusätzlich erhöhen depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte das Risiko, an Demenz zu erkranken. Zwillingsstudien mit Konkordanzraten von 40-50 % für die Alzheimer-Krankheit bei eineiigen Zwillingen und Raten zwischen 10-50 % für dizygote Zwillinge belegen einerseits die Relevanz von genetischen Faktoren zur Ausbildung einer Demenz und gleichzeitig die eindeutige Bedeutung der Umwelt.

Als protektive Faktoren gegen Demenz gelten Isoformen des Apolipoproteins E, Östrogen und höhere Bildung. Und einigen Untersuchungen zufolge haben soziale Kontakte eine kognitionsfördernde bzw. -erhaltende Wirkung. Zwischen 10 und 20 % aller Demenzen werden einer vaskulären Demenz und weitere 20 % einer Mischung aus vaskulärer und Alzheimer-Demenz zugeordnet. Die mittlere Lebenserwartung nach Diagnosestellung ist bei vaskulären Demenzen mit 4 Jahren niedriger als bei der Alzheimer-Demenz mit fünf bis acht Jahren (Förstl, Lauter und Bickel, 2001; Förstl, 2003).

Die Diagnose einer Demenz im Frühstadium ist wegen unterschiedlicher Kriterien und Abgrenzungsproblemen zwischen normal leichten und pathologisch leichten kognitiven Defiziten schwierig. Als Anzeichen einer Demenz nach ICD-10 gelten bedeutsame längerfristige (> 6 Monate) Abweichungen der kognitiven Leistungen (Gedächtnis, Urteilsfähigkeit und Denkvermögen) von der Altersnorm, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs oder Sozialverhaltens (emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergröberung des Sozialverhaltens) und fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrheitszustand. Neben subjektiven Angaben der Patienten und einer Befragung von Angehörigen sind kognitiver Leistungstest, körperliche Untersuchung, Laborwerte je nach Ergebnis der körperlichen Untersuchung und kraniales Computertomogramm oder Kernspintomogramm zur differenzialdiagnostischen Abklärung notwendig (a. a. O.).

Als Reaktion auf ihre Defizite können Demenzkranke mit depressiven Reaktionen und Angstgefühlen reagieren. Im Anfangsstadium versuchen die Erkrankten, ihre Defizite zu kompensieren und mit zunehmendem Schweregrad nehmen sie ihre Einschränkungen immer weniger wahr oder leugnen sie. Diese mangelnde Krankheitseinsicht kann die Behandlung und Betreuung der Erkrankten erheblich behindern und zu schneller Verschlechterung und Heimeinweisung führen. Demenzen gelten als Hauptgrund für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit und für eine Heimaufnahme. Unter den Schwerstpflegebedürftigen liegt der Anteil der an Demenz Erkrankten zwischen 50 und über 70 % (Bickel, 2003; Hirsch, 1994; Weyerer, 2005).

Im präklinischen Stadium der Alzheimer-Demenz treten Schwierigkeiten beim Speichern neuer Informationen, beim planvollen Handeln oder dem Rückgriff auf semantische Gedächtnisinhalte auf. Die Aktivitäten des täglichen Lebens können uneingeschränkt bewältigt werden, Gedächtnislücken werden kompensiert, schwierigen Aufgaben wird ausgewichen und Probleme werden vertuscht. Im leichten Demenzstadium verstärken sich Defizite beim Lernen und Erinnern und die Defizite beeinträchtigen die Bewältigung des Alltags vor allem bei bürokratischen und finanziellen Angelegenheiten. Obwohl das Vokabular abnimmt und Wortfindungsstörungen bestehen, können die Patienten eloquent erscheinen. Vermutlich als emotionale Reaktion auf das verminderte Leistungsvermögen können Depressionen auftreten. Im mittelschweren Stadium, das sich durchschnittlich drei Jahre nach Diagnosestellung entwickelt, sind das Neugedächtnis, logisches Denken, Planen und Handeln beeinträchtigt und Wortfindungsstörungen und Paraphrasen nehmen zu. Die Kranken sind leicht ablenkbar, haben keine Krankheitseinsicht, bedürfen der Hilfe bei Haushaltstätigkeiten, Anziehen und Essen, sind räumlich zunehmend desorientiert und verkennen optische und akustische Umgebungsreize. Bei ungefähr 20 % entwickeln sich, begünstigt durch sensorische Defizite, Halluzinationen. Die emotionale Kontrolle kann beeinträchtigt sein und infolgedessen

können verbale und physische Aggressionen auftreten. Zusätzlich beginnen manche Patienten, ziellos zu wandern, zu sammeln und zu sortieren. Treten zusätzlich Aggressivität, Ruhelosigkeit, Desorientierung und Inkontinenz auf, kann dies zu einem Zusammenbruch der Versorgung in der häuslichen Umgebung führen.

Das schwere Stadium der Alzheimer-Demenz beginnt durchschnittlich sechs Jahre nach Diagnosestellung und ist durch ausgeprägte Störung aller kognitiven Funktionen, auf Phrasen und einzelne Wörter reduzierte Sprache und vollständige Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Aggressivität kann auftreten, wenn sich Patienten von Pflegehandlungen bedroht fühlen oder unter Schmerzen leiden (Förstl, Lauter und Bickel, 2001; Förstl, 2003).

Bei vaskulären Demenzen bestehen schwerwiegende kognitive Defizite und Hinweise auf eine relevante vaskuläre Ursache. Zusätzlich wird in der ICD-10 darauf hingewiesen, dass neuropsychologische Defizite je nach Demenzform ungleich verteilt sein können und im Krankheitsverlauf vom Patienten früh wahrgenommene und vom Arzt objektivierbare Herdzeichen auftreten. Bei der vaskulären Demenz können ein plötzlicher Beginn und eine stufenweise Verschlechterung beobachtet werden. Wie bei der Alzheimer-Demenz, sind bei der vaskulären Demenz Gedächtnis, Urteilsfähigkeit und abstraktes Denken gestört. Bei 30 % der Schlaganfallpatienten konnte ein vaskuläres Demenzsyndrom nachgewiesen werden. Die Prävention der vaskulären Demenz besteht in der Beeinflussung der Risikofaktoren wie arterielle Hypertonie, Herzerkrankungen, Tabakkonsum und Diabetes (Förstl, Lauter und Bickel, 2001).

Depression

Als Risikofaktoren für Depression im Alter gelten hirnorganische Psychosyndrome und beginnende Demenz, Depressionen in der Vorgeschichte, Isolation und Einsamkeit, sensorische und motorische Einschränkungen, chronische Schmerzen, Statusverlust, soziale Diskriminierung, Armut, Verlust der Wohnung, Konflikte mit Angehörigen und eine Kumulation von Belastungen. Als Risikofaktoren für subsyndromale Depressionen gelten vor allem die, mit somatischen Krankheiten einhergehenden Einschränkungen der Selbstständigkeit (Radebold, Hirsch, Kipp, Kortus, Stoppe, Struwe, Wächtler, 1997).

Obwohl Depressionen nach der Demenz zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter gehören, wird davon ausgegangen, dass bis zu 40 % dieser Erkrankungen nicht diagnostiziert und damit nicht behandelt werden. Zusätzlich ist die Behandlung selbst bei erfolgter Diagnose oft inadäquat (Bickel, 2003). Diese Defizite liegen darin begründet, dass die depressive Symptomatik stark fluktuieren kann und die Symptome der Depression häufig zu Unrecht als natürliche Folge des Alters betrachtet werden. Hinzu kommt, dass sich im Alter das klassische Bild einer Major Depressive Disorder graduell verschiebt und subsyndromale Depressionen mit Symptomen wie traurige Stimmung oder Insuffizienzgefühle im Vordergrund stehen. Kurz (1997) führt die folgenden vier differenzialdiagnostischen Abgrenzungsprobleme aus:

a) Anhaltende Trauer und Depressionen nach Verlust

Trauerreaktionen können über mehrere Jahre anhalten und etwa 15 % der Trauerreaktionen können in Depressionen übergehen. Die Unterscheidung zwischen

Trauerreaktion und Depression kann wegen einiger gemeinsamer Symptome erschwert werden, deshalb ist es bei einer Differenzialdiagnose empfehlenswert, auf depressionsspezifische Symptome zu achten. Während Symptome wie Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, innere Unruhe, Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, und Interessensverlust sowohl bei Trauernden als auch bei Depressiven vorliegen können, weisen Symptome wie Hoffnungslosigkeit, herabgesetztes Selbstwertgefühl und Suizidgedanken auf eine Depression hin.

b) Körperliche Krankheit und somatisierende Depressionen

Sowohl körperliche Krankheiten als auch somatoforme Störungen wie Hypochondrie können mit Depressionen einhergehen und sind schwer von affektiven Störungen, bei denen somatische Symptome bestehen, zu unterscheiden (Heuft, Radebold, 1997). Hinweise auf das Vorliegen einer Depression können auch hier Suizidgedanken, Antriebsdefizit, Anhedonie und vermindertes Selbstwertgefühl sein (Kurz, 1997).

c) Organische Hirnkrankheit und depressive Pseudodemenz

Zur Abklärung, inwieweit kognitive Defizite aufgrund einer Demenz oder infolge einer beginnenden Demenz auftreten, sind die Vorgeschichte, das Alltagsverhalten und das Verhalten des Patienten während der Untersuchung sowie neuropsychologische Befunde und die Ergebnisse von funktionellen bildgebenden Verfahren zu berücksichtigen. Unterschiede im Verhalten zeigen sich in der Überbewertung der kognitiven Defizite bei depressiven Patienten und Bagatellisieren bei an Demenz Erkrankten. Zusätzlich weisen neuropsychologische Untersuchungen bei depressiven Patienten auf Gedächtnisstörungen und Konzentrationsstörungen, aber nicht auf Einschränkungen der Sprache oder der konstruktiven Fähigkeiten hin.

d) Persönlichkeitsstörungen und pseudo-neurotische Verhaltensweisen bei Depressiven

Bei Depressionen vorkommende Verhaltensweisen, wie ausgesprochen zurückgezogenes und reserviertes oder betont kritisches und anspruchsvolles, aber auch klagendes und unsicheres Verhalten, können als Persönlichkeitsstörungen fehlgedeutet werden und erfordern deshalb eine gründliche Fremdanamnese (Kurz, 1997).

Während es keine ausreichenden Beweise dafür gibt, dass sich die Depression im Alter grundsätzlich von der in jüngeren Lebensjahren unterscheidet, wird davon ausgegangen, dass altersassoziierte Faktoren die Erscheinungsform beeinflussen. Als Symptome von Depressivität im Alter gelten: Somatische Symptome und hypochondrische Befürchtungen wie zum Beispiel Klagen über Gedächtnisverlust, Schlafstörungen, Selbstbeschädigungen, kognitive Störungen und Persönlichkeitsveränderungen wie neu entstandene Angst oder Zwangshandlungen (Niklewski, Baldwin, 2003; Heuft, Radebold, 1999).

Paranoide Störungen

Bei paranoiden Störungen, die nicht organisch, schizophren oder affektiv klassifiziert werden können, ist ein langanhaltender Wahn oft das einzige oder das auffälligste klinische Charakteristikum. Unter Wahn wird eine Fehlbeurteilung der Realität verstanden, die mit erfahrungsunabhängiger Gewissheit auftritt. Kriterien des Wahns sind subjektive Gewissheit, Unbeeinflussbarkeit, Unkorrigierbarkeit, dass der

Wahnhalt innerhalb der soziokulturellen Umgebung des Betroffenen als falsch beurteilt und die Lebensweise des Betroffenen durch den Wahn eingeschränkt wird. Bedingungen, die die Entwicklung eines Wahns unterstützen, sind Introversion, Einsamkeit, Ängstlichkeit, Selbstentwertung, Misstrauen, Feindseligkeit und sensorische Defizite. Zur Abgrenzung von anderen psychischen Störungen wie Depressionen und Demenz, bei denen wahnhaftige Ideen auftreten können, ist eine differenzialdiagnostische Untersuchung unerlässlich (Hirsch, 1999).

Angststörungen

Angststörungen im Alter werden leicht übersehen, da durch Angst ausgelöste Beschwerden im Alter häufiger mit organischen Störungen erklärt werden, bei Älteren das mit Angststörungen verbundene Vermeidungsverhalten weniger auffällt oder weil Angstsymptome in Begleitung von anderen psychischen oder physischen Beschwerden geschildert werden. Angststörungen werden im klinischen Rahmen in Primärängste, wie Paniksyndrome, Phobien und generalisierte Angststörungen, und in Sekundärängste im Rahmen psychiatrischer und körperlicher Grunderkrankungen unterschieden. Letztere überwiegen bei Älteren (Hirsch, 1999).

Psychosomatische Störungen

Als psychosomatische Krankheitsbilder gelten Somatisierungsstörungen, hypochondrische Störungen, Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, Herzneurosen, Verdauungsstörungen, Essstörungen und Schmerzstörungen (Heuft, 2003). Als Ursachen für psychosomatische Erkrankungen im Alter gelten die Aktivierung eines seit langem bestehenden neurotischen Konflikts, ein durch äußere Lebensbelastungen oder intrapsychisch erlebte, konflikthafte Belastungen ausgelöster Aktualkonflikt oder eine durch Gefühle von Hilflosigkeit und Abhängigkeit ausgelöste Wiederbelebung von traumatischen Erfahrungen. Die epidemiologische Forschung und die diagnostische Abklärung im Rahmen der Gerontopsychosomatik sind erschwert, da der Körper mit zunehmendem Alter normale Veränderungen erfährt, deren Auswirkungen oft erst im langjährigen Vergleich bewusst werden, da die im Alter vermehrte Multimorbidität vielfältige Symptome verursacht, die leicht organischen oder hirnorganischen Ursachen zugeordnet werden können, da Depressionen häufig in laviertes, somatischer oder subklinischer Ausprägung auftreten und da pathologische Trauerreaktionen wegen Unterschätzung der Bewältigungs- und Verarbeitungsmöglichkeiten bei Verlusten im Alter verkannt werden (Heuft, 2003; Heuft, Radebold, 1999).

1.2. Theoretische Grundlagen

Theorien sind durch deduktiv miteinander verknüpfte Einzelaussagen entstandene Aussagensysteme, die Gesetzmäßigkeiten eines Gegenstandsbereichs beschreiben. Theorien betonen dabei nicht nur die Frage nach dem *Was*, sondern vor allem die Frage nach dem *Warum* und sind von Fakten und Modellen abzugrenzen. Fakten beschreiben unter systematisch kontrollierten Bedingungen wiederholt und regelmäßig gemachte Beobachtungen und Modelle beschreiben mögliche Zusammenhänge von empirisch belegten Verallgemeinerungen. Als Reaktion auf eine Kritik der Theoriearmut in der Gerontologie und der mangelnden Bezugnahme auf theoretische Grundlagen in der gerontologischen Forschung wird Theorieentwicklung als eine zentrale Aufgabe der zukünftigen Gerontologie gesehen (Bengtson, Rice und

Johnson, 1999; Bengtson und Schaie, 1999; Kaiser, 2003; Mayer und Baltes, 1996; Wahl und Weismann, 2003). Im Folgenden werden die theoretischen Grundlagen für die Rehabilitation im Alter mit besonderer Betonung von ökogerontologischen Ansätzen und der Kontrollforschung vorgestellt.

Allein die Tatsache, dass gerontologische Rehabilitation nicht mehr wie ein unvereinbarer Widerspruch klingt, zeigt die Wirkung der gerontologischen Grundlagenforschung. Basierend auf interdisziplinären Erkenntnissen sind Ziele von Interventionen im Alter die Erhaltung, Erweiterung oder Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Minderung von Abhängigkeit und kreative Umstellung der bisherigen Lebensweise. Dabei sind neben der Erhaltung oder Besserung der körperlichen Leistungsfähigkeit die emotionale und kognitive Krankheitsverarbeitung sowie eine rehabilitationsunterstützende sozio-dinglichräumliche Umwelt von Bedeutung (Bundesministerium für Gesundheit, 2002; Schaeffer, 2004).

Der Nachweis der Plastizität kognitiver, physischer und psychischer Aspekte im Alter stellt die hauptsächliche theoretische Basis für eine rehabilitative Intervention im Alter dar. Kognitive Plastizität beschreibt dabei die intra-individuelle Möglichkeit, durch Übung eine Besserung oder Erhaltung von kognitiven Leistungen erreichen zu können (v. Kardorff, 1999; Lehr, 2003; Singer und Lindenberger, 2000). Der Nachweis der Plastizität wird zum Beispiel durch die Studie zum Erhalt der Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA), in der ein gezieltes kognitives und psychomotorisches Training zu langfristigen Verbesserungen des kognitiven Status und der demenziellen und depressiven Symptomatik führte, bestätigt. Diese Verbesserungen waren selbst dann zu beobachten, wenn bereits erste Einbußen erkennbar waren (Oswald, Hagen, Rupprecht und Gunzelmann, 2003).

Das Defizitmodell des Alters, nachdem Altern generell mit dem Abbau von Fähigkeiten verbunden ist, wurde durch Studien, die das Vorhandensein von Fähigkeiten selbst bei Einbußen nachwiesen, widerlegt und durch das Kompetenzmodell, das physische, psychische und soziale Fähigkeiten und Potenziale eines älteren Menschen dynamisch und differenziell erfasst, ersetzt. Mit Kompetenz werden die Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen beschrieben, die zum effektiven Umgang mit den Anforderungen in seiner Lebenssituation und in seiner Umwelt erforderlich sind (Lehr, 2003, Wahl, 1998). Alltagskompetenz wird auch unter dem Aspekt der effektiven Gestaltung und Bewältigung der Anforderungen des alltäglichen Lebens beschrieben. Die Autoren Schaie und Willis (1999) führen im Zusammenhang mit der theoretischen Einbettung von Alltagskompetenz drei Perspektiven auf:

- a) Kontextuelle Modelle der Intelligenz, bei denen es um den Zusammenhang zwischen der in Tests messbaren und der im täglichen Leben benötigten Intelligenz geht.
- b) Modelle, die davon ausgehen, dass bestimmte Fertigkeiten für die Selbsterhaltung, selbstständige Lebensführung und für das Sozial- und Freizeitverhalten notwendig sind. Dabei wird zwischen den Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living, ADL), wie zum Beispiel Essen, Baden/Duschen, Aufstehen und Toilette benutzen, und den Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living, IADL), wie zum Beispiel Telephonieren, Einkaufen, Kochen und Transportmittel

benutzen, unterschieden (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, Jaffe, 1963; Lawton, Brody, 1969; Schaie, Willis, 1999).

- c) Die Person-Umwelt-Interaktions-Perspektive, die die Alltagskompetenz hinsichtlich des effektiven Umgangs mit Umweltanforderungen oder der effektiven Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt definiert (Carp und Carp, 1984; Lawton, 1982; Kahana, 1982).

Im Rahmen der Berliner Altersstudie werden die Dimensionen der Alltagskompetenz folgendermaßen kategorisiert:

- a) die Fertigkeiten-Perspektive, die darauf abhebt, was der ältere Mensch im Alltag tatsächlich tut;
- b) die Mastery-Perspektive, die die subjektiv wahrgenommene Meisterung von Alltagsfertigkeiten umfasst und
- c) die Adaptive Fit-Perspektive, die sich auf die Passung zwischen vorhandenen Fähigkeiten und kontextuellen Anforderungen bezieht.

Gleichzeitig wird auch zwischen basaler und erweiterter Kompetenz unterschieden. Die basale Kompetenz umschreibt hochautomatisierte, grundlegende, von gesundheitsbezogenen Faktoren beeinflusste Fähigkeiten zur Selbsterhaltung und -pflege und wird mit den ADLs erfasst. Die erweiterte Kompetenz bezieht sich auf individuelle Präferenzen, Motive, Fähigkeiten und Interessen und ist von öko-psycho-sozialen Faktoren abhängig (Baltes, Maas, Wilms, Borchelt, 1996). Die differenzierte Einschätzung der Alltagskompetenz im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen ist zum Beispiel für die Erstellung eines Handlungsplans, für Empfehlungen zum zukünftigen Unterstützungsbedarf und zur Schaffung einer angemessenen Wohnsituation ausschlaggebend (Kruse, 1992; Wahl, 1998).

Einhergehend mit der differenziellen Erfassung der Kompetenz ist auch das Disuse-Modell für Rehabilitationsmaßnahmen von Bedeutung. Das Disuse-Modell basiert auf der Erkenntnis, dass fehlende Herausforderungen und Benutzung von Fähigkeiten zu Funktionseinschränkungen und Leistungseinbußen, zum Verlust wahrgenommener Umweltkontrolle und zu verringertem Selbstbewusstsein führen können, und betont die Notwendigkeit der sinnvollen Aktivierung von Fähigkeiten im psychischen und physischen Bereich (v. Kardorff, 1999; Lehr, 2003).

Aus der Erkenntnis, dass Altern biologisches, soziales, finanziell-ökonomisches und epochales Schicksal ist, lässt sich die Notwendigkeit von mehrdimensionalen, medizinische, psychische, soziale Gesichtspunkte einbeziehenden rehabilitative Interventionen ableiten (v. Kardorff, 1999; Lehr, 2003; Thomae, 1983). Die hohe inter- und intra-individuelle Variabilität in den Reaktionen älterer Menschen auf chronische Krankheiten und Behinderungen, und der Nachweis, dass Altersprozesse von der individuellen und der Kohortenbiographie, aber auch von Intra-Kohorten-Unterschieden geprägt sind, verdeutlicht die Notwendigkeit von personen-, biographie- und generationsspezifisch erstellten Rehabilitationsplänen (Mayer, Baltes, 1996; v. Kardorff, 1999; Lehr, 2003; Thomae, 1983). Gleichzeitig können jedoch auch Diskontinuitäten bei Einbußen in der körperlich-geistigen Funktionsfähigkeit auftreten, die eine Information von Patienten und sozialem Umfeld über die Ursachen dieser Diskontinuitäten erfordern (Maas und Staudinger, 1996).

Weitere bei Interventionen zu berücksichtigende Erkenntnisse sind die potenzielle Inkongruenz zwischen objektiver und subjektiv erlebter Situation und der potenzielle Einfluss der subjektiven Wahrnehmung und Wertung auf die Compliance bei Rehabilitationsmaßnahmen (Lehr, 2003; Thomae, 1983). In der interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) fand sich zum Beispiel kein Zusammenhang zwischen subjektiven Angaben über nachlassende kognitive Fähigkeiten und den Ergebnissen von neuropsychologischen Tests. Zusammenhänge zeigten sich jedoch zwischen subjektiven Beschwerden und Variablen wie Depressivität und Neurotizismus (Schmitt und Martin, 2003). Der diagnostische Wert des subjektiven Gesundheitszustandes wird zusätzlich durch den Nachweis unterstrichen, dass der subjektive Gesundheitszustand stärker mit Langlebigkeit korreliert als objektive gesundheitsbezogene Befunde (Kruse, 2002; Lehr, 2003).

Bedeutung für Rehabilitationsmaßnahmen haben des Weiteren die Ergebnisse der Copingforschung. Nach diesen Erkenntnissen sind die potenziell protektiven Wirkungen von Persönlichkeitsmerkmalen und Bewältigungsmustern kontextabhängig, und situationsspezifische und angemessene Bewältigungsstile bleiben selbst bei erheblichen funktionalen Einschränkungen bis ins höchste Alter erhalten. Bei Krisen können bislang protektive Bewältigungsstile dysfunktional werden. Während zum Beispiel extrovertierte Menschen, und Menschen, die in Krisen wissen wollen, woran sie sind, im Allgemeinen im Alter zufriedener sind, werden diese Eigenschaften bei körperlichen Beeinträchtigungen dysfunktional.

Ebenso wird der generell protektive Bewältigungsstil des Nichtaufgebens, des Optimismus und der Zukunftsorientierung bei erhöhtem sozio-ökonomischem Risiko dysfunktional. Für die Rehabilitation ergibt sich daraus die Notwendigkeit der individuellen und kontextabhängigen Beachtung von Bewältigungsstilen, der Unterstützung von funktionalen Bewältigungsstilen und der Unterstützung zur Findung von neuen protektiven Bewältigungsformen bei dysfunktionalen Bewältigungsstilen (Lehr, 2003; Staudinger, Freund, Linden und Maas, 1996).

1.2.1. Kontrollforschung

Kontrollüberzeugungen werden mit Wohlbefinden und erfolgreichem Altern assoziiert. Im Zusammenhang mit den Bewältigungsstilen ist der Aspekt der Kontrolle eine ausschlaggebende Variable für eine erfolgreiche Rehabilitation. So haben Studien nachgewiesen, dass Kontrollerleben mit Gesundheitsverhalten und Krankheitserleben assoziiert ist. Zusätzlich kann Kontrollerleben eine Motivation darstellen, Ziele anzustreben und zu erreichen. Mangelnde erlebte Kontrolle andererseits kann zu Motivationsverlust und zu Rückzugsverhalten führen. Zur Förderung der Bewältigung von Einbußen und Akzeptanz von Unterstützungsmaßnahmen ist im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen die Übereinstimmung zwischen Intervention und persönlichen Zielen und die konsequente Partizipation zur Erhöhung der Kontrolle eines Klienten zu gewährleisten (Kruse, 1992; Schulz und Heckhausen, 1999).

In der Kontrollforschung wird zwischen primärer, sekundärer und subjektiv erlebter Kontrolle unterschieden. Die subjektiv erlebte Kontrolle hat eine Vermittlerfunktion zwischen dem objektiven Kontrollpotenzial und dem Streben des Individuums nach primärer Kontrolle. Primäre Kontrolle ist darauf ausgerichtet, Effekte und erwünschte

Ergebnisse in der Außenwelt zu erzielen und beinhaltet Versuche, die Welt zu verändern, um die Bedürfnisse und Wünsche des Individuums zu erfüllen (zum Beispiel Wechsel der Partner).

Sekundäre Kontrollstrategien sind internale Prozesse, die auf die Erhaltung und Ausdehnung der vorhandenen primären Kontrolle und auf die Minderung von Verlusten in der primären Kontrolle ausgerichtet sind. Primäre Kontrolle ist also der kompensatorisch ausgerichteten sekundären Kontrolle übergeordnet. Beide Strategien sind von individuellen und kulturellen Eigenschaften abhängig und involvieren kognitive Prozesse, wobei primäre Kontrollstrategien mehr aktionsorientiert und die sekundären Kontrollstrategien auf Selbstveränderung hinsichtlich Wahrnehmungen, Erkenntnissen und Emotionen ausgerichtet sind.

Werden Menschen zum Beispiel mit Verlusten im Rahmen der primären Kontrolle konfrontiert, müssen sie mit der Bedrohung des Selbstbildes, der Selbstachtung und Selbstständigkeit fertig werden. Bei gravierenden Verlusten kann die primäre Kontrolle sogar völlig zerstört sein und reduzierte Aktivität, vermehrte Passivität und Depressivität zur Folge haben. Hier kann die sekundäre Kontrolle kompensatorisch wirken, indem sie das Individuum nicht nur vor dem Verlust des Selbstwertgefühls schützt, sondern auch die Motivation des Individuums zur primären Kontrolle erhält oder wieder entfacht. Da die primäre Kontrolle mit zunehmendem Alter abnimmt, gleichen sekundäre Kontrollstrategien diese altersbedingte Reduktion von primärer Kontrolle aus und sichern damit Ressourcen für das lebenslange Streben nach primärer Kontrolle.

Während sich die spezifischen Ziele der primären Kontrolle im Lebensverlauf verändern, bleibt das Streben nach primärer Kontrolle konstant (Heckhausen und Schulz, 1995; Schulz und Heckhausen, 1996; 1999). Schulz und Heckhausen (1995) unterscheiden ferner zwischen realitätsentsprechender versus illusorischer (veridical-illusory) und funktionaler versus dysfunktionaler (functional-dysfunctional) Dimension der Kontrolle. Im Rahmen der primären Kontrolle kann die realitätsentsprechend-illusorische Dimension durch objektive Auslöser und Effekt definiert werden.

Die Analyse der realitätsentsprechend-illusorischen Dimensionen im Rahmen der sekundären Kontrolle kann durch einen Vergleich der subjektiven Wahrnehmung mit der objektiven Realität erreicht werden, indem zum Beispiel die subjektiv wahrgenommene Kompetenz mit der objektiven Kompetenz verglichen wird. Die funktional-dysfunktionale Dimension kann primäre Kontrolle unterstützen, aber auch reduzieren, dann zum Beispiel, wenn die realistische Einschätzung einer Bedrohung zum Aufgeben der Situation führt und primäre Kontrollstrategien nicht mehr weiter verfolgt werden. Andererseits kann illusorische Kontrolle dann dysfunktional sein, wenn sie direkte potenziell positive Aktionen unterminiert.

Tabelle 3. Two-Dimensional Model of Primary Control: Functionality and Veridicality.

Type	Functional	Dysfunctional
Veridical	Effective behavior promoting short-term and long-term control.	Effective behavior in the short term that debilitates long term control potential.
Illusory	Effective behavior based on invalid beliefs: behaving in the right way but for the wrong reasons.	Ineffective behavior based on invalid beliefs, superstitious behavior.

Quelle: Heckhausen und Schulz, 1995, S. 287.

Tabelle 3 zeigt die Auswirkungen der verschiedenen Dimensionen von Kontrolle innerhalb der primären Kontrolle. Die erste Zelle der Kombination von funktionaler und realitätsentsprechender Kontrolle zeigt das idealtypische, kurz- und langfristige primäre Kontrolle unterstützende Verhalten. Im Gegensatz dazu erhält realitätsentsprechendes, aber dysfunktionales Verhalten zwar kurzfristig die primäre Kontrolle, gefährdet jedoch das langfristige primäre Kontrollpotenzial. Als Beispiel führen die Autoren das Verhalten eines Workaholics an. Die illusionär-dysfunktionale Verbindung wird als die schädlichste Kontrollstrategie angesehen, weil damit kurzfristige Ziele nicht erreicht werden und langfristige Kontrollmöglichkeiten gefährdet werden. Unter die illusorisch-funktionale Verbindung fällt Verhalten, das funktional und adaptiv ist, aber aus den falschen Gründen. Als Beispiel nennen die Autoren Situationen, in denen Patienten den illusionären Glauben haben, Kontrolle über eine Krankheit zu haben und sich dadurch besser fühlen (Heckhausen und Schulz, 1995).

1.2.2. Ökogerontologische Modelle

Auf der Makroebene beschäftigt sich die Ökologie mit dem Einfluss von globalen Umwelten wie Stadt, Land, Nachbarschaften, Gemeinwesen und Sozialpolitik und auf der Mikroebene geht es um den Einfluss von konkreten Wohnbedingungen und sozialen Interaktionen auf Verhalten, Lebensqualität und Selbstständigkeit von Individuen. Ökogerontologie thematisiert die Interaktion zwischen dem alten Menschen und seiner räumlich-sozialen Umwelt sowie den Bedingungen und Konsequenzen dieser Interaktion. Unter Umwelt ist die dingliche, soziale und vom Menschen gestaltete Umwelt zu verstehen, die sowohl einen Anpassungsdruck, und damit die Verstärkung von bestehenden Beeinträchtigungen bewirkt als auch Sicherheit und Vertrautheit vermittelt, und damit die Bewältigung von gesundheitlichen Einschränkungen fördern kann. Ökogerontologische Konzepte beeinflussen nach wie vor Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Geriatrie, Pflegewissenschaften und Gerontopsychiatrie (Wahl und Baltes, 1993; Wahl und Tesch-Roemer, 2000). Basierend auf den Erkenntnissen, wonach Verhalten als eine Funktion der Person mit seiner/ihrer Umwelt zu sehen ist (Lewin, 1935 in Lawton, 1982), wurden ökopsychologische Person-Umwelt-Passungs-Modelle entwickelt.

Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell, Umwelt-Gefüdigkeits-Hypothese und Person-Umwelt-Passungs-Modell

Das Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell besagt, dass Verhalten bestimmt wird von der Kompetenz des Individuums und dem Verhältnis dieser Kompetenz zu den Umweltanforderungen. Die Umwelt-Gefüdigkeits-Hypothese geht davon aus, dass eine hohe Kompetenz mit einer relativen Unabhängigkeit des Individuums von dem

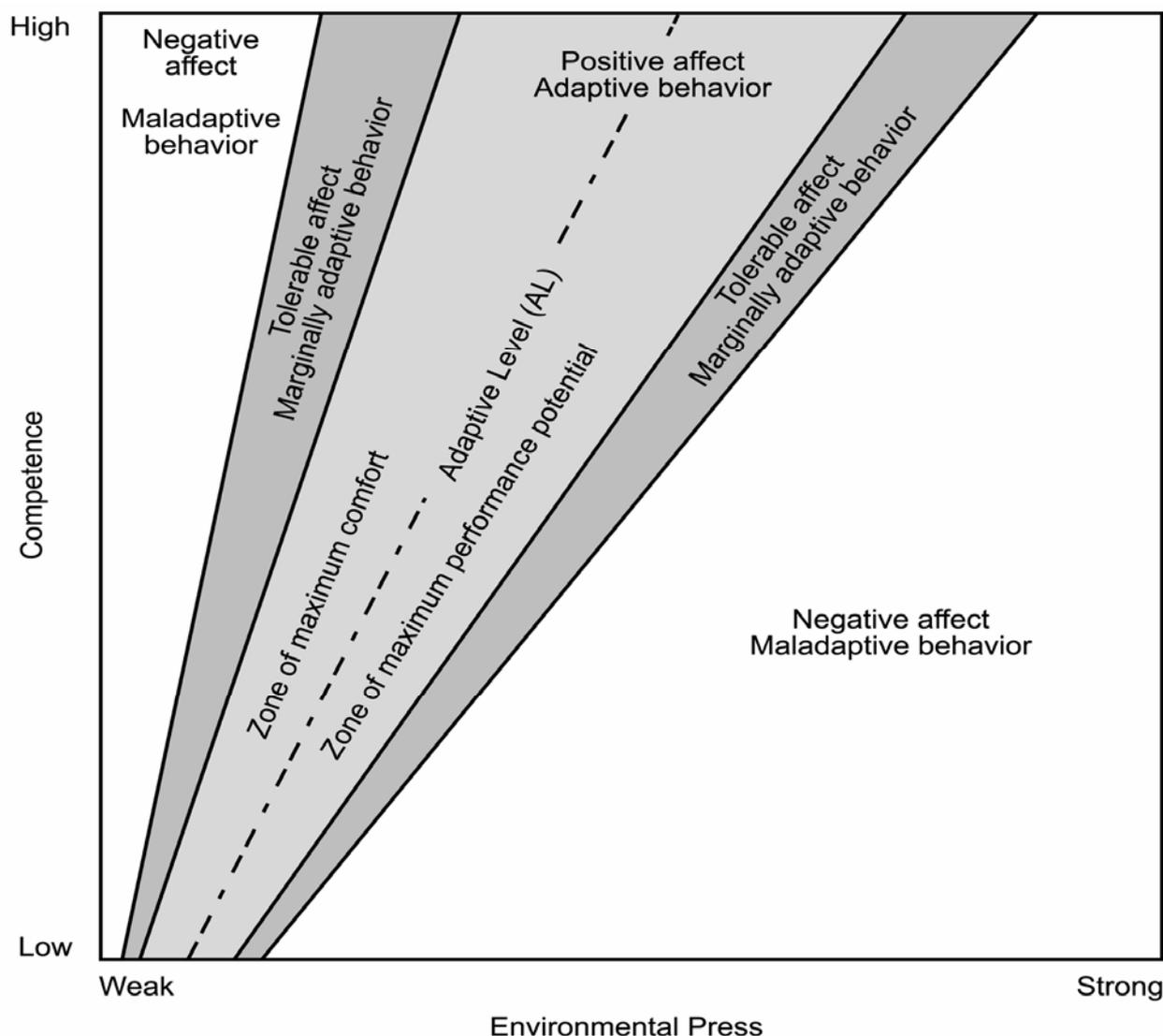
Umweltdruck assoziiert ist, während eine niedrige Kompetenz zu einer erhöhten Vulnerabilität dem Umweltdruck gegenüber führt. Diese Hypothese wird untermauert durch die Beobachtung, dass geistig-körperlich gesunde, finanziell abgesicherte Menschen sowohl bei günstigen als auch in ungünstigen Umweltbedingungen ein zufrieden stellendes Leben führen können, während für Menschen mit Kompetenzeinschränkungen die Bewältigung von geringfügig ungünstigen Umweltbedingungen eine Schwierigkeit darstellen kann (Lawton, 1982).

Abbildung 1 stellt die Umwelt-Gefüigkeits-Hypothese schematisch dar. Dabei repräsentiert die vertikale Achse die Bandbreite der möglichen Kompetenz (von niedrig bis hoch) und die horizontale Achse die Bandbreite des potenziellen Umweltdrucks (schwach bis stark). Das Schema verdeutlicht, dass Anpassungsverhalten aus einem Spektrum von möglichen Kombinationen zwischen individueller Kompetenz und Umweltdruck entsteht. Die schattierten Seiten auf beiden Seiten der zentralen Diagonalen weisen auf eine Balance zwischen den Fähigkeiten einer Person und den Umwelthanforderungen hin. Die zentrale Diagonale, die Anpassungsebene (Adaption Level), repräsentiert den durchschnittlichen Umweltdruck für die gegebene Kompetenz. Der rechts neben der Anpassungslinie liegende Bereich zeigt die Zone des maximalen Leistungsbereichs (Zone of Maximum Performance Potential) und der links neben der Anpassungslinie liegende Bereich die Zone der maximalen Behaglichkeit (Zone of Maximum Comfort).

Das Umwelt-Gefüigkeits-Modell geht davon aus, dass Überschreitungen der vorhandenen Kompetenzen durch Umwelthanforderungen zur Nutzung von Kapazitätsreserven (Zone des maximalen Leistungspotenzials) und Unterschreitungen der vorhandenen Kompetenzen zur maximalen Behaglichkeit führen. Dabei kann derselbe Umweltdruck bei unterschiedlichen Kompetenzgraden unterschiedliche Auswirkungen haben. Zu weite Überschreitungen der Kompetenz durch Umwelthanforderungen kann zu negativen Affekten wie Stress und Angst, Unterforderung zu Langeweile und Apathie führen. Das Modell zeigt weiterhin, dass eine geringe Veränderung des Umweltdrucks bei weniger Kompetenten eine größere Wirkung auf das Verhalten haben kann als bei Hochkompetenten. Damit wird die zunehmende Bedeutung der Umwelt bei nachlassenden internen Ressourcen deutlich (Lawton, 1982; 1989; Wahl, und Baltes, 1993).

Die Umwelt-Gefüigkeits-Hypothese wurde mit der Umwelt-Proaktivitäts-Hypothese ergänzt, nach der ein älterer Erwachsener die Umwelt proaktiv verändern kann. Proaktive Handlungen sind dem Wunsch oder Bedürfnis einer Person entsprechende Reaktionen auf externe Bedingungen. Proaktivität basiert dabei auf lebenslangen Präferenzen, Persönlichkeit und persönlicher Kompetenz. Die Wirkung der Umwelt auf das Verhalten kann unter dem Aspekt des Umweltdrucks, aber auch hinsichtlich einer Ermöglichung von proaktiven Handlungen (Kontrolle und Maximum an Autonomie) analysiert werden (Lawton, 1982; 1989).

„The docility-proactivity conception suggests that the most successful end stages (psychological well-being, adaptive behavior) arise from the person's ability to experience the broadest possible variety of internal and external affects, cognitions, and behaviors, this generalization being conditioned first by lifelong personality preferences and contemporary competence level and second by the extent of self-direction of behavior (Lawton, 1989, S. 18).

Abbildung 1: Ecological model

Quelle: Lawton (1980) Environment and aging. Wadsworth, Inc., Belmont California USA, S. 12

Das Person-Umwelt-Passungs-Modell (person environment fit) bezieht sich auf Forschungen im institutionellen Setting und geht davon aus, dass die Balance zwischen Umwelanforderungen und persönlichen Fähigkeiten notwendig ist, um sich selbst kompetent zu fühlen und von anderen als kompetent empfunden zu werden. Eine fehlende Übereinstimmung hingegen kann zu ungünstigen Effekten sowohl im Erleben als auch im Verhalten führen (Kahana, 1982; Carp und Carp, 1984).

In den letzten 40 Jahren wurde Gerontoökologie in der Regel mit der Beschreibung Erklärung und Modifikation/Optimierung des Verhältnisses zwischen der älteren Person und der dinglichen Umwelt verbunden (Wahl und Lang, 2004; Wahl und Tesch-Roemer, 2000). Obwohl Lawton in seiner Konzeption die Wichtigkeit sowohl der sozialen als auch der dinglichen Umwelt betonte, und nie der dinglichen Umwelt Priorität gab, beschränkte sich die gerontoökologische Forschung bislang vorwiegend auf den Einfluss der dinglich-räumlichen Umwelt auf die Lebensqualität von älteren Menschen mit gesundheitlichen Herausforderungen.

Die Forschungen zum Einfluss der dinglich-räumlichen Umwelt bezogen sich zum Beispiel auf Sehbeeinträchtigung, Gehbehinderung und Demenz (Day, Carreon, Stump, 2000; Gitlin, 2003; Oswald, 1998; Wahl, Oswald und Zimprich, 1999). Eine Ausnahme dieser exklusiven Bezogenheit auf den Einfluss der dinglich-räumlichen Umwelt bilden die Forschungen zum Einfluss des Pflegepersonalverhaltens auf das Selbstständigkeitsverhalten von Altenheimbewohnern (Baltes und Carstensen, 1999; Baltes, Honn, Barton, Orzech und Lago, 1983; Baltes und Wahl, 1992; Wahl und Baltes, 1993). Im Folgenden werden Studien mit einer räumlich-dinglichen oder sozial orientierten gerontoökologischen Forschungsperspektive dargestellt.

Dinglich räumlich orientierte gerontoökologische Forschungsperspektive

In einer umfassenden Literaturstudie wurden Untersuchungen zur Bedeutung der dinglich-räumlichen Umwelt als therapeutische Möglichkeit, um das Wohlbefinden von institutionalisierten Demenzkranken zu erhöhen, miteinbezogen. Die meisten der berücksichtigten Studien hatten jedoch keine Vergleichsgruppe und kleine Stichproben und sind damit nicht generalisierbar (Day, Carreon, und Stump, 2000). Die Ergebnisse zeigten positive Auswirkungen auf das Verhalten der Bewohner für die folgenden Umgebungsbedingungen: kleine Wohngruppen, niedrige Sitzmöbel, Haltegriffe und Geländer zur Sturzvermeidung, Vermeidung von Fortlaufverhalten durch optische Täuschungen, Vermeidung von auditiver Überstimulation und Sicherstellung von visueller Stimulation wie hellem Licht und Kontrasten. Zusätzlich verdeutlichten die in die Übersichtsarbeit einbezogenen Studien, dass Interventionsmaßnahmen auf den Schweregrad der Demenzerkrankung abzustimmen sind und dass eine Akkumulation von verschiedenen Maßnahmen notwendig ist, um eine gewünschte Veränderung zu erreichen (Day, Carreon und Stump, 2000, Teresi, Holmes und Ory, 2000).

In Studien zu Bedingung und Wirksamkeit von Wohnungsanpassungsmaßnahmen in Privathaushalten wurden reduzierte Sturzgefahr, Zunahme von Wohnsicherheit und die Erhaltung und Verbesserung von alltagspraktischen Funktionen nachgewiesen (Oswald, 2000, 1998; Gitlin, 2003; Mollenkopf, 2000). Des Weiteren zeigten Studienergebnisse, dass konkrete Anpassungen effektiver als Beratungen alleine und wiederholte Hausbesuche effektiver als einmalige Hausbesuche waren. Die Akzeptanz von Wohnraumanpassungsmaßnahmen wurde dabei durch Faktoren wie Festhalten an gefährlichen Gewohnheiten bei Kompetenzeinbußen, Ängsten als alt zu gelten und unrealistische Risikoeinschätzung erschwert (Lawton, 1989; Oswald, 2000).

In einer Untersuchung zum subjektiven Erleben der alltäglichen Wohnumwelt bei gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren zeigte sich, dass beide Gruppen „Lieblingsplätze“ in ihrer Wohnung hatten, die häufig und gerne aufgesucht wurden (Oswald, 1998). Im Vergleich mit den Gesunden zeigte sich bei den Gehbehinderten eine räumliche Verdichtung am Lieblingsplatz, eine signifikant stärkere Ausprägung kognitiver und biographischer Aspekte des Erlebens, wie Gewöhnung, Vertrautheit und Verinnerlichung, und eine geringere Ausprägung der Bedeutung von räumlichen Aspekten des Wohnens wie Wohnlage und Erreichbarkeit (a. a. O.). In einer Studie zu den Bewältigungsmöglichkeiten von Seheinbußen im Alter wurde die Bedeutung von Umweltbindung und Gewohnheiten als Potenzial zur Kompensation von Einbußen ebenso deutlich. Während schwere Seheinbußen im Alter negative Auswirkungen auf

die Person-Umwelt-Anpassung hatten, wurden bei den bereits seit der Kindheit Erblindeten im Alter keine zusätzlichen Beeinträchtigungen wegen Blindheit festgestellt (Oswald, 2000; Wahl, Schilling, Oswald und Heyl, 1999).

Ein Projekt, das bei hauptsächlichlicher Betonung der dinglich-räumlichen Forschungsperspektive auch soziale Umgebungsbedingungen berücksichtigt, ist das in fünf europäischen Ländern durchgeführte Forschungsprojekt ENABLE-AGE. Das Projekt erforscht den Einfluss von Wohnen (objektive Wohnbedingungen, Wohnverhalten, subjektives Wohnerleben) auf Selbstständigkeit, gesellschaftliche Partizipation und Wohlbefinden bei hochaltrigen Personen. Ergebnisse der deutschen Studie deuten darauf hin, dass die besondere Bedeutung der Wohnung im Alter nicht unbedingt eine Begleiterscheinung des Altersprozesses, sondern des Fehlens von adäquaten Möglichkeiten, die Wohnung zu verlassen, ist. Wegen fehlender Aufzüge und mangels erreich- und nutzbarer Verkehrsmittel können ältere Erwachsene ihre Wohnung nicht verlassen, ihre sozialen und emotionalen Bedürfnisse nicht erfüllen und keinen sinnvollen Tätigkeiten nachgehen. Zusätzlich, so die Ergebnisse der Studie, scheint es zu wenig Möglichkeiten und Rollen für ältere Menschen zu geben, ihre Unabhängigkeit und Identität auszudrücken (Naumann, Himmelbach, Oswald, Sixsmith, Klink, Varnhorn, Wahl und Mollenkopf, 2005). Damit liefert die Studie eine Erklärung für das in der Berliner Altersstudie beobachtete Phänomen, dass ältere Erwachsene die meiste Zeit in ihrer Wohnung verbringen (Mayer und Baltes, 1996).

Sozial und interaktions-orientierte gerontoökologische Forschungsperspektive

Während sich eine Fülle von Veröffentlichungen mit der Frage des Einflusses von sozialen Netzwerken auf das Wohlbefinden von älteren Menschen befasst, gibt es wenig Forschungen zur Frage, welche Rolle soziale Beziehungen auf die Schaffung und Aufrechterhaltung der Person-Umwelt-Passung haben. (Lang, 2001, Wahl und Lang, 2004). Netzwerkforschungen zu sozialen Beziehungen im Alter haben nachgewiesen, dass sich soziale Beziehungen im Alter quantitativ und qualitativ verändern, Ältere im Alter in der Regel weniger, aber engere soziale Kontakte pflegen, tiefere vor oberflächlichen Kontakten bevorzugen und ein Gefühl der Gegenseitigkeit (geben und nehmen) für wichtig halten. Die subjektive Überzeugung, im Bedarfsfall Unterstützung von anderen zu erhalten, hat positive Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität, und dysfunktionale Beziehungen wirken sich negativ auf kognitive Leistungen aus (Wagner, Schütze und Lang 1996).

Die Proaktivität des älteren Menschen, um Einfluss auf die soziale und dinglich-räumliche Umwelt zu nehmen, wurde in der Forschung bislang wenig beachtet. Ausnahmen bilden die nunmehr klassischen Beobachtungen, nach der sich Ältere selbst dazu entscheiden, in Distanz zu den Kindern und Enkeln zu leben, um innere Nähe zu erhalten (vgl. Lehr, 2003) und die Studien von Baltes und Kollegen zum Zusammenhang zwischen Verhaltensweisen des älteren Menschen, Umgebungsbedingungen und Konsequenzverhalten der Sozialpartner (Baltes und Wahl, 1992). Baltes und Wahl (1992) beschrieben das Unselbstständigkeits-Unterstützungsmuster (dependency-support-script) seitens des Pflegepersonals und der Sozialpartner sowie mangelnde Sensibilität der sozialen Umwelt für die vorhandenen Kompetenzen des älteren Menschen in stationären Einrichtungen und in der häuslichen Pflege (Baltes und Wahl, 1992, Wahl und Baltes, 1993).

Dieses Unselbstständigkeits-Unterstützungsmuster führt nach den Autoren dazu, dass, als Reaktion auf die bestimmte Interaktionsmuster bevorzugende soziale Umgebung, ein Drehbuch hergestellt wird, das selbstständiges Verhalten ignoriert, Abhängigkeit erwartet, Stärken älterer Menschen vernachlässigt und zur Überbehütung führt. Gleichzeitig ermöglicht dieses Muster dem älteren Menschen, seine Umwelt zu kontrollieren, indem Kontakte durch unselbstständiges Verhalten gesichert werden. Diese Umweltkontrolle ist jedoch nur kurzfristig erfolgreich und langfristig dysfunktional und zeigt die Notwendigkeit von Kontrollmöglichkeiten sowohl in Bereichen, in denen Abhängigkeit, als auch in Bereichen, in denen Unabhängigkeit besteht. Basierend auf dem Nachweis der Plastizität des Verhaltens älterer Menschen wird bei diesem sozialökologischen Ansatz davon ausgegangen, dass diese gelernte Abhängigkeit durch veränderte Umgebungsbedingungen auch wieder verlernt werden kann (Baltes und Carstensen, 1999; Baltes und Wahl, 1992; Wahl und Baltes, 1993).

Social-Physical Place Over Time (SPOT)-Konzept

Mit der Konzeption des metatheoretischen Social-Physical Place Over Time (SPOT)-Modells integrieren Wahl und Lang räumlichdingliche und soziale Aspekte der gerontologischen Ökologie (Wahl und Lang, 2004). Die Notwendigkeit, die soziale und räumlichdingliche Forschungsperspektive zu integrieren, wird von den Autoren damit begründet, dass sowohl die dinglichräumliche als auch die soziale Umwelt Ressourcen bereitstellten, Einschränkungen verursachten und bis zu einem gewissen Grad von Individuen reguliert werden könnten. Zusätzlich, so die Autoren, finden soziale Beziehungen immer in einem räumlichdinglichen Rahmen statt und dieser Rahmen ist selbst nicht leblos, sondern kann hochgradig mit Erinnerungen besetzt sein (vgl. Oswald, 2000).

Des Weiteren sind die soziale und die physische Umgebung zum Beispiel hinsichtlich der Erhaltung von Adaptionsbemühungen miteinander verwoben und beide, die soziale und die räumlichdingliche Umwelt tragen zur Person-Umwelt-Passung bei. Als Beispiel führen die Autoren an, dass ein Umzug in eine altengerechte Wohnung einerseits hinsichtlich der Überwindung von materiellen Barrieren und zur Schaffung von neuen sozialen Kontakte geeignet sein, jedoch auch den Verlust der gewohnten Umgebung und der sozialen Kontakte mit sich bringen kann (Wahl und Lang, 2004).

Das Social-Physical Place over Time-Konzept (SPOT) verbindet die folgenden drei wesentlichen Elemente in der Welt einer älteren Person:

1. Zentrales Element von SPOT ist *place*, womit die Einbettung des Alltagsverhaltens einer älteren Person in eine dinglichräumliche und soziale, mit subjektiver Bedeutung besetzten Umgebung betont werden soll. Die subjektive Bedeutung hat dabei sozial kulturelle und dinglichräumliche Dimensionen und schließt zum Beispiel die Dauer, die an einem Ort gelebt wurde, langfristige Ortsverbundenheit, Beziehungen zu Nachbarn, und die Besonderheiten der näheren und weiteren Umgebung mit ein (Wahl und Lang, 2004).

2. Mit dem ersten Punkt zusammenhängend soll als zweites Element anerkannt werden, dass die persönliche dinglichräumliche Umgebung sozial konstruiert ausgefüllt und gestaltet ist (a. a. O.).

3. Zum Dritten impliziert SPOT eine entwicklungstheoretische Perspektive und unterstreicht den dynamischen Charakter von *places*. Im Verlauf des Alterungsprozesses kann *place* zum Beispiel sowohl Veränderung als auch Stabilität bedeuten. Die zentrale Annahme der Autoren ist dabei, dass mithilfe des SPOT-Konzepts unterschiedliche, hochrelevante Dynamiken in den verschiedenen Stadien der Entwicklung im Alter aufgezeigt werden können (Wahl und Lang, 2004).

SPOT basiert auf der Kombination einer entwicklungstheoretischen Sichtweise (goal resource congruence model) mit einer Umwelt-Passungs-Perspektive. In dem von Lang (2003) formulierten Goal Resource Congruence Model geht es um die proaktive Regulierung von sozialen Beziehungen im Lebensverlauf (a.a.O.). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die soziale Motivation mit altersabhängigen veränderten Ressourcen und Möglichkeiten verändert. Nach dem Modell besteht die proaktive Regulation von sozialen Beziehungen auf zwei grundlegenden Motivationen:

1. Motivation zur Maximierung des Zugehörigkeitsgefühls in sozialen Beziehungen (anderen Menschen helfen, positive soziale Kontakte),
2. Motivation zur Maximierung der Wirksamkeit im sozialen Kontext (Autonomie und soziale Akzeptanz).

Die Motivation zur Maximierung des Zugehörigkeitsgefühls in sozialen Beziehungen kann dabei durch primäre und sekundäre Kontrolle erreicht werden. Motivation zur Maximierung der sozialen Wirksamkeit wird nur mit primärer Kontrolle erreicht. Während bei Verlusten von Ressourcen die Maximierung des Zugehörigkeitsgefühls in sozialen Beziehungen eine höhere Priorität einnimmt, sind beim Vorhandensein von vielen Ressourcen Autonomie und soziale Akzeptanz vorrangig (Wahl und Lang, 2004).

Das Goal Resource Congruence Model hat auch für die Regulation der dinglich-räumlichen Umwelt Bedeutung, da diese sowohl Zugehörigkeitsgefühle (Vertrautheit) vermittelt als auch Entscheidungsgewalt und Kontrolle (Autonomie, Erhaltung von Routine) ermöglicht. Als Beispiel führen Wahl und Lang (2004) auf, dass Ältere oft trotz Schwierigkeiten in der Haushaltsführung ihre Wohnumgebung nicht verlassen wollen, da diese sinngebend ist und Zugehörigkeitsgefühl vermittelt. Nachlassen der körperlichen Fähigkeiten erhöht die Bedeutung von Kontinuität und Zugehörigkeitsgefühl in der unmittelbaren Umgebung. Ähnlich argumentieren die Vertreter der Socioemotional Selectivity-Theorie, die davon ausgeht, dass Individuen ihre Zukunft als limitiert ansehen und Stimulation durch positive Emotionen und Erinnerungen suchen (Baltes und Carstensen, 1999).

Wahl und Lang (2004) gehen davon aus, dass sich hinsichtlich der Integration der sozialen und physischen Umweltperspektive eine ähnliche Adaptionsdynamik zeigt, mit der Konsequenz, dass für Individuen mit abnehmenden Kompetenzen und der Wahrnehmung der abnehmenden Zukunft Zugehörigkeitsgefühle (wie z. B. Intimität und Vertrauen) in der sozial-dinglichen Umgebung zunehmend wichtiger werden (Tabelle 4).

„In particular, it means that simultaneously considering both the social and the physical environment as major resources of the aging and individual adds to more comprehensive and integrative understanding of the potential of these resources in aging objective and subjective terms. Such thinking already has a long tradition in the developmental sciences. For example, Youniss (1980), in his classic works on social development in childhood and adolescence, coined the concept of „co-construction“ in order to acknowledge that individuals share their personal control over environments with others. Objectively, the acknowledgement of the social and the physical surrounding is more comprehensive because both add at the same time to adaptive processes. Focusing on only one of these segments is too limited a view. Subjectively, aging individuals normally act within a perceived entity of environments in which both social partners and physical-spatial aspects are subjectively constructed and integrated in an ongoing, complex, and mostly inseparable manner“ (Wahl und Lang, 2004, S. 19).

Tabelle 4. Subjective Relevance of Social- Physical Agency and Belonging over Adulthood and Old Age.

Stage of Aging	Relevance of Social-Physical Agency	Relevance of Social-Physical Belonging
Middle Adulthood	+++	+
Early Age/„Young old“	++	++
„Old-Old“/Oldest Old	+	+++

Quelle: Wahl und Lang (2004), Aging in Context Across the Adult Life Course: Integrating Physical and Social Environmental Research Perspective. In: Wahl, Scheidt, und Windley (Eds), S. 19.

Wahl und Lang (2004) identifizieren die drei folgenden Evaluationskriterien, anhand derer die Person-Umwelt-Passung im Rahmen von SPOT untersucht werden kann und gehen davon aus, dass die drei Kriterienpaare differenziell mit verschiedenen Lebensphasen und deren individuellen Ressourcen, Kompetenzen und Aktionspotenzialen assoziiert sind (a. a. O.):

1. Sicherheit und Vertrautheit (Safety and Familiarity),
2. Stimulation und Aktivierung (Stimulation and Activation),
3. Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung (Continuity and Keeping the Meaning).

Das Kriterienpaar Sicherheit und Vertrautheit bezieht sich auf Gefahrenquellen und Barrieren in der Wohnung und Wohnumgebung und zeigt den potenziell regulierenden Einfluss der sozialen Umgebung in den gegebenen räumlichen Bedingungen auf. So kann zum Beispiel ein enger Kontakt zu in der Nähe wohnenden Angehörigen/Freunden/ Pflegepersonen auch bei herausfordernden Umgebungsbedingungen zu einem Sicherheitsgefühl beitragen. Die Aspekte Sicherheit und Vertrautheit müssen jedoch auch hinsichtlich des Spannungsfeldes von Sicherheit und Unabhängigkeit betrachtet werden. So können sicherheitsvermittelnde Personen auch durch Überbetreuung Abhängigkeitsverhalten produzieren (vgl. Baltes und Wahl, 1992). Ebenso zeigte sich, dass Technologien zur Erhöhung der Sicherheit beitragen, aber auch durch die damit verbundene mangelnde Benutzung von noch vorhandenen Fähigkeiten neue Abhängigkeiten schaffen können (Mollenkopf, 2000).

Das Kriterienpaar Stimulation und Aktivierung bezieht sich auf die Tatsache, dass die räumlich-dingliche und die soziale Umgebung Kontakte und die damit verbundene

Stimulation unterstützen, aber auch verhindern kann. Aktivierung kann durch die räumliche Umgebung wie zum Beispiel durch Parkanlagen, aber auch durch die soziale Umgebung unterstützt werden. Soziale Beziehungen und der damit einhergehende Austausch können stimulierend wirken und Aktivitäten außerhalb des eigenen Hauses sind für ältere Erwachsene häufig mit der Suche und Pflege von sozialen Kontakten verbunden.

Das Kriterienpaar Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung ist eng mit der dinglichen und der sozialen Umwelt verwoben. So sind die Wohnung und die Wohnungsumgebung mit Erinnerungen und Bedeutung besetzt (Oswald und Wahl, im Druck). Gleichzeitig ist Kontinuität und Bedeutung mit den vorhandenen und von älteren Menschen proaktiv geförderten sozialen Kontakten verbunden (Wahl und Lang, 2004).

Wahl und Lang (2004) verbinden Lawtons (1982, 1989) Umwelthanforderungs-Kompetenz und Proaktivitätsmodell, nachdem bei nachlassender Kompetenz die Bedeutung der sozialen und räumlich-dinglichen Umwelt zunimmt und bei hoher Kompetenz herausfordernde, auch unbekannte Umgebungsbedingungen positive Auswirkungen haben, mit SPOT (vgl. Tabelle 5) und gehen von der Annahme aus, dass die Bedeutung der drei Kriterienpaare Sicherheit und Vertrautheit; Stimulation und Aktivierung; Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung mit vorhandenen, und/oder eingebüßten Kompetenzen in verschiedenen Lebensphasen und mit der noch verbleibenden Lebenszeit zusammenhängen. Wie auch im Umwelthanforderungs-Kompetenz- und Proaktivitäts-Modell gehen die Autoren davon aus, dass mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit von reduzierten Kompetenzen und damit die Sensibilität gegenüber räumlich-dinglichen und sozialen Umwelthanforderungen steigt.

“To further qualify SPOT dynamics, our additional assumption is that person-environment fit processes and outcomes are mainly driven by stimulation and activation at earlier phases of the adult life span, but changes toward safety and familiarity as people enter very high ages. Finally, the basic human tendency of seeking continuity and keeping the meaning is expected to operate in a parallel manner to these fit processes as people age. However, we also assume that continuity and keeping the meaning in SPOT become more and more important while navigating from middle adulthood and young-old age to the stadium of being old-old/oldest-old. This is because one of the major human striving, namely the search for meaning, is forced to operate in very high ages within the highest constrains of the human lifespan.” (Wahl und Lang, 2004, S. 23- 25.)

Tabelle 5. Person-Environment Fit Dynamics in SPOT.

Stage of Aging	Relevance of Social-Physical Agency	Relevance of Social-Physical Belonging	Person-Environment Fit Dynamics in SPOT		
			Stimulation and Activation	Safety and Familiarity	Continuity and Meaning
Middle Adulthood/ High Competence	+++	+	+++	+	+
Early Age/"Young old"/ Medium Competence	++	++	++	++	++
„Old-Old"/Oldest Major Loss of Competence	+	+++	+	+++	+++

Quelle: Wahl und Lang, 2004, S. 24.

Während Wahl und Lang (2004) darauf hinweisen, dass ihre Ausführungen an die von Erikson (1950 in a. a. O.) beschriebenen Lebenslaufprozesse angelehnt sind, betonen sie, dass mit SPOT die soziale und dinglich-räumliche Umwelt in konzeptionellen und empirischen Arbeiten als untrennbare Gesamtheit betrachtet werden muss. Die Autoren sehen SPOT nicht als ein abgeschlossenes theoretisches Modell, sondern als eine metatheoretische Perspektive, die sozio-räumlich-dingliche Umweltbedingungen integriert und die in diesen Umweltbedingungen innewohnenden Entwicklungsdynamiken betrachtet.

1.3. Gerontopsychiatrische Interventionen

Jeder Intervention bei gerontopsychiatrischen Patienten sollte auf einem dynamischen multidisziplinären Assessment basieren. Mit dem Ziel der Erhaltung von Fähigkeiten und der Selbstständigkeit sowie der Vermeidung, Überwindung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit sollte dann auf Grundlage des Assessments ein ebenfalls dynamischer interdisziplinärer Behandlungs-, Förderungs- und Unterstützungsplan erstellt werden, der je nach Problemlage sowohl medikamentöse, psychotherapeutische, soziale, ökologische und pflegerische Maßnahmen umfassen kann.

Unter Assessment ist die Einschätzung der Situation eines älteren Menschen unter Einbezug von psychosozialen, funktionellen, umgebungsbezogenen und medizinischen Aspekten zu verstehen. Zur Einschätzung der objektiven Situation stehen dimensionsspezifische standardisierte Instrumente zur Erfassung von zum Beispiel kognitivem Status, Depression und Selbstständigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zur Verfügung. Wichtiger Aspekt des Assessments ist zusätzlich die subjektive Einschätzung der Ressourcen, Hoffnungen und Probleme eines Patienten. Neben einem individuellen Assessment zur Abklärung wird unter dem Begriff auch eine organisatorische Einheit zur umfassenden Einschätzung verstanden (Stuck, 2000).

Bei Interventionsformen, die nicht speziell für ältere Erwachsene erstellt wurden, stellt sich die Frage, inwieweit die Konzepte zur Anwendung bei über 60-Jährigen einer Modifikation bedürfen (Radebold, Ostermann, Teising, 1999). Während das chronologische Alter in der Regel keinen Indikator für eine notwendige Modifikation

darstellt, können zum Beispiel die im Alter häufig bestehenden Sinnes- und Beweglichkeitseinschränkungen hinderlich wirken. Generell gilt, dass bei älteren Erwachsenen das Verhältnis zum Professionellen/Therapeut eine entscheidende Rolle spielt. Zusätzlich ist zu beachten, dass sich auf der Beziehungsebene zwischen dem älteren Erwachsenen und dem Professionellen eine unbewusste umgekehrte Übertragungskonstellation ergeben kann. So können seitens des Professionellen unbewusste Wünsche nach einem idealen Elternteil aktiviert, Patienten als hilfsbedürftige Eltern wahrgenommen werden, als asexuelle Wesen erwünscht sein, Rache- und Schuldgefühle auslösen oder es kann zu einer Teilidentifizierung mit den Kindern der Patienten kommen (Radebold und Hirsch, 2003; Radebold, Ostermann, Teising, 1999). Im Folgenden werden die wichtigsten Ansätze vorgestellt, die bei der nicht medikamentösen Behandlung, Beratung, Unterstützung und Pflege von gerontopsychiatrisch Erkrankten eingesetzt werden.

1.3.1. Psychotherapeutische Verfahren

Unter einer psychotherapeutischen Intervention wird ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen, die von Patient und Therapeut als behandlungsbedürftig gelten, verstanden (Strotzka, 1979 in Radebold, Ostermann, Teising, 1999). Psychotherapeutische Verfahren bieten sich bei depressiven Symptomen, Angstzuständen, Phobien, zur Unterstützung von Krankheitsverarbeitung von demenziellen und psychotischen Erkrankungen und Konfliktbewältigung an und werden als Einzel- und Gruppentherapien und als Paar-, Familien- und intergenerative Psychotherapien angeboten. Derzeit werden bei älteren Menschen, wenn auch in zu geringem Umfang, psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Verfahren angewandt.

Den tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Verfahren liegt das Menschenbild zugrunde, wonach über 60-Jährige psychosexuell und psychosozial erfahrene Erwachsene mit entsprechenden Entwicklungsaufgaben sind. Ziel der tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Verfahren ist die Förderung von Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, sozialen Fähigkeiten, Beziehungsfähigkeit und Gegenwartsbezug; Stärkung des Körpergefühls; Klärung von intra- und intergenerationellen Schwierigkeiten; Aussöhnung mit dem bisherigen Leben; Auseinandersetzung mit Trauer, Alter und Tod und das Finden von lebenspraktischen Lösungen (Radebold und Hirsch, 2003; Radebold, 1997). Die Therapien finden ambulant oder stationär als Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familienpsychotherapie statt und der Behandlung geht die Erhebung der psycho-bio-sozialen Situation im Querschnitt und die biographische Entwicklung im Längsschnitt voraus (a. a. O.).

Die folgenden Problemlagen gelten als behandlungsrelevant:

- a) seit der Kindheit bestehende Persönlichkeitsstörungen, die sich im Alter verstärkten,
- b) neurotische Störungen, bedingt durch intra- und intergenerationelle oder innerpsychische Konflikte, durch sich wiederholende Konflikte im Lebenslauf und neurotische Kernkonflikte,
- c) Aktualkonflikte, bedingt durch Überforderung,
- d) Traumatisierungsfolgen,
- e) Suchterkrankungen,

- f) paranoide Entwicklungen nach dem 50. Lebensjahr,
- g) Frühstadium von Demenz und Multiinfarktdemenz (Radebold und Hirsch, 2003).

Einer Metaanalyse von 94 psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen zufolge fanden eine Verbesserung des Befindens und eine Abschwächung der selbst eingeschätzten Depression statt (Pinquart, 1998). Trotz dieser Wirkungsnachweise, dem zunehmenden gerontologischen und gerontopsychiatrischen Kenntnisstand und den demographischen Entwicklungen werden über 60-Jährige selten kassenrelevant mit tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Verfahren behandelt (Radebold und Hirsch, 2003).

Unter Verhaltenstherapie ist der systematische Versuch zu verstehen, „aufgrund einer funktionellen Verhaltensanalyse und durch den Einsatz einer Reihe von therapeutischen Methoden menschliches Fehlverhalten in Richtung eines konkret formulierten Ziels zu verändern“ (Hautzinger, 2003). Unter Verhalten werden dabei Empfindungen, Gefühle, Körpersensationen, verbaler und nonverbaler Ausdruck, Motorik, Motivation, Wille, Erinnerungen, Denken, Pläne, Überzeugungen, Beschwerden und Handlungen verstanden. Bei der Verhaltenstherapie werden im individuellen oder Gruppensetting Techniken der Lern- und Sozialpsychologie, der Entwicklungs-, Emotions- und Kognitionspsychologie, der Persönlichkeits- und der Diagnostischen Psychologie eingesetzt, um problematische Aspekte des Verhaltens in die gewünschte Richtung auch unter Einbezug der sozialen und materiellen Umwelt zu verändern.

Bei depressiver Symptomatik können Ziele der Verhaltenstherapie sein:

- Passivität zu überwinden durch Aktivierung, Tagesstrukturierung und positive Erfahrungen,
- Sicherheit und Kompetenz zu erhöhen durch vermehrte soziale Kontakte,
- Fertigungsdefizite zu überwinden,
- Konflikte zu bearbeiten,
- negative automatisierte Gedanken zu erkennen und durch angemessene positive zu ersetzen,
- Vergangenes zu bewältigen durch Besprechen dessen, was erreicht, was nicht erreicht wurde und auf was man stolz sein kann,
- reale Schwierigkeiten zu bewältigen durch Vermittlung von unterstützenden Diensten, Training der Veränderungstechniken und Wiederholung der Maßnahmen bei Krisen (a. a. O.)

Obwohl mehrere Studien positive Effekte von verhaltenstherapeutischen Verfahren bei depressiven Älteren nachweisen konnten, fehlt ein auf Langzeituntersuchungen beruhender wissenschaftlicher Nachweis der Wirkungen (a. a. O.)

1.3.2. Spezielle Interventionen bei Demenzkranken

Zu den Therapieverfahren bei Demenzkranken gehören:

- a) Kognitives Kompetenztraining, bei dem unter Einbezug von z. B. Konzentrationsübungen, Gedächtnishilfen, Notizbüchern und Erinnerungsportfolios versucht wird, psychische und soziale Kompetenzen,

Alltagskompetenzen und Basisfertigkeiten zu erhalten oder Einschränkungen zu kompensieren. Während diese Intervention zu einer alltagsrelevanten Besserung der Kommunikation und der Meisterung von alltäglichen Aufgaben führte, konnte keine signifikante Änderung der Gedächtnisfähigkeit oder Verbesserung des Gesamtfunktionsniveaus und/oder der Transferleistungen auf anderen kognitiven Gebieten nachgewiesen werden (Haupt, 2003).

- b) Realitätsorientierungstraining (ROT), bei dem Betreuungspersonen mittelgradig bis schwer kognitiv Beeinträchtigte möglichst häufig an Zeit, Ort und die eigene Person erinnern sollen. Die Umgebung soll möglichst alle Sinne ansprechen und mit Zeichen und Hinweisen die Orientierung erleichtern. ROT kann im stationären Rahmen, in Gruppensitzungen und in der eigenen Wohnung durchgeführt werden. Der Fokus liegt auf einer optimalen kompensatorischen Umwelt und der Stimulation der erhaltenen Funktionsbereiche, verwirrte Äußerungen werden entweder taktvoll korrigiert, das Gesprächsthema wird gewechselt oder es wird auf die mit der Aussage verbundenen Gefühle eingegangen. ROT muss dauerhaft angewendet werden und Studien legen eine Wirkung im Bereich der verbalen Orientierung bei den Patienten und eine erhöhte Aufmerksamkeit der Betreuungspersonen hinsichtlich der erhaltenen Fähigkeiten des Patienten nahe (Hautzinger, 2003).
- c) Erinnerungstherapie mit dem Ziel, den Verlust der personalen Identität zu verhindern oder aufzuhalten. Dazu wird versucht, dem Kranken seine Lebensgeschichte mittels z. B. Zeitungsausschnitten, Musik, Fotoalben und Gesprächen aufrechtzuerhalten.
- d) Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) hat ebenso das Ziel der Erhaltung der Identität und personalen Kontinuität. Erhaltene Funktionen, einschließlich Kompetenzen, Erinnerungen, Interessen und Fähigkeiten, werden gezielt gestützt. Ergebnisse von Studien zur Wirksamkeit von SET lassen vermuten, dass ein Wiedergewinn von biographischem Wissen und eine Besserung depressiver Symptome erreicht wird.
- e) Validationstherapie bezieht sich auf die „Gültigkeit“ der Welt des Kranken. Dem Kranken werden durch verbale und nonverbale Kommunikation Bestätigung und Sicherheit vermittelt. Ziel ist es, negative Reaktionen des Kranken auf die eigenen Leistungsgrenzen abzufangen. Evaluationen dieser Methode deuten auf eine Kommunikationszunahme und das Bedürfnis nach sozialer Nähe des Kranken hin.
- f) Psychosoziale Interventionen vermitteln Mut und Bestätigung, verdeutlichen vorhandene Fähigkeiten und unterstützen bei der Bewältigung von beeinträchtigten Leistungen. Ziel dieses Ansatzes ist es, der Vermeidung von Tätigkeiten und dem Rückzug von sozialen Beziehungen entgegenzuwirken und die Verringerung von bestätigenden Erlebnissen zu verhindern. In einer kontrollierten Studie mit dementen Patienten mit depressiven Verstimmungen führte dieser Ansatz zu einer Verbesserung der Depressionssymptome.
- g) Umgebungsstrukturierung beinhaltet Maßnahmen, die umweltbedingte Auslöser von psychotischen Störungen (wie z. B. Spiegel oder Fernseher) beseitigen (Haupt, 2003).

- h) Milieutherapie zielt auf eine Veränderung der Umgebung, um dem Kranken eine optimale Anpassung an seine Umwelt zu ermöglichen

1.4. Versorgungsstrukturen der Gerontopsychiatrie

Die Versorgung in der Gerontopsychiatrie ist interdisziplinär angelegt und enthält sowohl kurative als auch versorgende Elemente (Schaeffer, 2004). Die Struktur der gerontopsychiatrischen Versorgung in Deutschland ist heterogen. Während in einigen Regionen Modelle und Projekte vorbildliche, zum Teil zeitlich begrenzte, Strukturen und Einrichtungen schufen, sind andere Regionen von Unterversorgung und Defiziten gekennzeichnet (Helmchen, Kanowski, 2001).

Die gerontopsychiatrische Versorgung in der ehemaligen BRD erhielt, eingeleitet durch die „Enquete zur Lage der Psychiatrie“ (1975), durch das von der Bundesregierung durchgeführte Modellprogramm zur Reform der Versorgung der psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Bereiche (1980-1986) und der damit verbundenen Expertenkommission (1988), Impulse zur Verbesserung. In der Psychiatrie-Enquete wurden Empfehlungen zur Verbesserung der ärztlichen Behandlung und Rehabilitation von gerontopsychiatrisch Erkrankten in Pflegeeinrichtungen und zur Einrichtung von stationären gerontopsychiatrischen Einrichtungen ausgesprochen. Die Expertenkommission favorisierte die Einrichtung von Gerontopsychiatrischen Zentren, die Tageskliniken, ambulante Dienste und Beratung umfassen sollten (Helmchen, Kanowski, 2001).

Trotz vieler beispielhafter Ansätze steht nirgendwo eine komplette Versorgungsstruktur mit abgestuften Einrichtungen zur Verfügung und dem Grundsatz Rehabilitation vor Pflege kann selten Rechnung getragen werden. Wie in der gesamten Altenhilfe auch, bestehen in der gerontopsychiatrischen Versorgung Defizite in der Abstimmung der einzelnen Systeme, in der Zusammenarbeit zwischen Kostenträger und Leistungserbringer, bei der Koordinierung im Einzelfall, bei der Integration von rehabilitativen Maßnahmen, bei der Förderung der Selbstständigkeit und bei der Berücksichtigung von Nutzerinteressen.

Versorgungsbrüche entstehen außerdem durch die sozialrechtlich motivierte Unterscheidung zwischen der kurativ-medizinischen Behandlung und der rehabilitativ-pflegerischen Betreuung. Zusätzlich führen marktwirtschaftlich ausgerichtete Rationalisierungsmaßnahmen und damit verbundene Spezialisierungen auf institutioneller Ebene von Dienstleistungen zu Versorgungsbrüchen. Bei diesen, teilweise der Existenzsicherung dienenden Spezialisierungen besteht die Gefahr, dass chronisch kranke pflegebedürftige Menschen ausgeschlossen werden oder eine angemessene Reaktion auf deren multiple Problemlagen ausgelassen wird. Ferner können inter- und interdisziplinär divergierende Deutungs-, Kommunikations- und Handlungsmuster sowie Prioritätensetzung zu Versorgungsbrüchen und Unsicherheiten führen (BMFSFJ, 2004; Bundesministerium für Gesundheit, 1999; Höhmann, 2002; Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

Weitere Gründe für die defizitäre Versorgungslage in der Gerontopsychiatrie sind die ungleich zugeschriebenen Kompetenzen und Entscheidungsmächte. Eine Situation, die sich besonders in der Abhängigkeit der ambulanten Pflege von Informationen und Verordnungen von niedergelassenen Ärzten oder dem Krankenhaus zeigt (Höhmann,

2002). Diese defizitäre Versorgungssituation ist besonders für Personen, die bedingt durch Multimorbidität und chronische Erkrankungen auf mehrere Hilfeformen angewiesen sind, problematisch.

1.4.1. Stationäre Einrichtungen

Zur stationären Behandlung, Unterstützung und Pflege von gerontopsychiatrischen Patienten stehen Krankenhausbehandlung, Seniorenheime/Seniorenpflegeheime oder Wohngruppen zur Verfügung. In stationären Pflegeeinrichtungen liegt der Anteil von Bewohnern mit chronisch psychischen Erkrankungen bei bis zu über 70 % mit einrichtungsabhängigen Varianzen. In einigen Pflegeheimen stehen gerontopsychiatrische Abteilungen zur Verfügung. Krankenhausbehandlungen erfolgen zwecks Diagnostik sowie bei Überforderung oder Krisen in der ambulanten Versorgung und im Heimbereich. Dabei haben sich die gerontopsychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern vielfach zu Akutbehandlungseinrichtungen für Schwerkranke ohne adäquates soziales Umfeld entwickelt.

Gegenwärtig wird die Patientengruppe mit gerontopsychiatrischen Problemlagen vorwiegend in allgemeinpsychiatrischen stationären oder, bei vorliegender Multimorbidität, in internistischen oder geriatrischen Abteilungen, die nicht immer auf die spezifischen Notwendigkeiten dieser Patienten vorbereitet sind, behandelt. Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Krankenhausbehandlung werden in einigen Einrichtungen spezielle Abteilungen wie Depressionsstationen und Demenzstationen angeboten (Helmchen, Kanowski, 2001; Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

1.4.2. Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Einrichtungen stehen für Erkrankte zur Verfügung, die zwar in der eigenen Wohnung leben können, aber zur Ergänzung der häuslichen Angebote zusätzlicher Pflege, Behandlung oder Aufenthaltsmöglichkeiten bedürfen. Als teilstationäre Einrichtungen stehen gerontopsychiatrische Tageskliniken und Tagesstätten zur Verfügung. Tageskliniken können Hospitalisierungstendenzen vorbeugen, indem sie vollstationäre Behandlungen ersetzen und den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung erleichtern. Die Verfügbarkeit von Tageskliniken ist regional unterschiedlich und im ländlichen Bereich ist die Nutzung durch lange Anfahrtswege eingeschränkt. Tagesstätten hingegen sind in unterschiedlichster Form zunehmend flächendeckend in Deutschland vorhanden. Sie ergänzen die ambulante Pflege und stabilisieren Pflegeverhältnisse durch Entlastung der Angehörigen.

Eine besondere Form der Tagesbetreuung stellen die Betreuungsgruppen für Demenzkranke dar, in denen diese durch fachlich unterstützte Ehrenamtliche in einem 1:1-Verhältnis in Gruppen wöchentlich für mehrere Stunden betreut werden. Die von der Expertenkommission empfohlenen Gerontopsychiatrischen Zentren wurden vereinzelt in Deutschland eingerichtet. Sie kombinieren Ambulanz, Tagesklinik und Beratungsstellen und sind meist an die gerontopsychiatrische Abteilung eines Krankenhauses angeschlossen. Ziel der Gerontopsychiatrischen Zentren ist die umfassende Diagnostik und Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten (Helmchen, Kanowski, 2001; Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

1.4.3. Ambulante Versorgung

Über 80 % der psychisch kranken und/oder pflegebedürftigen älteren Erwachsenen leben in Privathaushalten. Die ambulante Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten erfolgt vor allem durch Angehörige. Zusätzlich stehen Sozialstationen, niedergelassene Haus- und Fachärzte, sozialpsychiatrische Dienste und andere Einrichtungen zur Verfügung. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Anspruchsvoraussetzungen und Kostenträger sind jedoch vielfach für Angehörige und Erkrankte schwer durchschaubar (Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

Bei den psychisch Erkrankten handelt es sich um erstmals im Alter psychisch Erkrankte und um über 60-jährige chronisch psychisch Erkrankte. Die alternden chronisch psychisch Erkrankten haben in der Regel langjährige Hospitalisierungserfahrungen und sind im allgemeinspsychiatrischen Versorgungsnetz bekannt. Schwierigkeiten können auftreten, wenn zusätzlich zur psychischen Erkrankung körperliche Pflegebedürftigkeit eintritt und die Erkrankten von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, die nicht auf diese Patientengruppe vorbereitet sind. Bei den im Alter erstmals Erkrankten besteht die Herausforderung in der Vermeidung von unnötigen Hospitalisierungen durch eine frühzeitige Erkennung und entsprechende Einleitung von Hilfe für die Erkrankten und ihre Angehörigen (BMFSFJ, 2000).

Angehörige

Von den pflegebedürftigen älteren Erwachsenen in Privathaushalten werden 90 % von Familienangehörigen und davon 73 % im gleichen Haushalt gepflegt. Dabei wird kontrovers diskutiert ob dieses Hilfef Potenzial aufgrund demographischer Entwicklungen wie abnehmender Geburten- und Kinderzahlen abnehmen wird. So wird davon ausgegangen, dass es zwar zukünftig einen höheren Anteil von Pflegebedürftigen ohne Angehörige geben wird, andererseits aufgrund der höheren Lebenserwartung die Verwitwungsrate zurückgehen und Pflege verstärkt von Lebenspartnern übernommen werden kann.

Ehepartner stellen 31 % der Pflegenden, Töchter 23 %, Schwiegertöchter 10 % , Söhne 5%, sonstige Verwandte 10 % und Nachbarn/Bekannte 7 %. Ein Drittel (32 %) der Pflegenden ist 65 Jahre alt und älter und 80 % sind weiblich. Von den in Privathaushalten lebenden Demenzkranken leben ca. 70 % mit Angehörigen und 30 % in der eigenen Wohnung. Dabei zeigten Untersuchungen, dass die Pflege besonders von Demenzkranken zu hohen emotionalen und psychischen Belastungen bei den Angehörigen führt. Sowohl bei plötzlicher als auch bei allmählicher Übernahme der Pflegeleistungen sind die pflegenden Angehörigen in der Regel nicht auf die Arbeit und ihre Auswirkungen, wie hoher zeitlicher Aufwand, Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit, Unterbrechungen des Nachtschlafs und Rollenkonflikte, und die damit verbundenen negativen gesundheitlichen und psychischen Belastungen vorbereitet. Die mit der Demenz häufig verbundenen Verhaltensprobleme erhöhen zusätzlich die Belastungen der Angehörigen erheblich und führen oft zu Heimeinweisungen.

Lediglich ein Viertel der Hauptpflegepersonen erhält professionelle und die Hälfte nicht- professionelle Unterstützung. Gründe für die Nichtinanspruchnahme sind normative Überzeugungen, dass Hilfe selbst geleistet werden sollte, Vorbehalte gegenüber Fremden in der Wohnung, Angst vor Kontrollverlust und finanziellen

Belastungen bzw. Schwellenängste hinsichtlich der Inanspruchnahme von finanzieller Unterstützung. Die Akzeptanz einer Unterstützung durch professionelle Dienste wird als letzter Ausweg gesehen und steigt mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und/oder bei instabilen familiären Pflegeverhältnissen. Die Inanspruchnahme medizinisch-pflegerischer Hilfe scheint den Angehörigen leichter zu fallen als die hauswirtschaftlicher Hilfe. Generell scheint die Zufriedenheit mit professionellen Diensten groß, wobei zu berücksichtigen ist, dass die meisten Angehörigen hinsichtlich ihrer Beurteilung keine Vergleichsmöglichkeiten haben (BMFSFJ, 2002; Gräbel, 1998; Janssen, 1999; Weyerer, 2005).

Ambulante ärztliche Versorgung

Die Fachdiskussion zur ambulanten ärztlichen Versorgung in der Gerontopsychiatrie beschäftigt sich zum einen mit der Stärkung der primärärztlichen Versorgung zur effizienten Steuerung der medizinischen Versorgungsangebote und zum anderen mit dem Zugang von gerontopsychiatrisch Erkrankten zur fachärztlichen Behandlung. Unter der Voraussetzung, dass Allgemeinmediziner fachspezifische Konsilien aufsuchen und nutzen, sprechen für die Stärkung der primärärztlichen Versorgung die damit verbundene Kontinuität der Betreuung und die Möglichkeiten, die Multimorbidität im Kontext des sozialen Umfeldes zu kennen und individuelle Behandlungspläne aufstellen zu können (Helmchen, Kanowski, 2001).

Nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie suchten 4 % der untersuchten Älteren Nervenärzte auf und die Inanspruchnahme von Hausarztkontakten war bei depressiv Erkrankten erhöht (Linden, Gilberg, Horgas, Steinhagen-Thiessen, 1996). Im Vierten Bericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ, 2002) werden die rechtzeitige Diagnostik und die Behandlung von Demenzen durch Haus- und Fachärzte in Frage gestellt.

„Grundsätzlich sollten Hausärztinnen und Hausärzte am besten in der Lage sein, dementielle Störungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der Mehrheit der Altenbevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patientinnen und Patienten vertraut sind. Eine Reihe von Studien weckt aber Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose. Teilweise sind Hausärztinnen und Hausärzte über einfache Grundlagen der Diagnostik und Behandlung dementieller Erkrankungen nur unzureichend informiert. Dies liegt zum größten Teil daran, dass es bisher nicht gelungen ist, Forschungserkenntnisse ausreichend in die Praxis zu vermitteln. Selbst Fachärztinnen und Fachärzte führen oft keine konsequente Diagnostik und somit auch keine adäquate Therapie durch (a. a. O. S. 232-233).“

Sozial- und gerontopsychiatrische Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste, die flächendeckend in unterschiedlicher Trägerschaft verbreitet und finanziell gesichert sind, arbeiten in der Regel multiprofessionell und übernehmen gesetzlich definierte Schutzmaßnahmen bei Selbst- und Fremdgefährdung und Versorgungsmaßnahmen, wenn herkömmliche Anbieter keine adäquate Hilfe leisten können. Sozialpsychiatrische Dienste können von Betroffenen und Angehörigen selbst aufgesucht werden, aber auch aufsuchend tätig werden und sind an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialfürsorge angesiedelt. Sozialpsychiatrische Dienste sind für alle Altersgruppen zuständig und

durchschnittlich mit 30 % mit gerontopsychiatrischen Versorgungsanliegen beschäftigt (Helmchen und Kanowski, 2001; Bundesministerium für Gesundheit 1999; Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

An einigen Orten wurden gerontopsychiatrische Dienste eingerichtet, um den speziellen Bedürfnissen von älteren Erkrankten gerecht zu werden. Gerontopsychiatrische Dienste sind vorwiegend aufsuchend tätig, arbeiten eng mit Angehörigen zusammen und haben zum Ziel, die vertraute Lebensumgebung zu erhalten, erforderliche Hilfe zu vermitteln und die Patienten bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit zu unterstützen (Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

Gedächtnisambulanzen (Memory-Kliniken)

Gedächtnisambulanzen wurden eingerichtet, um mittels eines interdisziplinären Assessments eine umfassende Diagnostik von kognitiven Leistungseinbußen, bei Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, zu ermöglichen. Derzeit existieren in Deutschland etwa 70 solcher Einrichtungen zur Früherkennung von kognitiven Störungen, Diagnose von Demenzerkrankungen, Einleitung pharmakologischer Behandlung, Entwicklung nicht medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten, Beratung von Patienten, Angehörigen und Professionellen, zur genetischen Beratung und Forschung. In der Regel sind die Gedächtnisambulanzen an eine Klinik angebunden (Kurz, Jansen, Tenge, 2003).

Ambulante Pflegedienste (Sozialstationen)

Das Basis-Leitungsspektrum von Sozialstationen umfasst Grund- und Behandlungspflege für alle Altersgruppen. Zusätzlich bieten viele Dienste hauswirtschaftliche Versorgung, psychosoziale Betreuung und Beratung, Fahrdienste, Sterbebegleitung und Pflegehilfsmittelverleih an (Kurz, Jansen, Tenge, 2003). Inhalte und Finanzierung der Leistungsangebote sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Die ambulanten Dienste befinden sich zu 51 % in privater, 47 % in freigemeinnütziger Trägerschaft und 2 % in öffentlicher Trägerschaft. Nahezu die Hälfte (48 %) der Beschäftigten haben einen Abschluss als Pflegefachkraft (Alten-, Kranken- oder Kinderpflegerin), 8 % sind als Pflegehelferin ausgebildet, 11 % haben einen sonstigen pflegerischen oder sozialen Berufsabschluss (BMFSFJ, 2002).

Es liegen kaum repräsentative Studien über die Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten in Sozialstationen vor. Eine Studie in der Stadt Mannheim belegte, basierend auf Überweisungsdiagnosen, 10 % Demenzerkrankte unter den Kunden der ambulanten Pflegedienste. Wegen der bereits beschriebenen mangelnden Diagnostizierung der Erkrankungen durch die Hausärzte stellen Überweisungsdiagnosen jedoch keine zuverlässige Datenquelle dar. Leitfadengestützten Angaben von Pflegekräften zufolge liegt der Prozentsatz der versorgten Demenzkranken bei 21 %, davon 8,2 % schwerere und 12,8 % leichtere Demenzformen (Schäufele, Lindenbach, Cooper, 1995; Weyerer, 2005).

Tabelle 6. Leistungsspektrum von ambulanten Pflegediensten.

Angebot	Inhalte	Ausführende Berufsgruppe	Finanzierung
Grundpflege ¹	Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern, Anleitung von Angehörigen.	Exam. Kranken-oder Alten-Pflegerinnen, Hauspflegerinnen ²	Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) Bundessozialhilfegesetz (BSHG) Patient/Angehörige
Behandlungspflege ¹	Ärztlich verordnete Blutdruckmessungen, Medikamentenüberwachung, Verbandwechsel, Injektionen, Sondenernährung, Katheter- und Stomaversorgung, Beobachtung.	Examinierte Kranken-oder Altenpflegerinnen	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Patient/Angehörige
Hauswirtschaftliche Versorgung ³	Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Wäschewechsel und Haushaltsführung.	Hauspflegerinnen	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) Bundessozialhilfegesetz (BSHG) Patient/Angehörige
Psycho-soziale Betreuung ³	Begleitung bei Einkäufen, Arztbesuchen, Behördengängen, Tagesstrukturierung und Beaufsichtigung.	Hauspflegerinnen, Examinierte Kranken- oder Altenpflegerinnen.	Bundessozialhilfegesetz (BSHG) Patient/Angehörige
Entlastung von Angehörigen ³	Anleitung von Ehrenamtlichen Niedrigschwellige Angebote (z.B. Gruppenbetreuung)	Examinierte Kranken- oder Altenpflegerinnen Sozialarbeiterinnen Ehrenamtliche	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG)
Beratung ³	Gesundheitliche Fragen, Pflegehilfsmittel, Kosten- und Finanzierungsfragen, Antragstellung, Zusätzliche Leistungsanbieter wie mobiler Mittagstisch, Fahrdienste und Hausnotrufdienste.	Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen	In der Regel keine direkte Abrechnung für Leistungen.

¹ Basisangebot aller ambulanten Pflegedienste, ² Alternativ wird auch der Begriff Pflege-oder Hauswirtschaftshelferin verwendet. Hier wird der in Berlin übliche Begriff Hauspflegerin benutzt. ³ Wird nicht von allen Pflegediensten angeboten.

Die Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten, vor allem von Demenzkranken, stellt neben Zeitdruck und der Betreuung/Begleitung von Sterbenden eine Hauptbelastung für alle, besonders jedoch für die geringer qualifizierten Mitarbeiterinnen in der hauswirtschaftlichen Pflege dar (Barthelme, Garms-Homolova, Polak, 1999). Mitarbeiterinnen von Sozialstationen sind in der Regel inhaltlich und zeitlich nicht auf die Betreuung von gerontopsychiatrischen Patienten eingerichtet. Verhaltensstörungen wie Halluzinationen, aggressives Verhalten und depressive Verstimmungen können Hilflosigkeit oder Angst bei den Pflegenden auslösen und unangemessenes Verhalten von Pflegenden kann gerontopsychiatrische Symptome verstärken. Vergleichbar mit der Situation von

Angehörigen sind Folge dieser Situation Überforderungs- und Belastungsgefühle seitens der Pflegenden und der potenzielle Zusammenbruch der ambulanten Betreuung.

Weniger qualifizierte Pflegerinnen in der hauswirtschaftlichen Versorgung (Hauspflegerinnen) verbringen meist mehr Zeit mit gerontopsychiatrischen Patienten als andere Berufsgruppen der Sozialstation. Diese Pflegerinnen absolvieren zu Beginn ihrer Tätigkeit Einführungsseminare, die gerontopsychiatrische Pflegeprobleme mit einschließen und haben im Verlauf ihrer Tätigkeit weitere Gelegenheit, an internen und externen Bildungsangeboten teilzunehmen. Sie erhalten jedoch in der Regel keine auf einzelne Klientinnen bezogene Anleitung zum Umgang mit den individuellen gerontopsychiatrisch Erkrankten und müssen den Transfer des Gelernten auf die jeweilige Problemlage selbst leisten. Während sich viele dieser Helferinnen zu Expertinnen im Umgang mit den Erkrankten entwickelt haben und von Einsatzleitungen gezielt bei gerontopsychiatrisch Erkrankten eingesetzt werden, ist jedoch davon auszugehen, dass mit dem Einsatz von nicht angeleiteten Helferinnen Kompetenzerhaltungs- oder förderndes Verhalten vernachlässigt und konfliktauslösendes Verhalten nicht erkannt wird mit der potenziellen Folge von eskalierenden Symptomen und Institutionalisierungen der Erkrankten. Obwohl in vielen Modellprojekten die Verbesserung der Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten durch Sozialstationen gelang, bleibt eine umfassende finanziell abgesicherte Lösung noch aus (Helmchen, Kanowski, 2001; Schmitt und Wojnar, 1999). Mit dem zunehmend verfügbaren Weiterbildungsangebot zur gerontopsychiatrischen Fachkraft für die Basisqualifikation Kranken- und Altenpflege und sozialarbeiterische/pädagogische Berufsgruppen kann jedoch die Hoffnung einer zukünftigen Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung durch Sozialstationen verbunden werden.

Im Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung wird den ambulanten Pflegediensten eine zentrale Rolle zugesprochen. Begründet wird dies mit dem hohen Anteil von zu Hause lebenden gerontopsychiatrisch Erkrankten, dem wohnortnahen aufsuchenden Charakter und der hohen Akzeptanz in der Bevölkerung. Für die ambulante psychiatrische Versorgung durch Sozialstationen werden die folgenden Zielstellungen aufgeführt:

- „Erreichung einer größeren Zahl psychisch Kranker und Pflegebedürftiger,
- Erhaltung der Häuslichkeit der Erkrankten durch gezielte Interventionen,
- Beratung von pflegenden Angehörigen zur Stabilisierung der Häuslichkeit,
- Vermeidung/Verkürzung von stationär-psychiatrischer und somatischer Behandlung,
- Betreuung beim Übergang vom stationären in den häuslichen Bereich,
- Ausführung und Kontrolle (fach)-ärztlicher Behandlungspläne (Bundesministerium für Gesundheit, 1999, S. 110).“

Außerdem werden die folgenden von der Sozialstation durchführbaren Interventionen genannt:

- „Planung eines strukturierten Tagesprogramms,
- Schaffung von orientierungserleichternden Umfeldbedingungen,
- gezielte Krankenbeobachtung im häuslichen Bereich hinsichtlich Veränderungen der gerontopsychiatrischen Symptomatik, auch unter medikamentöser Behandlung und ggf. Rückmeldung an den Arzt,
- Sicherstellung der medikamentösen Compliance,
- Beobachtung von Nebenwirkungen bei psychopharmakologischer Behandlung und Rückmeldung an den Arzt,
- Erkennen von Selbst- und Fremdgefährdung,
- Symptomorientierte Übungen des Patienten (z. B. zur Steigerung der Konzentrationsfähigkeit, der Aufmerksamkeit, des Antriebs und der Selbstsicherheit,
- angemessene Maßnahmen der Förderung sozialer Kontakte,
- Unterstützung und Beratung von Angehörigen (Bundesministerium für Gesundheit, 1999, S. 110-111).“

Die Autoren betonen, dass ambulante Pflegedienste, um die genannten Leistungen durchführen zu können, regelmäßiger Fortbildungsmaßnahmen und permanenter begleitender Supervision bedürfen.

1.4.4. Modelle und Projekte zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung

Auswertungen von ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Projekten belegen Therapie-, Rehabilitations-, Versorgungs- und Fördermöglichkeiten für psychisch erkrankte ältere Menschen und damit Alternativen für Institutionalisierungen. Grundlage der folgenden Ausführungen sind der 1999 erstellte Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung und die ambulanten gerontopsychiatrischen Projekte des Bundesmodellprogramms „Altenhilfstrukturen der Zukunft“ (BMFSF, 2004; Bundesministerium für Gesundheit, 1999).

In einem Bericht des Bundesministerium für Gesundheit (1999) wurden drei Modellgenerationen zur Erprobung der Verbesserung der ambulanten und teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung identifiziert. Als Modelle der ersten Generation werden Projekte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung durch Sozialstationen genannt. Zwischen 1985 und 1997 entstanden bundesweit Projekte zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung, bei denen auf Dauer angelegte gerontopsychiatrische Pflege durch qualifizierte Fachkräfte, meist mit der Ausbildung Krankenpflege, Altenpflege, Sozialarbeit oder Pädagogik, im Rahmen einer Sozialstation geleistet wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 1999; Kretschmann, 1988). Durch die Modelle sollten die Aufgabeninhalte generell und in Abgrenzung zur häuslichen Krankenpflege beschrieben und Finanzierungsmöglichkeiten erkundet werden. Die in den Projekten eingesetzten Fachkräfte hatten die Schwerpunkte individuelle langfristig angelegte psychosoziale Patientenbetreuung, Entlassungsplanung und -durchführung, Patientengruppen, Angehörigenberatung und Durchführungen von Fort- und

Weiterbildungsmaßnahmen. Die Fachkräfte übernahmen in der Regel keine Grund- und Behandlungspflege.

Während alle Projektauswertungen nahe legten, dass Sozialstationen bei entsprechender personeller Ausstattung geeignet sind, kostengünstig gerontopsychiatrische Patienten ambulant zu versorgen und Institutionalisierung zu vermeiden oder hinauszuzögern, gelang lediglich in Nordrhein-Westfalen eine dauerhafte Finanzierung. Gründe für die Ablehnung der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen waren die, mit den zeitlich unbegrenzt angelegten Leistungen der Fachkräfte verbundenen hohen Kosten und fehlende Wirkungsnachweise.

Unter den Modellen der zweiten Generation subsumieren die Autoren Ansätze, die auf die Verbesserung der Versorgungsqualität in einer bestimmten Region abzielten. Dazu gehören Aktivitäten zur Beratung und Entlastung von pflegenden Angehörigen, gerontopsychiatrische Dienste für gerontopsychiatrisch Erkrankte mit geringer körperlicher Pflegebedürftigkeit, Tagesstätten, Beratungsstellen und multiprofessionelle Teams in Sozialstationen zur Weiterbildung der Mitarbeiterinnen, diagnostische Abklärung, Pflegeplanung und Gremienarbeit zur Hinarbeitung auf strukturelle Verbesserungen. Auch diese Fachkräfte übernahmen keine Grund- und Behandlungspflege.

Ebenfalls unter dieser Modellgeneration nennen die Autoren ein Projekt zur Verbesserung des Übergangs von der stationären in die ambulante gerontopsychiatrische Versorgung. Dabei wird durch diagnostische Hausbesuche, solange der Patient noch stationär ist, das Leben in der Wohnung wieder trainiert, der konkrete Versorgungsbedarf festgestellt und der Patient auch nach der Entlassung zeitlich begrenzt weiter begleitet, um die Verträglichkeit der häuslichen Situation zu beobachten und gegebenenfalls die Dienstleistungen den Bedürfnissen anzupassen (Bundesministerium für Gesundheit, 1999; Schmitt, 1997).

Zu den Modellen der dritten Generation gehören die gerontopsychiatrischen Zentren mit ihrem abgestuften Behandlungs- und Betreuungsangebot und die gerontopsychiatrischen Versorgungsverbände zur Koordination von Leistungen zur Sicherung der Behandlungskontinuität durch bessere Abstimmung der regionalen Anbieter sowie der Identifikation von Versorgungslücken und Aktivitäten, diese zu schließen. Während gerontopsychiatrische Versorgungsverbände zunehmend etabliert werden, ist die Entwicklung der gerontopsychiatrischen Zentren stagnierend.

Das Modellprojekt Altenhilfestrukturen der Zukunft des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) beinhaltete regional über ganz Deutschland verteilte Projekte zur Weiterentwicklung der Altenhilfe auf den Handlungsebenen Struktur- und Systementwicklung; Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation; Lebenswelten und örtliche Ebenen; und besondere Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demenzkranke.

Die Projekte zielten entweder auf die konkrete Verbesserung der Versorgungsqualität oder waren strukturbildend im Hinblick auf eine bessere Versorgung und Vernetzung ausgerichtet. Die Projekte zur Verbesserung der Versorgungsqualität dienten vorwiegend der Entlastung von Angehörigen durch Schaffung von zeitlichen Freiräumen, Vermittlung von theoretischer und praktischer Kompetenz, der sozialen

Integration von Erkrankten und Angehörigen, Anerkennung des Patienten und der Pflegeleistung und Wiederherstellung der psychosozialen Balance des Familiensystems. Diese Zielsetzungen wurden in den bundesweit regional gestreuten Projekten jeweils unterschiedlich durch Pflegekurse und/oder unmittelbare Entlastung im häuslichen Betreuungskontext durch qualifizierte freiwillige Tagesmütter oder durch ebenfalls von Freiwilligen geleiteten Gruppenangeboten erreicht. Von 20 Projekten hatten 10 die Zielgruppe gerontopsychiatrisch Erkrankte mit Schwerpunkt Demenz und von diesen bezogen sich 7 auf die ambulante Situation. Exemplarisch werden im Folgenden vier der gerontopsychiatrischen Projekte beschrieben:

- a) Mit dem Projekt Gerontopsychiatrische Verbundstruktur in Cottbus sollten langfristige Kooperationsstrukturen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung geschaffen werden. Dazu wurden in zwei Regionen regelmäßige Verbundkonferenzen zur Verbesserung der Patientenüberleitung verbunden mit Weiterbildungsangeboten etabliert und dauerhaft institutionalisiert.
- b) Bei dem Modellprojekt des Kirchen- und Nachbarschaftszentrums KUNZ in Bielefeld wurde, eingebettet in andere Angebote des Nachbarschaftszentrums, eine wohnortnahe, von Freiwilligen gemeinsam mit einer Pflegefachkraft durchgeführte Gruppenbetreuung für Demenzkranke angeboten. Die freiwilligen Helferinnen erhielten dabei keine strukturierte Weiterbildung, sondern wurden während der Gruppenaktivitäten angeleitet. Das Modell demonstrierte, wie mit vergleichsweise geringem Einsatz von hauptamtlichem Personal ein wichtiger Baustein für die Entlastung von Angehörigen und Betreuung von Demenzkranken geleistet werden kann.
- c) Im Rahmen des Stuttgarter Modells „Vierte Lebensphase“ wurden allein stehende psychisch beeinträchtigte alte Menschen von Freiwilligen betreut, um einer Verstärkung von Krankheitssymptomen entgegenzuwirken. Die von Professionellen angeleiteten und begleiteten Freiwilligen erweiterten durch Hausbesuche und außerhäusliche Aktivitäten soziale Kontakte, boten psychosoziale Begleitung bei Krisensituationen an, begleiteten die Kranken zu Behörden und Ärzten und führten entlastende Gespräche. Die Einsätze der Freiwilligen waren rechtlich abgesichert, inhaltlich klar festgelegt und zeitlich begrenzt. Bei diesem Projekt wurde, basierend auf einer engen Zusammenarbeit zwischen den Freiwilligen und Hauptamtlichen, eine stabile Betreuungsstruktur für die besonders vulnerablen alleinstehenden gerontopsychiatrisch Erkrankten geschaffen.
- d) Beim Projekt Tagesmütter für Demenzkranke in Daaden Herdorf sollten mit einem niedrighwelligen flächendeckenden Angebot Angehörige und Pflegedienste unterstützt werden. Dabei wurden Laien als Tagesmütter qualifiziert, ein Angehörigencafé eingerichtet und eine Betreuungsgruppe für Demenzkranke mit einer 1:1-Betreuung durch die Tagesmütter etabliert.

Im Abschlussbericht des Bundesmodellprogramms wird beschrieben, dass eines der bemerkenswertesten Ergebnisse des Modellprogramms der Nachweis ist, „dass die Möglichkeit besteht, durch Mobilisierung von ehrenamtlichem Engagement eine stabile und die professionelle Pflege ergänzende Möglichkeit zur Betreuung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen zu schaffen. Die Tätigkeit von freiwilligen

Helferinnen und Helfern entlastet die Angehörigen und hat im Vergleich zu professionell erbrachten Pflegeleistungen ihre *eigene soziale Qualität* (Hervorhebung im Bericht, BMFSFJ, 2004, S. 12). Im folgenden Kapitel wird auf das Projekt „Case Management mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen“ zur Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in Heidelberg näher eingegangen.

1.5. Case Management

Case Management entstand vor über 25 Jahren im anglo-amerikanischen Raum und ist eine aus der Sozialarbeit stammende Methode zur effizienten Unterstützung von Hilfebedürftigen unter Einbezug des Hilfsbedürftigen selbst sowie seines Umfeldes. Ziel von Case Management ist die Sicherstellung einer optimalen Unterstützung bei Vermeidung von unnötigen Kosten (Appelbaum und Austin, 1990; BMfG, 2000; BMFSFJ, 2004; Cohen und Cesta, 1997; Ewers, 1996; Ewers, Schaeffer, 2000; Klein, 1996; Löchenbach, Klug, Rummel-Fassbender, Wendt, 2003; Reiff, Shore, 1997, Rapp, 1998; Wendt, 2003; Wendt, 1997; Wendt, 1995).

Der Begriff „Case“ steht dabei nicht unbedingt für einen Menschen, sondern für eine problematische Situation, die umfassend zu verbessern ist. Case Management ist als eine Methode im Sinne eines zielgerichteten, bestimmte Regeln umfassenden Prozesses zu verstehen (Friedrichs, 1980). Case Management kann in variablem institutionellen und dienstlichen Kontext zur Handhabung von Prozessen auf der personalen Handlungsebene oder als Organisations- oder Systemkonzept in administrativer Funktion stattfinden und die Art der Umsetzung und die einzelnen Dimensionen des Case Managements können nacheinander oder parallel eingesetzt werden (Wendt, 2003).

Während Case Management in Deutschland ursprünglich als neue Methode in der Sozialarbeit eingeführt wurde, umfassen die Zielgruppen und beruflichen Verortungen des Case Managements jetzt die gesamte Lebensspanne sowie alle Lebensformen und humandienstliche Systeme einschließlich der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, der Krankenkassen, dem Arbeitsamt, der Straffälligenhilfe und der Obdachlosenhilfe. Diese Bandbreite der Anwendungsgebiete spiegelt sich auch in den Berufsgruppen, die Case Management durchführen, wider. Während zunächst die Berufsgruppe Sozialarbeit in Deutschland hauptsächlich mit der Durchführung des Case Managements in Verbindung gebracht wurde, arbeiten heute Pflegekräfte, Hausärztinnen, Verwaltungsangestellte und andere Berufsgruppen nach der Methode (Raiff und Shore, 1997; Wendt, 2003; Wendt, 1997).

In der Altenhilfe wird Case Management vorwiegend eingesetzt, um Diskontinuitäten zu begegnen, auch im Falle von Pflegebedürftigkeit, eine maximale Selbstständigkeit zu unterstützen und um dem Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ gerecht zu werden. Case Management wird dabei vor allem zur Unterstützung der ambulanten Versorgung und bei Übergängen von einer Versorgungsform zur anderen eingesetzt (BMFSFJ, 1999). Im Folgenden werden die Entstehungsgeschichte, Definitionen, Funktion, strukturelle Voraussetzungen und Forschungsstand der Methode Case Management unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit psychisch kranken älteren Menschen vorgestellt.

1.5.1. Entstehungsgeschichte von Case Management in den USA, Großbritannien und der BRD

Während in Großbritannien und den USA Case Management mit staatlicher Unterstützung vor etwa 35 Jahren fast gleichzeitig entwickelt wurde, wird Case Management in Deutschland seit 15-20 Jahren diskutiert und vorwiegend im Rahmen von Modellprojekten erprobt (Ewers, 1996; Klein, 1996; Wendt, 1997; Wendt, 1995; Wißman, 1995; Wissert, 1996).

Entstehung von Case Management in den USA

Der Beginn von Case Management in den USA wird bis zur frühen Siedlerbewegung auf 1863 zurückdatiert (Ewers, 1996). Die Entwicklung des heute aktuellen methodischen Ansatzes „Case Management“ begann für ein Klientel mit komplexen Problemlagen und wurde hauptsächlich von Sozialarbeitern angeboten (Cohen und Cesta, 1997). Anfang der siebziger Jahre wurden psychisch kranke, geistig behinderte und pflegebedürftige Menschen im Zuge eines nationalen Enthospitalisierungsprogramms aus Heimen und Anstalten entlassen. Adäquate Vorbereitungsmaßnahmen im ambulanten Bereich wurden nicht getroffen und für die in den ambulanten Bereich entlassenen Menschen standen entweder keine Unterstützungsmöglichkeiten zur Verfügung oder es waren erhebliche Zugangsbarrieren zu überwinden.

Resultat der Situation war eine Unterversorgung. Für das Klientel der psychisch kranken Menschen legte das National Institute of Mental Health (NIMH) 1977 ein Programm zur Bewältigung der Situation vor, in dem Case Management eine entscheidende Rolle spielte (Reiff und Shore, 1997; Wendt, 1997; Wendt, 1995; Chamberlain und Rapp, 1991). Für pflegebedürftige ältere Menschen wurde 1973-1985 vom „US Department of Health and Human Services“ das „National Long Term Care Demonstration“-Projekt zur Evaluation von Case Management in der ambulanten Altenhilfe durchgeführt (Applebaum und Austin, 1990; Carcagno und Kemper, 1988).

„ The demonstration - known as channeling - was a rigorous test of the effectiveness of comprehensive case management and expanded community services in serving as a way to contain the costs of long-term care of the elderly and to improve the quality of life of elderly clients and the family members and friends who care for them.“ (A. a. O., S. 2)

Basierend auf den positiven Ergebnissen des Projekts wurden 1990 für langfristig auf Hilfe angewiesene Menschen mit Anspruchsberechtigung auf staatliche finanzielle Unterstützung Case Management-Programme unter dem Begriff „Long Term Care Management“ eingerichtet (Applebaum und Austin, 1990; Raiff und Shore, 1997).

Mitte der achtziger Jahre erkannten Krankenschwestern in USA in Case Management, dem „ Nursing Case Management“, eine Möglichkeit zur effizienten stationären Begleitung von Patienten durch den Behandlungsprozess, zur Entlassungsplanung und zur Organisation der poststationären Versorgung (Cohen and Cesta, 1997; Wendt, 1997). Nursing Case Management entwickelte „care multidisciplinary action plans“ (MAPs), mit Hilfe derer der Behandlungsprozess im Krankenhaus nach

Problemfeldern in „clinical pathways“ standardisiert und auf Effizienz kontrolliert werden kann.

Zur Sicherstellung der poststationären Behandlung und Versorgung haben sich Überleitungsmodelle entwickelt, im Rahmen derer Nursing Case Manager des Krankenhauses mit Case Managern im ambulanten Bereich kooperieren und eine kontinuierliche Pflege und Betreuung garantieren (Cohen and Cesta, 1997). Heute ist Case Management in den USA fester Bestandteil der gesamten sozialen, pflegerischen und medizinischen Versorgung im stationären und ambulanten Bereich und wird auch freiberuflich angeboten.

Entstehung von Case Management in Großbritannien

In England wurde Case Management als Reaktion auf die politische Forderung nach effektiver und effizienter Arbeitsweise von der zentralstaatlichen Gesundheitsverwaltung implementiert. Sozialarbeiter erhielten 1970 im Rahmen von Modellprojekten zur teilstationären Versorgung älterer pflegebedürftiger Erwachsener in der Gemeinde ein Budget von zwei Dritteln der Kosten für Heimpflege. Durch Vermeidung von Heimaufnahmen konnten Einsparungen und damit die Kostenwirksamkeit von Case Management nachgewiesen werden. Nach 1980 verlangte die Regierung eine unternehmerisch kompetente und produktive Administration einschließlich des staatlichen Gesundheitswesens. Basierend auf Expertenberichten und den Erfahrungen der Modellversuche wurde 1990 der National Health Service and Community Care Act verabschiedet, mit der Vorgabe, dass so genannte Care Manager der örtlichen Sozial- und Gesundheitsbehörde, mit Ausbildungen als Sozialarbeiterinnen oder Krankenpflegerinnen, unter Absprache mit ihrem Klientel einen bestimmten Etat verwalten, im Rahmen dessen individuelle Dienstleistungen organisiert und finanziert werden. Anstatt Case Management wurde die Bezeichnung Care Management gewählt, da der Prozess der Versorgung und nicht die Betreuung einer Person im Mittelpunkt der Bemühungen stehen sollte (Wendt, 1997; Ewers, 1996).

Case Management in der BRD

Die Diskussion um den methodischen Ansatz Case Management wurde in der BRD in den späten 80er Jahren von Wendt mit auf ausgewählter US-amerikanischer und britischer Literatur basierenden Veröffentlichungen eingeleitet (Wendt, 1997; Wendt, 1995). Inzwischen ist Case Management eine etablierte Methode im Sozial- und Gesundheitswesen und im Juni 2005 wurde die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) gegründet mit dem Ziel, die Entwicklung von Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen zu fördern und eine einheitliche Case Management-Weiterbildung zu etablieren (Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, 2006).

In der Altenhilfe wurde der Ansatz Case Management begrüßt und es wurden verschiedene Modelle von Case Management, wie z. B. die Koordinierungsstellen zur Planung von Rehabilitationsprozessen, zur Vernetzung von Diensten, Überleitungsprojekte zur Verbesserung der poststationären Versorgung, Hausarzt-Modelle zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung und Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung, erprobt

(BMFSFJ, 1999; Ewers und Schaeffer, 2000; Ewers, 1996; Wissert, 1996; Wendt, 2003; 1998; 1997; 1995; Klein, 1996).

Case Management wird in der bundesrepublikanischen Altenhilfe nach wie vor mit der Hoffnung auf verbesserte Vernetzungsstrukturen, Koordination und Kooperation und Integration von Versorgungspfaden und damit Kosteneinsparungen und erhöhte Nutzerzufriedenheit verbunden. Ursprünglich wurde die Offenheit dem Case Management gegenüber durch die folgenden sich bedingenden Umstände gefördert:

- Einführung der Pflegeversicherung (SGBXI), verbunden mit der materiellen Verbesserung von langfristig auf Versorgung angewiesenen Menschen und entsprechendem Beratungsbedarf hinsichtlich der mit dem Leistungsanspruch verbundenen Optionen.
- Entstehung neuer ambulanter Dienstleistungen einhergehend mit einem Beratungsbedarf hinsichtlich Wahl, Zugangsvoraussetzungen und Finanzierungsmöglichkeiten dieser Einrichtungen.
- Versicherungsrechtliche Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung sowie von medizinischer Behandlung und Pflege und der damit entstehenden Schnittstellenproblematik.
- Innovationsdruck seitens Kostenträger und Leistungserbringer in der Krankenversorgung und Pflege.
- Profilierungsbestrebungen der Berufsgruppen Sozialarbeit und Krankenpflege.
- Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels in der Altenhilfe mangels Mitarbeiterinnen für Pflegeaufgaben (Ewers und Schaeffer, 2000; Ewers, 1996).

In West-Berlin wurde das erste Case Management-Projekt „Ergänzende Maßnahmen zur ambulanten Rehabilitation älterer Menschen“ zwischen 1994 und 1996 durchgeführt. Das Projekt war an zwei Krankenhäuser angegliedert und konnte Kosteneffektivität durch die Vermeidung von Heimeinweisungen nachweisen. Basierend auf diesem erfolgreichen Projekt wurden 1999 die Berliner Koordinierungsstellen für die ambulante Rehabilitation älterer Menschen, finanziert durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, flächendeckend in allen Berliner Bezirken eingerichtet (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin, 1999).

Die Mitarbeiter, vorwiegend Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, sollen älteren Menschen durch Beratung zur selbstständigen Lebensführung trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Behinderungen verhelfen, die Effektivität von Dienstleistungen durch eine verbesserte Vernetzung erhöhen und bestehende Lücken im derzeitigen Versorgungssystem aufdecken. Die Koordinierungsstellen arbeiten in eigenständigen Organisationen, erbringen selbst keine Versorgungsleistungen und konkurrieren damit nicht mit Dienstleistungsanbietern. Zielgruppe sind ältere Erwachsene mit vorwiegend somatischen Problemlagen.

Obwohl die Beteiligung des Klienten bei den Koordinierungsstellen betont wird, wird bei Klienten mit gerontopsychiatrischen Problemlagen vorwiegend mit den Angehörigen gearbeitet. In informellen Gesprächen mit Mitarbeitern der Koordinierungsstellen wurden gerontopsychiatrische Problemlagen, wenn nicht auf Angehörige zurückgegriffen werden kann, als Ausschlusskriterium genannt (Gerecke und Wißmann, 1998; Klein, 1996, Wissert, 2003; 1996). Weitere auf dem Case

Management-Ansatz basierende Koordinierungsmodelle wurden zum Beispiel in Baden-Württemberg, Hessen und Hamburg modellhaft erprobt (BMFSFJ, 1999).

Einhergehend mit dem Versuch, diese Koordinierungsstellen zu etablieren und die Sozialarbeit zu modernisieren, wurde in der deutschen Literatur als deutsches Synonym für Case Management der Begriff Unterstützungsmanagement eingeführt und konzeptionell und methodisch von Case Management abgegrenzt (Sauer, Wissert, 1997; Wendt, 1998, 1997, 1995; Wissert, 1998). Vertreter des Unterstützungsmanagements kritisierten, dass die meisten Case Management-Varianten in der BRD inhaltlich und räumlich zu kurz greifen, die Beteiligung und Aktivierung der Klienten methodisch und instrumentell vernachlässigen würden und organisatorisch falsch angebunden seien. Zwar würden hoch differenzierte Assessments erhoben, individuelle Copingstrategien und der sich daraus ergebende Hilfebedarf würden jedoch nicht ausreichend integriert werden (Wissert, 1998). Unterstützungsmanagement hingegen sei ein „genuin sozialarbeiterischer Beratungsansatz“ und unterscheide sich vom Case Management wegen der dem Unterstützungsmanagement eigenen „Support-Funktion“ (a. a.). Die „Support-Funktion“ hätte die Aufgabe, die Planungsbeteiligung und Selbstbestimmung der hilfebedürftigen alten Menschen zu sichern, passende Personen, Gruppen und Institutionen zu finden und durch ausreichende und geeignete Unterstützungsleistungen zu befähigen, zur gemeinsamen Bearbeitung des jeweiligen Problems beizutragen und im Hinblick auf die vereinbarten Ziele schnellstmöglich eine Lösung herbeizuführen (a. a. O., S. 335). Das Unterstützungsmanagement würde sich hinsichtlich der „Beratungsrichtung“ an sozialarbeiterischen Beratungsinhalten orientieren und es Menschen ermöglichen, „komplexe, äußere und innere Problemlagen zu bewältigen: Der alte Menschen in seiner gesundheitlichen Krise muß zunächst erkennen können, in welcher Lebenslage er sich befindet, was er hinsichtlich seiner zukünftigen Lebensgestaltung will und welche Mittel er für notwendig und geeignet hält, diese Ziele zu erreichen“ (a. a. O.). Die Beratungstiefe des Unterstützungsmanagements würde sich jedoch von sozialarbeiterischen psychosozialen Beratungsansätzen, in denen biographisch bedingte problematische Entwicklungen und durch Persönlichkeits- und Kommunikationsstrukturen ausgelöste Problemlagen bearbeitet werden würden, unterscheiden. Unterstützungsmanagement beschränke sich hingegen auf die Klärung der gegebenen Ausgangslage und die Gestaltung des Hilfeprozesses zur Behebung des aktuellen Problems. Wenn notwendig, würde das Unterstützungsmanagement dabei zu „einem Zugang zu Beratungsformen, die sich mit Problemlagen mit hauptsächlich intra- und interpersonellem Bezug befassen“, verhelfen (a. a. O., S. 336). Unterstützungsmanagement sollte entweder an Arztpraxen, Krankenhaus oder Sozialstation angebunden werden oder von einer neutralen Beratungsstelle aus angeboten werden (Wissert, 1998).

Dieser Versuch, Unterstützungsmanagement von der klassischen Form des Case Managements abzugrenzen und die Beziehung zum Klienten weniger zu beachten, sondern Effektivität und Effizienz in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen, wurde als Unterstützung der Ökonomisierung des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens kritisiert (Ewers und Schaeffer, 2000). In neueren Veröffentlichungen zum Case Management wird die Notwendigkeit einer engen Beziehung zum Klienten, um dessen spezifische Situation zu berücksichtigen, auch

von den Vertretern des Unterstützungsmanagements unterstrichen (Wendt, 2003; Wissert, 2003).

1.5.2. Definitionen von Case Management

Die „Nationale Association of Social Work (NASW)“ in USA beschreibt Case Management in der Sozialarbeit als eine Herangehensweise, die etablierte Konzepte und Techniken der Sozialarbeit umfasst. NASW (1992) weist auf den Mangel einer allgemein akzeptierten Definition von Case Management hin:

„ ...there is no universally accepted definition of case management, nor is there one definite model of case management as practiced within the social work profession (NASW 1992 www)“

und definiert Case Management in der Sozialarbeit folgendermaßen:

„Social work case management is a method of providing services whereby a professional social worker assess the needs of the client and the client's family, when appropriate and arranges, coordinates, monitors, evaluates and advocates for a package of multiple services to meet the specific client's complex needs.“ (A. a. O., www)

NASW grenzt Case Management in der Sozialarbeit von anderen Anwendungsgebieten ab.

„Distinct from other forms of case management, social work case management addresses both the individual client's biopsychosocial status as well as the state of the social system in which case management operates.“ (A. a. O., www)

Case Management in der Pflege, „Nursing Case Management“, wird von Cohen (1997) folgendermaßen definiert:

“The definition of nursing case management varies depending upon the discipline that employs it, the personnel and staff mix used, and the setting in which the model is implemented. Primarily borrowing principles from managed care systems, nursing case management is an approach that focuses on the coordination, integration and direct delivery of patient services and places internal controls on the resources used for care. Such management emphasizes early assessment and intervention, comprehensive care planning and inclusive service system referrals.” (A. a. O., S. 5)

Eine Form von Case Management mit schwer psychisch Kranken, „The Strengths Model“, wird wie folgt definiert:

„The purpose of case management in the Strengths Model is to assist consumers in identifying, securing, and sustaining the range of resources – both environmental and personal – needed to live, play, and work in a normally interdependent way in the community. Furthermore, case management is individually tailored to the unique needs of each person who requests services: A

Strengths Model of case management helps people achieve the goals they set for themselves.“ (Rapp, 1998, S. 44)

Auffallender Unterschied zwischen den drei Definitionen ist die Benennung des Hilfeempfängers als Klient bei der Definition der NASW (1992), als Patient bei der Definition von nursing case management (Cohen, 1997) und als Konsument bei der Definition von Rapp (1998). Bei der Definition von Rapp (1998) wird die Selbstbestimmung des Konsumenten in den Mittelpunkt gestellt und dem Case Manager fällt eine assistierende Position zu (a. a. O.).

1.5.3. Grundfunktionen und methodische Komponenten von Case Management

Beim Case Management werden verschiedene Modelle hinsichtlich der inhaltlichen Grundfunktionen, der methodischen Komponenten, der Zielgruppe und der Ablauforganisation unterschieden. Die verschiedenen Case Management-Ansätze können den drei Grundfunktionen Broker-, Gate-Keeper- und Advocacy-Funktion zugeteilt werden (Wissert, 1998, Ewers, 1996, Ballew/Mink, 1995). Dabei beinhalten viele Case Management-Modelle Elemente aus verschiedenen Funktionen.

a) Broker-Funktion

Bei der Broker-Funktion werden passende Dienstleistungen für den Bedürftigen koordiniert und die Verwendung der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel überprüft. Dabei sollen die Interessen des Klienten im Vordergrund stehen, die Beziehung zum Klienten jedoch eine untergeordnete Rolle spielen. Der Case Manager soll lediglich die Rolle eines Vermittlers zwischen dem Klienten und den Dienstleistungsangeboten einnehmen. Können die benötigten Dienstleistungen nicht sofort langfristig sichergestellt werden, begleitet der Case Manager den Klienten, bis die langfristige Versorgung gesichert ist. Zur Gewährleistung seiner Neutralität ist der Case Manager in der Broker-Funktion in der Regel nicht selbst bei einem Dienstleistungserbringer angestellt. Die neutrale Position des Case Managers reduziert dabei jedoch den Einflussbereich des Case Managers, der zwar auf Qualitätsmängel bei der Versorgung hinweisen kann, aber keinen direkten Einfluss auf eine gezielte Qualitätsentwicklung hat. In Deutschland ist die Broker-Funktion des Case Managements vor allem bei der geriatrischen Rehabilitation vertreten (Wissert, 1998, Ewers, 1996, Ballew/Mink, 1995).

b) Gate Keeper-Funktion

Bei der Gate Keeper-Funktion sorgt der Case Manager dafür, dass aufseiten der Nutzer und der Dienstleistungserbringer ein Bewusstsein über die Kosten einer Maßnahme entsteht und Maßnahmen gegebenenfalls rationiert werden (Wissert, 1998, Ewers, 1996). Ziele sind die sozialverträglichen Kontrolle und die „administrative Einschränkung des völlig ungehinderten Zugangs zu gemeinschaftlich finanzierten Dienstleistungen“ (Wissert, 1998, S. 333). Die umfassende Versorgung der Patienten soll nach wie vor gewährleistet sein. Die Rolle des Case Managers bei der Gate Keeper-Funktion ist nicht zu verwechseln mit Managed Care, bei der Care Manager, angestellt bei Krankenversicherungsträgern, mit dem Ziel der gewinnorientierten Steuerung der Krankenversicherung, Maßnahmen befürworten oder ablehnen (Ewers, 1996).

c) Advocacy-Funktion

Bei der Advocacy-Funktion tritt der Case Manager anwaltschaftlich für die Interessen und Bedürfnisse des Klienten ein. Ziel ist die Herstellung von „Versorgungsgerechtigkeit“ für Menschen, die „Teilbereiche ihrer Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit eingebüßt haben und darüber hinaus aufgrund struktureller oder gesellschaftspolitischer Machtlosigkeit ihre Interessen nicht durchsetzen können“ (Wissert, 1998, S. 333). Neben der individuellen Begleitung im Einzelfall soll der Case Manager bei diesem Modell auch Lücken im Versorgungssystem aufdecken und an der Verbesserung der Versorgung mitarbeiten (Wissert, 1998, Ewers, 1996).

Alle Case Management-Modelle auf der personalen Ebene bestehen aus denselben methodischen Komponenten, die in Hilfeprozessen nacheinander ablaufen, in der Literatur jedoch nicht immer mit den gleichen Begriffen belegt werden. „Terminologische Unterschiede in der Gliederung von Case Management ergeben sich insbesondere dadurch, daß die einen Autoren an die überindividuelle Gestaltung des Dienstleistungsprozesses denken, andere dagegen an das Procedere im individuellen Fall“ (Wendt, 1997, S. 97). Außerdem werden je nach Arbeitsschwerpunkt einzelne Schritte stärker differenziert (Ewers, 1996, Weil, 1995).

Wendt (1997) erinnert bezüglich der Arbeitsschritte von Case Management daran, dass im Case Management immer ein Bündel von Handlungen gesteuert wird. „Eine einzelne Beratung, die medizinische Akutversorgung oder die soziale Nothilfe sind kein Gegenstand von Case Management. Wer hungert, dem ist nicht mit einem Case Management geholfen. (...) Ein überlegtes Vorgehen ist angebracht, wenn Zeit und eine Menge Ressourcen benötigt werden, um an ein Ziel zu gelangen, oder wenn unter Alternativen zu wählen ist und wenn mehrere Personen (mindestens zwei) beteiligt sind. (...) Es waren die Komplexität von Lebensproblemen, die chronische Belastung von Menschen sowie die Vielfalt der Dienste, die Fragmentierung fachspezifischen Handelns und die Komplexität von Versorgungssystemen, die ein Case Management auf den Plan gerufen haben.“ (A. a. O., S. 96).

Orientiert an den Standards der NASW (1992) und an den Ausführungen von Marie Weil (1995) werden im Folgenden die acht grundsätzlichen Arbeitsschritte von Case Management auf der personellen Ebene beschrieben.

NASW (1992) führt die folgenden methodischen Komponenten auf:

- ”
- 1) Outreach, referral, client identification, and engagement;
 - 2) a biopsychosocial assessment of the client;
 - 3) the development of a service plan;
 - 4) implementation of the service plan;
 - 5) coordination and monitoring of service delivery;
 - 6) advocacy on behalf for the client and client including creating, obtaining, or brokering needed client resources;
 - 7) reassessment of the client’s status; and
 - 8) termination of the case when services are not longer warranted” (a. a. O., S. 12).

Zu 1) Outreach, referral, client identification, and engagement:

Dieser erste Schritt im Ablauf von Case Management widmet sich dem Finden, der Auswahl und der Aufnahme von geeigneten Klienten. Die Klientenauswahl,

„screening“, kann nach festgelegten Kriterien stattfinden. Je nach Problemlage muss der Case Manager die Klienten nachdrücklich und kreativ aufspüren, da viele potenzielle Klienten selbst keine Hilfe aufsuchen (Weil, 1995). Einige mit staatlichen Geldern operierende Case Management-Programme in den USA erfordern bestimmte Zugangsvoraussetzungen, wie ein festgelegter Mindesthilfebedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, Applebaum, 1990).

Zu 2) Biopsychosocial assessment:

Die individuelle Einschätzung, das Assessment, ist die Grundlage für den weiteren Verlauf des Case Managements. Während eines persönlichen Gesprächs soll eine biopsychosoziale Einschätzung stattfinden und sowohl die Stärken als auch die Probleme sollen festgestellt werden. Um den Klienten als ganze Person zu sehen, müssen die Zusammenhänge zwischen physischen Umgebungsbedingungen und Verhalten sowie psychologischen, ökologischen und sozialen Faktoren verstanden werden. Das Assessment kann aus vielfältigen Quellen zusammengestellt, in einem interdisziplinären Team ausgearbeitet oder von einem einzelnen Case Manager vorgenommen werden. Ein wichtiger, jedoch oft vernachlässigter Punkt des Assessments ist die Befragung des Klienten nach seiner Einschätzung der eigenen Situation. Neben ethischen Gründen ist die Befragung des Klienten auch deshalb wichtig, weil ein Klient, der selbst aktiv in den Prozess der Einschätzung mit einbezogen wird, eher Hilfe annimmt. Beim Assessment sollte nicht nur die Performanz des Klienten, sondern auch seine potenziellen Fähigkeiten mit einbezogen und bei psychisch kranken Klienten das Funktionsniveau vor Beginn der psychischen Krise berücksichtigt werden (NASW, 1992; Weil, 1995).

Zu 3) Development of a service plan:

Basierend auf dem biopsychosozialen Assessment soll der Case Manager in Zusammenarbeit mit dem Klienten und seiner Familie einen individuellen Hilfeplan aufstellen. Wichtige Voraussetzung für diesen Arbeitsschritt seitens des Case Managers ist die genaue Kenntnis von vorhandenen relevanten Dienstleistungen, Zugangsvoraussetzungen, Kosten und Finanzierungsmöglichkeiten. Weil (1995) führt die folgenden Voraussetzungen für einen erfolgreichen Hilfeplan auf:

- ”
- (a) Klar definierte Bereiche, in denen vorrangig Unterstützung zu leisten ist;
 - (b) Innerhalb jedes dieser Bereiche, meßbare kurz- und langfristige Zielvorgaben, die benutzt werden können, um den Fortschritt des Klienten zu evaluieren;
 - (c) Spezifische Handlungsvollzüge, durch die jene Ziele zu erreichen sind,
 - (d) Organisationen, an die der Klient verwiesen wird, und – soweit diese Angabe möglich ist – bestimmte Personen, die dort anzusprechen sind;
 - (e) Realistische Zeitrahmen, um die Aufgaben zu erledigen, und
 - (f) Klärung von potentiellen Barrieren vor der Nutzung von Diensten (zum Beispiel Zulassungskriterien, Haltungen oder Widerstände des Klienten, Fehlen von Diensten) und Vorschläge zur Lösung dieser Probleme“ (a. a. O., S. 88 ff.).

Der Hilfeplan integriert Erwartungen und Entscheidungen sowie kurz- und langfristige Ziele, denen der Klient, möglichst mit einer unterschriebenen Einverständniserklärung, zugestimmt hat. Um messen zu können, inwieweit ein Hilfeplan erfolgreich umgesetzt und die gesetzten Ziele erreicht wurden, sollten Kriterien, anhand derer Erfolg gemessen werden kann, etabliert werden. Dabei soll

die Möglichkeit von Reassessment und Modifikation der ursprünglichen Ziele gegeben sein (a. a. O.).

Zu 4) Implementation of the service plan:

Die Umsetzung des Hilfeplans spielt eine entscheidende Rolle beim Erfolg des Case Managements. In dieser Phase arrangiert der Case Manager den langfristigen Einsatz der entsprechenden Hilfemaßnahme und sorgt dafür, dass die Maßnahmen effektiv und effizient durchgeführt werden. (NASW, 1992)

Zu 5) Coordination and monitoring of service delivery:

In dieser Phase soll der Case Manager die notwendigen Dienstleistungen koordinieren und sicherstellen, dass die ursprünglich vereinbarten Dienste den aktuellen Bedürfnissen des Klienten entsprechen. Dazu sollte der Case Manager häufige Kontakte mit den Klienten und Dienstleistungserbringern pflegen. Zur erfolgreichen Koordination sind eine sorgfältige Dokumentation und Aktenführung sowie formelle und informelle Treffen mit den Dienstleistungserbringern ebenso wichtig wie eine enge Beziehung mit dem Klienten, um die Reaktion des Klienten auf eine Dienstleistung festzustellen. Zur erfolgreichen Koordination, und um gegebenenfalls Verhaltensänderungen durchsetzen zu können, muss ein Case Manager über Autorität verfügen. Besonders wenn Case Manager bei in der Berufshierarchie höher angesiedelten Berufsgruppen Änderungen vorschlagen, ist diese Autorität ausschlaggebend für den Erfolg. Von einigen Autoren wird deshalb die Phase der Koordination und des Überwachens der Dienstleistungen als die schwierigste angesehen (Weil, 1995).

Zu 6) Advocacy for the client and client resource:

Unter dieser Komponente des Case Managements lassen sich alle Handlungen zusammenfassen, in denen der Case Manager in Fürsprache für den Klienten handelt, z. B. um sicherzustellen, dass der Klient alle Hilfe erhält, die ihm zusteht und die er braucht (NASW, 1992). Die Daten, die während der Phase der Implementierung und der Phase des Monitorings gesammelt wurden, bilden die Basis von advokativen Handlungen des Case Managers. Der Case Manager kann auf zwei Ebenen anwaltschaftlich tätig werden:

„1. Auf der Ebene des Einzelfalles, wo der Case Manager auf die Berücksichtigung der Nöte des Klienten und seiner wohlverstandenen Interessen drängt, und

2. auf der Systemebene, wo der Case Manager ein Lobbyist ist, verhandelt, vermittelt und auf Veränderungen im System hinarbeitet, die der ganzen Zielgruppe zugute kommen“ (Weil, 1995, S. 95).

Zu 7) Reassessment:

Der Case Manager soll in regelmäßigen Abständen prüfen, ob sich die Situation des Klienten in Richtung der zuvor festgelegten Ziele entwickelt. Der Zeitpunkt des Reassessments kann entweder vom Case Management-Programm oder vom Case Manager individuell festgelegt werden. Ein Reassessment kann dabei zu einer teilweisen oder vollständigen Veränderung des bisherigen Hilfeplans führen (NASW, 1992).

Zu 8) Termination of the case:

Das Case Management wird beendet, wenn alle vereinbarten Ziele erreicht wurden und der Klient vollständig rehabilitiert ist, der Klient non-compliant ist, der Klient selbst die Beendigung wünscht oder bei Tod des Klienten. Nach Beendigung des Case Managements kann es notwendig sein, den Klienten zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zu kontaktieren, um sicherzustellen, dass die Adäquanz der Versorgung gewährleistet ist und um die Wirksamkeit des Case Managements zu evaluieren (NASW, 1992).

1.5.4. Case Management mit psychisch kranken Menschen

Wie bereits oben beschrieben, wurde Case Management in den 70er Jahren in den USA zur Kompensation der Entospitalisierung in der Psychiatrie eingesetzt und weiterentwickelt. Dabei haben sich verschiedene Modelle entwickelt, die ihre jeweils ähnliche Herangehensweise unterschiedlich betonen. Dazu gehören das Klinische Case Management, das assertive community treatment (ACT-Modell), das Intensiv Case Management Model (ICM), das Rehabilitationsmodell und das Strengths-Modell mit sich überlappenden Zielsetzungen und Ansätzen. Das Klinische Case Management wurde als Reaktion auf die Defizite des Broker-Modells in der Arbeit mit psychisch Erkrankten entwickelt. Beim Klinischen Case Management übernimmt eine in Psychoedukation und sozialpsychiatrischem Kompetenz- und Fertigkeitstraining geschulte Fachkraft neben den üblichen Case-Managementfunktionen auch personenbezogene individuelle Unterstützung und Training von lebenspraktischen Fähigkeiten.

Das ACT-Modell wurde für Menschen mit chronischen Psychosen entwickelt, legt den Schwerpunkt auf praktische Unterstützung im Alltag, besteht aus einem multidisziplinären Team, ist rund um die Uhr verfügbar und auf eine langfristige Betreuung mit einem 1:10-Personalschlüssel angelegt. Das ICM unterscheidet sich vom ACT-Modell hauptsächlich dadurch, dass nicht ein Team, sondern ein einzelner Case Manager für Patienten mit einem hohen Betreuungsbedarf verantwortlich ist. Das Rehabilitations-Modell und das Strengths-Modell betonen beide die Förderung der bestehenden Fähigkeiten (Bundesministerium für Gesundheit, 2000; Bond, Miller, Krumwied, Ward, 1988; Ewers und Schaeffer, 2000; Raiff und Shore, 1997; Rapp, 1998; Schmidt-Posner und Jerell, 1998; Solomon, 1992; Wendt, 1997). Stellvertretend für die verschiedenen Ansätze im Klinischen Case Management wird im Folgenden das Strengths Model ausführlicher dargestellt.

Strengths Model

Das Strengths Model wurde Anfang 1980 für die Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen in den USA entwickelt und stützt sich auf theoretische Ansätze, wie z. B. das „Life Modell“ (Germain, Gitterman, 1980), die, wie das Strengths-Modell auch, der Problem- und Defizitorientierung im psychosozialen Bereich entgegenwirken wollen (Fast, Chapin, 1996). Das Modell wurde in der Langzeitpflege bereits angewendet, ohne jedoch auf gerontopsychiatrische Problemlagen einzugehen (a. a. O.).

Das Strengths Model wird von den folgenden sechs Prinzipien geleitet:

1. The Focus Is On Individual Strengths Rather Than Pathology
2. The Community Is Viewed As An Oasis Of Resources
3. Interventions Are Based On Client Self-Determination
4. The Case Manager-Client Relationship Is Primary And Essential
5. Aggressive Outreach Is The Preferred Mode Of Intervention
6. People Suffering From Major Mental Illness Can Continue To Learn, Grow, And Change.“ (Rapp, 1998, S. 44 ff.).

Zu 1. „The Focus Is On Individual Strengths Rather Than Pathology“:

Dieses Prinzip beschreibt die Konzentration des Strengths-Modells auf die Stärken eines Klienten. Pathologisches Verhalten steht nicht im Vordergrund. Obwohl in Sozialarbeit, Pflege und angrenzenden Berufsgruppen dieses Prinzip seit langem vertreten wird, wurde in Untersuchungen von Professionellen im psychiatrischen Bereich in über 30 Staaten der USA festgestellt, dass sich die in den Hilfeplänen formulierten Ziele bei der überwiegenden Anzahl der Klienten glichen (Rapp, 1998). Die folgende Liste beinhaltet 90 % der formulierten Ziele:

„(1) improve personal hygiene, (2) improve daily living skills, (3) improve socialization skills, (4) improve prevocational skills or work readiness, (5) take medication as prescribed, and (6) follow up for appointments, and follow through the treatment plan“ (a. a. O., S. 46).

Diese egalisierende Praxis war dabei, nach der Untersuchung von Rapp (a. a. O.), nicht auf schlechte Ausbildung und Supervision zurückzuführen, sondern konzeptionell.

„Our first reaction to the generality of case plans was that it reflected poor practice, poor supervision, and poor training. In other words, it was technical in nature. The prevalence of these plans, however, suggested that it may be less technical than conceptual. This explanation gained plausibility when we found that „generic brand“ client case plans were found in some of the best agencies and written by otherwise exceptional professionals. We therefore believe that the problem or pathology model of practice promotes the homogenization of clients and prohibits individualization.“ (a. a. O.)

Rapp schließt aus seinen Erfahrungen, dass sich Probleme von Menschen gleichen, auch wenn sie unterschiedlich wahrgenommen werden würden, während die individuellen Stärken die Einzigartigkeit einer Person ausmachen würden.

„The lesson seems to be that humans problems are finite and shared by many of us, although how we experience these problems is highly personal. On the other hand, our uniqueness as individuals seems to be more a function of strengths that are highly idiosyncratic, and the configuration of these strengths in a given individual is even more so.“ (a. a. O.)

Rapp sieht die Erfordernis eines Paradigmenwechsels, da es nicht ausreichte, wenn die Stärken eines Klienten zu einem ansonsten problemorientierten Ansatz addiert werden würden.

„A shift in paradigms from pathology orientation to a strengths and resilience focus allows for a different way of thinking about clients. It provides a framework for helping that uncovers strengths and the power within clients. It is more than „add strengths and stir“ to existing pathology paradigms. Instead, a shift in paradigms allows for new and creative ways to work with clients that honor their skills, competencies, and talents as opposed to their deficits.“ (A. a. O., S. 47).

Zu 2. The Community Is Viewed As An Oasis Of Resources:

Für Rapp liegen in der Gemeinde des Klienten die Möglichkeiten zur psychischen Gesundheit. Dieses Prinzip des Strengths Modells basiert auf Rapps Erfahrung, nach der Case Management mit psychisch kranken Menschen erfolgreicher sei, wenn es Ressourcen in der Umgebung des Klienten finden und aktivieren und sich weniger auf spezielle psychiatrische Angebote, wie z. B. psychiatrische Tagesstätten, konzentrieren würde. Die medikamentöse Behandlung durch Fachärzte sollte dabei jedoch sichergestellt werden.

Zu 3. Interventions Are Based On Client Self-Determination:

Nach diesem Grundsatz sollen die Ziele des Case Management-Prozesses vom Klienten selbst gesetzt und bei allen Interventionen die Selbstbestimmung des Klienten berücksichtigt werden.

Zu 4. The Case Manager-Client Relationship Is Primary And Essential:

Beim Strengths Model ist die Beziehung zwischen Klient und Case Manager essenziell.

„It is the relationship that buffers the demands of the tough times, anxious times. It is the relationship that attenuates the stress and prevents or mitigates the exacerbation of symptoms. It is the relationship that supports the client's confidence in tackling the multiple requirements of the environment and other people.“ (A. a. O., S. 52).

Zur Herstellung dieser notwendigen Beziehung soll es deshalb beim ersten Treffen zwischen Case Manager und Klient nur darum gehen, mittels eines informalen Gesprächs eine andere Person kennen zu lernen. Je nach Situation kann es jedoch auch notwendig sein, bei der ersten Begegnung konkret zu handeln, z. B. Essen zur Verfügung zu stellen, wenn der Klient Hunger hat (a. a. O.). Eine Beziehung zwischen Klient und Case Manager kann durch mehrere informelle Aktivitäten entstehen.

„A cooperative relationship often starts with playing basketball or doing the dishes or going shopping together as the client tests the worker's promises, interests, and sincerity. As confidence in the relationship replaces skepticism, the client becomes reaffirmed as a person with assets and valid aspirations, goals become more ambitious, communication more honest, and assistance more accessible.“ (A. a. O., S. 52)

Einwände vorwegnehmend, die in diesem Ansatz die Gefahr der Abhängigkeit sehen könnten, schreibt Rapp:

„For many professionals, this type of assistance raises the specter of dependency and is therefore contraindicated. The position here is that simplistic and unrealistic notions of „dependency“ have undermined client achievement and at times have acted as professionally sounding excuses for not helping.“ (A. a. O., S. 68)

Zu 5. Aggressive Outreach Is The Preferred Mode Of Intervention:

Im Gegensatz zu vielen anderen Case Management-Modellen ist das Strengths-Modell ausschließlich klientenaufsuchend ausgerichtet, da davon ausgegangen wird, dass Alltagsbewältigung selten losgelöst von der realen Umgebung geübt werden kann. Außerdem zeigten Untersuchungen, dass in klientenaufsuchenden Programmen Klienten die Betreuung seltener abbrechen und zufriedener mit dem Case Management-Angebot waren (a. a. O.).

Zu 6. People Suffering From Major Mental Illness Can Continue To Learn, Grow, And Change:

Das sechste Prinzip beschreibt das Grundverständnis des Strengths-Modells, nach dem chronisch psychisch kranke Menschen fähig sind zu lernen, zu wachsen und sich zu verändern (a. a. O., S. 54).

Rapp grenzt das Assessment des Strengths-Modells von problemorientierten Assessments ab (vgl. Tabelle 7). Demnach ist das Strengths-Modell im Gegensatz zu problemorientierten Assessments ganzheitlich individuell ausgerichtet, sammelt Informationen aus der Sicht des Klienten, ist gesprächsorientiert, gezielt, ermutigend, unterstützend und gegenwartsorientiert, nimmt die Klienten ernst und geht davon aus, dass Klienten fähig sind, einen eigenen Willen auszudrücken.

Im Strengths-Modell sollte jeweils ein Case Manager für einen Klienten zuständig sein und durch ein Team bei der Planung und bei Problemen unterstützt werden. Case Manager selbst können aus verschiedenen Berufen rekrutiert werden, müssen jedoch unkomplizierten Zugriff auf eine Person mit Psychiatriebildung haben und regelmäßig von einer Person mit Psychiatriebildung supervidiert werden. Die Fallzahl pro Case Manager sollte ein Verhältnis von 1 zu 20 nicht übersteigen und möglichst bei 1 zu 12 liegen. Die Klienten sollten in Krisen 24 Stunden, 7 Tage die Woche eine Anlaufstelle haben und die Unterstützung durch Case Management sollte unbegrenzt mit inter- und intraindividuellen Intensitätsschwankungen angeboten werden (a. a. O.).

Case Management nach dem Strengths-Modell will ältere Erwachsene dabei unterstützen, ihr gewohntes Leben trotz Einschränkungen weiterzuführen.

„The purpose of case management from a Strengths approach is to assist seniors in identifying, securing, and sustaining external and internal resources that are needed to lead the life to which they are accustomed.“ (Fast/Chapin, 1996, S. 53).

Tabelle 7. Gegenüberstellung Strengths-Modell Assessment und Problemorientiertes Assessment.

Strengths Assessment (SA)	Problems Assessment (PA)
What a person wants, desires, aspires to, dreams of. Information gathered about persons talents, skills, and knowledge. A holistic portrait. Gathers information from the standpoint of the consumer's view of their situation. Ethnographic. Is conversational and purposive. The focus is on the here and now, leading to a discussion of the future/past – asking how they have survived so far. Persons are viewed as unique human beings who will determine their wants within self and environment. Is ongoing and never complete with the relations primary to the process. Encouragement, coaching, and validation is essential to the process. Strengths assessment is specific and detailed, individualizes person. In conducting a SA, behavior is considered a desire to communicate Consumer authority and ownership.	Defines diagnosis as a problem. Questions are pursued related to problems. Needs, deficits, symptoms. The problem assessment searches for the nature of patient/client's problem from the perspective of a professional. Analytical. Is an interrogative interview. The focus is on diagnosis assessment procedures to determine the level of functioning. The client/patient is viewed as lacking insight regarding behavior or in denial regarding scope of problem or illness. Done at set time (often at in-take) and largely viewed as completed at that time. The intent of the problem assessment is to place the person in diagnostic or problem category. Often written with generic, homogenous language. In a PA behavior is seen a symptomatology, attributed to disorder. Is controlled by professional.

Quelle: Rapp, 1998, S. 79.

Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass ältere Erwachsene Abhängigkeit eher bewältigen können, wenn sie über die Art und Durchführung der Hilfeleistung entscheiden können. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass sich mit diesem Ansatz nicht nur das Gefühl von Abhängigkeit, sondern auch die Abhängigkeit selbst mindert. Neben der Sicherstellung der bestmöglichen Unterstützung geht es jedoch wie bei allen Case Management-Modellen auch darum, Effizienz sicherzustellen und unnötige Kosten zu vermeiden (a. a. O.).

Das Strengths-Modell in der Arbeit mit älteren Erwachsenen beinhaltet folgende Komponenten:

„(a) individualized care plans versus uniform prescriptions; (b) assertive utilization of lower cost resources and services; (c) ongoing collaboration and responsive services adjustment; (d) crisis intervention strategies“ (a. a. O., S. 53).

Zu (a): individualized care plans versus uniform prescriptions:

Bei dieser Komponente des Modells geht es darum, Individualität, Lebenserfahrung und Motivation des Klienten bei der Unterstützungsplanung zu berücksichtigen. Professionelles Wissen über typische Krankheitsverläufe soll die Planung nachrangig beeinflussen. Voraussetzung dieser individualisierten Unterstützungsplanung ist eine gute Case Manager – Klientenbeziehung, die es dem Case Manager ermöglicht, mit der täglichen Routine des Klienten vertraut zu werden und damit genauer einschätzen zu können, welche Interventionen Erfolg versprechen (a. a. O., S. 54).

Zu (b) assertive utilization of lower cost resources and services:

Um bei Sicherung der Qualität die Kosten niedrig zu halten, wird vom Case Manager erwartet, dass er alternative Ressourcen ausschöpft und auf ihre Verträglichkeit hin prüft, bevor formal bezahlte Unterstützung organisiert wird. Dabei wird die Rolle des Case Managers um die eines Anleiters erweitert.

“The case manager’s role goes far beyond that of an ,appointments secretary‘ to that of a leader, trainer, and supervisor of a continuum of paid and unpaid helpers. Costs are thus controlled through balancing the expensive with the less expensive resources while ensuring the best possible care. In arranging the service mix, the caregiver burden is acknowledged and care is taken not to overburden support networks of family and friends. Continual dialogue, assessment of perceived burden, and adjustment must occur with nonpaid caregivers if they assume the major burden of care.“ (A. a. O., S. 54).

Zu (c) ongoing collaboration and responsive services adjustment:

Case Manager, Klient und Dienststelle sollen in ständigem Kontakt stehen, um auf veränderte Situationen sofort reagieren zu können. Auf diese Art können eine Über- und Unterversorgung sowie unnötige Kosten vermieden werden (a. a.).

Zu (d) crisis intervention strategies:

Gemeinsam mit dem Klienten und seinen Betreuungspersonen sollen Notfälle antizipiert und entsprechende Vorsorgemaßnahmen getroffen werden. Wenn ein Klient zum Beispiel öfter fällt, kann ein Hausnotruf installiert werden, um zu verhindern, dass ein Sturz weitreichende Folgen hat, die weniger mit dem Sturz selbst als mit dem zu späten Entdecken zu tun haben (a. a. O.).

1.5.5. Forschungsstand zum Case Management mit psychisch kranken älteren Erwachsenen

Untersuchungen zu Case Management mit psychisch kranken älteren Erwachsenen:

Die aktuellste kontrollierte Studie zu Case Management mit psychisch kranken älteren Erwachsenen verglich die Ergebnisse von kognitiver Verhaltenstherapie in Gruppen mit klinischem Case Management und der Kombination von beiden. Eine Ausgangsüberlegung war dabei, dass beide Therapieformen aktions-, gegenwarts- und problemorientiert sind und sich ideal ergänzen. Während die kognitive Verhaltenstherapie Problembewältigung unterstützt, bietet das Klinische Case Management direkte alltagsbezogene Hilfe zum Beispiel hinsichtlich des Zugangs zu Dienstleistungen an. Zielgruppe waren depressive ältere Erwachsene (60 Jahre und älter) mit geringem Einkommen. Die 67 Teilnehmer und Teilnehmerinnen wurden randomisiert, 6 Monate lang einer der drei Behandlungsformen zugewiesen und im Hinblick auf Veränderungen von Depressionssymptomen, Quality of Life, kognitiven und funktionalen Fähigkeiten sowie sozialen, finanziellen, emotionalen und medizinischen Bedürfnissen untersucht. Case Management alleine und die Kombination von Gruppentherapie und Case Management zeigten eine signifikante Verbesserung von depressiven Symptomen 6 und 12 Monate nach der Intervention. Kognitive Gruppentherapie alleine bewirkte eine signifikante funktionale Verbesserung. Die Ergebnisse zeigen, dass benachteiligte ältere Erwachsene mit

Depressionen von einem verbesserten Zugang zu sozialen Diensten alleine und in Verbindung mit Psychotherapie profitieren (Arean, Gum, McCulloch, Bostrom, Gallagher-Thompson, Thompson, 2005).

In einem quasi-experimentellen Design wurde die Wirkung des Intensive Case Managements für zu Hause lebende Menschen mit Demenz in England untersucht. Dabei erhielten 43 an Demenz Erkrankte intensives Case Management und wurden mit 43 vergleichbaren Individuen in herkömmlicher Versorgung zu Beginn der Untersuchung und 6 und 12 Monate später hinsichtlich Institutionaliserungsrate, subjektiven und objektiven Bedürfnissen und Quality of Life verglichen. Während im ersten Jahr hinsichtlich der Institutionaliserungsrate keine signifikanten Unterschiede deutlich wurden, verblieben im zweiten Jahr über die Hälfte (51 %) der Interventionsgruppe, jedoch lediglich 33 % der Vergleichsgruppe in der eigenen Wohnung. Zusätzlich zeigten sich in der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen im Hinblick auf soziale Kontakte, subjektive Belastungen der Pflegenden, ADL-Unterstützungsbedürfnisse und schwieriges Verhalten. Die Versorgungskosten für die Interventionsgruppe waren allerdings höher, vermutlich bedingt durch die Tatsache, dass auf Krankenhauseinweisung in der Kontrollgruppe häufig Pflegeheimaufnahmen folgten, Individuen der Experimentalgruppe jedoch wieder nach Hause entlassen wurden (Challis, Abendorff, Brown, Chesterman, Hughes, 2002).

Die jüngste Projektevaluation aus Deutschland zum Thema Case Management mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen liegt aus Heidelberg vor. Das zweijährige Projekt (2003-2004) wurde initiiert, da der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDI) des Diakonischen Werkes Heidelberg gehäuft Anfragen zur Betreuung von an Demenz Erkrankten erhielt, der SPDI diese im Alter erstmals Erkrankten jedoch als Zielgruppe ausschloss (Holz und Kruse, 2005). Unterstützt mit Eigenmitteln des Diakonischen Werkes wurde eine halbe Stelle, angebunden an den SPDI, für eine Sozialpädagogin eingerichtet.

Die Zielgruppe des Projektes waren zu Hause lebende ältere Menschen mit Depressionen, Demenz, wahnhaften Störungen oder Angststörungen und/oder deren Angehörige. Ziele des Projekt waren die Feststellung der Versorgungs- und Bedarfslage von gerontopsychiatrisch Erkrankten, eine optimale individuelle Versorgung der gerontopsychiatrisch Erkrankten durch Koordination und Vernetzung von Dienstleistungen, Beratung und Entlastung von Angehörigen und eine Analyse des bestehenden Versorgungssystems. Insgesamt 37 Personen mit einem Durchschnittsalter von $78 \pm 7,3$ Jahren wurden in das Projekt aufgenommen. Hausärzte oder Krankenhäuser vermittelten 54 % der Projektteilnehmer. Über die Hälfte (57 %) waren alleine lebend und 64 % litten an Demenz. Bei 17 Personen (55 %) war keine Pflegeperson vorhanden und bei 8 gewährte ein ambulanter Pflegedienst die Versorgung.

Bei den alleine lebenden Personen standen eine psychosoziale Begleitung und der Aufbau eines Hilfenetzes im Vordergrund der Betreuung. Bei 10 Personen wurde das Case Management zur Entlassungsplanung aus dem Krankenhaus eingeleitet. Bei den Erkrankten mit Angehörigen konzentrierte sich das Case Management auf die psychosoziale Unterstützung der Angehörigen und Vermittlung von Entlastung. Zur Evaluation wurden an drei Messzeitpunkten zu Beginn des Case Managements, 3

Monate und 6 Monate später strukturierte Intensivinterviews mit den Betreuten selbst und/oder den Angehörigen durchgeführt. Lediglich bei 12 Erkrankten und 4 Angehörigen konnten Interviews zu allen drei Messzeitpunkten durchgeführt werden. Die Interviews bestanden aus offenen Fragestellungen und standardisierten Fragebögen zum kognitiven und körperlichen Status und Depression bei den Case Management-Klienten und zum subjektiven Belastungserleben der Angehörigen.

Wegen der kleinen Stichprobe wurden keine Signifikanzprüfungen durchgeführt. Zu Projektbeginn hatten lediglich 17 % der Klientinnen einen erhöhten ADL-, jedoch 67 % einen erhöhten IADL-Unterstützungsbedarf. Die Ergebnisse des Projektes legen eine Verbesserung der subjektiven Pflegebelastung und der objektiven Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch den Einsatz des Case Managements nahe. Bei 4 von 10 Projektteilnehmern mit depressiver Symptomatik beim ersten Messzeitpunkt reduzierte sich die Symptomatik beim zweiten Messzeitpunkt und bei zwei dieser Personen verbesserten sich die kognitiven Fähigkeiten. Zusätzlich konnte die Case Managerin bei 61 % der Projektteilnehmer eine Befähigung, Hilfen anzunehmen, erreichen. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass die Effektivität des Case Managements mit an Demenz Erkrankten mit diesem Projekt unter Beweis gestellt wurde und gehen angesichts des Wandels der familiären Strukturen davon aus, dass dem Case Management in der Zukunft eine entscheidende Rolle in der Versorgung Demenzkranker zukommen wird. Weiter wird aus den Projektergebnissen geschlossen, dass Case Management dazu geeignet ist, eine langfristige Begleitung dieser Menschen darzustellen und Dienstleistungen effektiv zu koordinieren (Holz und Kruse, 2005).

In Belgien wurde die auf Case Management basierende Intervention einer auf der Master Ebene ausgebildeten pflegerischen Kraft mit gerontopsychiatrischen Patienten in einem prospektiven Design untersucht. Aufgenommen wurden 60-jährige und ältere Patienten mit der hausärztlichen Diagnose Depression oder Demenz. Die Case Managerin übernahm dabei koordinierende Funktion und leistete emotionale Unterstützung. Untersucht wurden 104 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 80 Jahren. Die meisten Patienten waren weiblich (67 %) und wurden täglich von Angehörigen versorgt (79 %). Sechs Monate nach der Betreuung durch die Case Managerin zeigte sich eine signifikante Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes und der depressiven Verstimmungen. Stabilität zeigte sich bei den Aktivitäten und Verrichtungen des täglichen Lebens. Der subjektive Gesundheitszustand der primären Pflegepersonen von Patienten mit Demenz verbesserte sich signifikant und die subjektiven Belastungen verringerten sich. Hausbesuche durch Allgemeinärzte, Krankenhauseinweisungen und die Krankenhausverweildauer gingen zurück und die häusliche Versorgungsfrequenz erhöhte sich (Hillewaere, Moons, Steeman, Milisen, Borgermans und Abraham, 2000).

Eine US-amerikanische Arbeit älteren Datums beschreibt die Zusammenarbeit eines „Community Mental Health Centers“, eine Einrichtung vergleichbar mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in der BRD, mit einer „Area Agency On Aging“, vergleichbar mit einer Abteilung für Senioren eines Sozialamtes (Raschko, 1985). Wie in der BRD durch die Sozialpsychiatrischen Dienste auch (vgl. Kap. XX), werden psychisch kranke Senioren durch die Community Mental Health Centers in den USA unterversorgt. Bei dem untersuchten Projekt diente das Community Mental

Health Center, bezahlt von der Area Agency On Aging, als Träger eines multidisziplinären Case Management-Teams zur ambulanten Versorgung von psychisch kranken Älteren. Das Team setzte sich aus Sozialarbeiter, Krankenschwester, Psychiater, Allgemeinmediziner und Apotheker zusammen. Ausgehend von der Tatsache, dass gerade die besonders hilfebedürftigen psychisch kranken Älteren nicht selbst Hilfe aufsuchen, wurde eine kreative Klientenfindungsstrategie entwickelt. Heizungs- und Wasserableser, Bankangestellte, Angestellte der Gas- und Elektrizitätswerke, Hausmeister, Postbote, Feuerwehr- und Polizeiangeestellte sowie Angestellte von Apotheken und Lebensmittelläden wurden über das Ziel des Projektes, bislang schlecht versorgte ältere Menschen mit psychischen Problemen zu unterstützen, informiert und gebeten, ihnen bekannte ältere Personen in entsprechenden Problemlagen zu nennen. 30 % der insgesamt 744 Klienten wurden über diese ungewöhnlichen Quellen vermittelt. Gemäß des multidisziplinären Assessments hatten die Klienten multiple miteinander zusammenhängende Problemlagen.

„The 744 clients presented such problems as chronic physical illness (68 %), social isolation/support system (66 %), personal care/activities of daily living (64 %), emotional depression (60 %), environmental/social stress (57 %), denial of illness/problems (55 %), and memory problems (43 %). The above is further evidence of the multiple and interrelated nature of the problems experienced by at-risk elderly.“ (Raschko, 1985, S. 469)

Nahezu 95 % der Klienten hatten vor der Intervention durch das Projekt noch nie Kontakt zu psychiatrischen Diensten gehabt, ein Ergebnis, das auf eine spätere Entwicklung der Krankheit hindeuten könnte (a. a. O.). Neben Essen auf Rädern und häuslicher Krankenpflege wurde Hauspflege als wichtigster, das Projekt ergänzender Dienst identifiziert. Basierend auf diesem Projektergebnis wurden einige Hauspflegerinnen besonders ausgebildet und erhielten nachfolgend eine bessere Bezahlung.

„Chore workers, who perform housekeeping, meal preparation, and other duties, and who spend more time interacting with high-risk elderly than any other agency person, are trained to reinforce the case plan and to report any decline in client functioning.“ (A. a. O., S. 462)

Im Bericht wird zwar die Wichtigkeit, eine Beziehung zu dem traditionell schwer erreichbaren Klientel zu entwickeln, betont, auf die Art von erfahrenen Widerständen und wie diesen begegnet wurde, wird allerdings nicht eingegangen.

„Staff members have become highly skilled in establishing positive relationships with the elderly and in overcoming the initial resistance expected from many older persons who are fearful, suspicious, or hostile. It is this relationship that provides the conduit for the assessment, services plan, and continuity of care.“ (Raschko, 1985, S. 461)

Untersuchungen zu Case Management mit chronisch kranken älteren Erwachsenen:

Der Einsatz von Case Management in der Altenhilfe wurde in der BRD bislang vorwiegend im Rahmen von nicht experimentellen Projektevaluationen beschrieben (BFSFJ, 1999; Ewers und Schaeffer, 2000; Gerecke und Wißmann, 1998; Klein, 1996; Wissert, 1998). Das BMFSFJ-Projekt „Case Management“ in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen untersuchte Case Management-Modelle in neun Ländern im Hinblick auf Rahmenbedingungen, Personal- und Sachstruktur, Methoden, Leistungsprofil, konkrete Bedingungen und Ergebnisse, ohne jedoch die Wirkung des Case Managements experimentell zu überprüfen. Eine ältere Prozessevaluation im Hinblick auf ökonomische Wirkungen und Veränderungen der subjektiven Befindlichkeit zur Arbeit von zwei Berliner Koordinierungsstellen zeigte, dass bei den meisten Patienten eine Heimeinweisung verhindert wurde und sich die subjektive Befindlichkeit der Patienten verbesserte. Dabei wurden die Daten zur subjektiven Befindlichkeit nicht vom Patienten selbst erhoben, sondern mittels eines Fremdbeurteilungsbogens, der eigens für die Evaluation erstellt wurde. Eine Kontrollgruppe wurde in diese Evaluation nicht einbezogen (Sauer und Wissert, 1996).

In einer aktuellen experimentellen Studie in den USA wurde die Effektivität von präventivem Case Management für ältere Risikopatienten untersucht. Das Case Management fand in enger Zusammenarbeit mit dem Hausarzt statt und beinhaltete Gesundheitsberatung von Patienten und Angehörigen, Medikamentenberatung, Kostenklärungen und Vermittlung von sozialen Diensten. Patienten wurden zur Untersuchungsgruppe (n= 1.537) oder Kontrollgruppe (1.542) randomisiert und hinsichtlich subjektivem physischen und kognitiven Gesundheitszustand, Krankenhausaufnahme und -verweildauer, Heimaufnahmen und Arztbesuchen zu Beginn der Intervention und 12 Monate später untersucht. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppe gefunden. Für Teilnehmerinnen der Untersuchungsgruppe mit Einschränkungen in drei oder mehr Aktivitäten des täglichen Lebens halbierte sich jedoch das Risiko einer Heimaufnahme im Vergleich mit der Kontrollgruppe (Newcomer, Maravilla, Faculjak, Graves, 2004).

Die umfangreichste, jedoch ältere experimentelle Studie im Bereich Case Management mit chronisch Kranken ist die „Evaluation of the National Long Term Care Demonstration“, bei der in verschiedenen Programmen Lebensqualität, Lebensdauer und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen der Empfänger von Case Management mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde (Carcagno und Kemper, 1988). Die Resultate zeigen eine Reduzierung von Krankenhaus- und Heimeinweisungen und positive Auswirkungen auf die Lebensqualität, -zufriedenheit und -dauer der Empfänger von Case Management, jedoch keine eindeutigen Resultate bezüglich der Fähigkeit zur Alltagsbewältigung. In den Projekten, die sich auf die Verbesserung der ambulanten Versorgung konzentrierten, zeigte sich eine Reduzierung der Krankenhaus- und Heimaufnahmen. Die Einsparungen durch Vermeidung von Institutionalisierung wurden allerdings durch die neu entstandenen Kosten für das Case Management und die ambulanten Dienste wieder aufgehoben (Applebaum, 1996; 1990, Carcagno und Kemper, 1988, Applebaum, Christianson, Harrigan and Shore, 1988).

Case Management mit psychisch kranken Erwachsenen

Schmidt-Posner und Jerell (1998) setzten in einem triangulären Untersuchungsdesign qualitative und quantitative Daten über drei Case Management-Ansätze, „Program of Assertive Community Treatment (PACT) Adaption“, „Intensive Broker“ und „Clinical Team“, in Beziehung. Alle drei untersuchten Programme befanden sich in derselben urbanen Umgebung und hatten Zugang zu denselben Ressourcen und Klienten. Qualitative Daten wurden mittels strukturierter Interviews, hinsichtlich Ausbildung, Erfahrungen, Arbeitsweise und -philosophie, mit Mitarbeitern und durch Beobachtungen bei Dienstbesprechungen gewonnen. Ergänzend dazu wurde mit einem qualitativ ausgerichteten Fragebogen die Arbeitsphilosophie und -praxis der Mitarbeiterinnen erschlossen und mit einem weiteren Fragebogen die Führungsqualitäten der Mitarbeiter begutachtet.

Quantitativ wurden Klientenzufriedenheit und mittels eines Fremdbeurteilungsbogens psycho-soziale Anpassung und Krankheitssymptome an drei Messzeitpunkten gemessen. Zusätzlich wurden Daten über die von den Klienten erhaltenen Leistungen gesammelt und die Kosten der Leistungen, inklusive der Kosten für das jeweilige Case Management-Modell, kalkuliert. Gemäß den Ergebnissen operierte das „Intensive Broker Modell“ klientenaufsuchend, außerhalb des ambulanten psychiatrischen Systems mit nicht psychiatrisch ausgebildetem Personal. Das Personal stand den Klienten zwar bei allen sozialen Problemen zur Seite, sorgte aber nicht für die Einhaltung der medizinischen Behandlungspläne.

Das „PACT Adaption Modell“ arbeitete ebenfalls klientenaufsuchend und reagierte mit einem multidisziplinären Team auf alle psycho-sozialen und medizinischen Bedürfnisse der Klienten. Beim „Clinical Team Modell“ war die gesamte Belegschaft psychiatrisch ausgebildet und bot im Rahmen einer Komm-Struktur Einzel- und Gruppentherapie und Unterstützung zur Einhaltung der medizinischen Behandlung an. Beim „PACT Adaption Modell“ und beim „Intensive Broker Modell“ war das Case Manager – Klienten-Verhältnis 1 zu 15 und beim „Clinical Model“ 1 zu 40. Die quantitative Auswertung zeigte bessere Ergebnisse beim „PACT Adaption Modell“ und beim „Clinical Team Modell“.

„The PACT Adaption Model was significantly higher than the Clinical Team Model on observer-rated psychosocial adjustment and total psychiatric symptoms, and significantly lower on self-reported life satisfaction, with no significant differences in any of the cost outcomes. The Intensive Broker Model was significantly higher than the Clinical Team Model on psychiatric symptoms and family costs.“ (Schmidt-Posner/Jerell, 1989, S. 389)

Bei der qualitativen Auswertung ergaben sich ähnliche Ergebnisse.

„...the PACT Adaption Model was aggressively oriented toward client growth; its operation were structured, yet provided a mix of case management and treatment services, predominantly in the field; it was homey and engaging; the focus was on long term and continuous-treatment services; staff felt innovative and highly involved with their jobs, and found the work challenging and interesting, there was a diverse mix of training and areas of expertise; the

team shared all aspects of service planning and intervention; case loads were low; leadership was committed; supervision was clear and supportive. (...) As the comparison group the Clinical Team Model was oriented toward ensuring client treatment compliance and survival in the community; emphasizing office-based services, outpatient groups and client responsibility for accessing treatment rather than outreach; professionally distant; provided consistently low levels of case management services, with high caseloads, and „expedient“ leadership. (...) Alternatively the Intensive Broker Model was very client-empowerment oriented; with fluid, exclusively field based operations; delivered high amounts of case management services; provided linkages to entitlements, vocational supports; and other agencies; staff were best matched to client sociodemographics (ethnicity, age, interests); with well-grounded, supportive leadership. Unfortunately, even with this client-oriented profile, the model's quantitative outcomes were disappointing: the lowest psychosocial functioning and client satisfaction scores and the highest intensive mental health and other societal costs. A key missing ingredient appears to be relapse prevention which paraprofessional acting alone were less able to handle with these clients.“ (A. a. O., S. 390).

Bei der Interpretation der Ergebnisse gehen die Autorinnen allerdings nicht auf die, dem jeweiligen Arbeitsansatz immanente und die Ergebnisse vermutlich beeinflussende Klientenauswahl der verschiedenen Modelle ein. Die Zugangsvoraussetzungen des „Clinical Team Model“ und des PACT-Modell erfordern zum Beispiel eine höhere Motivation der Teilnehmer. Die negativen Ergebnisse des „Intensive Broker Model“ könnten auch damit zusammenhängen, dass dort auch mit weniger motivierten Personen gearbeitet wird.

Case Management orientiert am Strengths-Modell wurde im Zusammenhang mit einem psychosozialen Rehabilitationsprogramm evaluiert. Dabei erhielten Teilnehmer der Untersuchungsgruppe (n= 19) zusätzlich zu den üblichen Leistungen eines psychosozialen Rehabilitationsprogramms Unterstützung durch Case Management nach dem Strengths-Modell. Die Kontrollgruppe (n= 18) nahm lediglich am psychosozialen Rehabilitationsprogramm teil, das allerdings auch informell typische Case Management-Dienste anbot. In der Untersuchung wurden Selbsteinschätzungen von Klienten, Fremdeinschätzungen von Familienangehörigen und Professionellen und Krankenhauseinweisungsraten erfasst. Ein Jahr nach der Implementation von Case Management bewältigten Klienten der Untersuchungsgruppe ihren Alltag kompetenter und zeigten signifikant weniger psychiatrische Symptome als Klienten, die lediglich die Leistungen des psychosozialen Rehabilitationsprogramms erhielten. Gleichzeitig konnten die Krankenhauseinweisungsraten und die Belastungsgefühle der Angehörigen reduziert werden.

„The combined study findings provide compelling evidence that the Strengths case management program (...) improved the lives of its consumers over and above the socialization, employment, daily activities and network development provided by the agency's strong psychosocial rehabilitation program.“ (Macias, Kinney, Farley, Jackson and Vos, 1994, S. 336)

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass durch Case Management nach dem Strengths-Modell ein bestehendes Angebot verbessert werden kann.

1.6. Zusammenfassende Begründung der Notwendigkeit einer Fortentwicklung von ambulanten Pflegeeinrichtungen im gerontopsychiatrischen Bereich mit Case Management

Die in diesem Kapitel beschriebene Zunahme der älteren und hochaltigen Bevölkerung und der damit einhergehende Anstieg von gerontopsychiatrischen Problemlagen, vor allem der Demenz, verdeutlichen, dass nicht nur die Fortführung der Grundlagenforschung zur Prävention und medikamentösen Behandlung dieser Erkrankungen von Bedeutung ist, sondern auch die Forschung hinsichtlich Rehabilitation, Stabilisierung und Kompensationspotenziale nach Eintritt einer Erkrankung. Mit dem Nachweis der Plastizität im Alter ist die grundsätzliche Möglichkeit einer intra-individuellen Besserung oder Erhaltung von Funktionen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen aufgezeigt.

Dabei zeigen Untersuchungen, dass Transferleistungen von erzielten Verbesserungen bei gerontopsychiatrisch Erkrankten nicht unbedingt möglich und Interventionen deshalb alltagsnah durchzuführen sind. Außerdem ist belegt, dass ältere Erwachsene auch bei Einbußen über intra- und inter-individuelle physische, interaktive, proaktive und emotionale Kompetenzen verfügen, die es zu entdecken, zu verstehen und zu erhalten gilt. Gleichzeitig sind durch die Erkrankung ausgelöste oder sich verstärkende Einbußen und dysfunktionale Verhaltensweisen zu entdecken, zu verstehen und es gilt, diesen zu begegnen. In diesem Kapitel wurde weiter die Bedeutung des individuellen bio-psycho-sozio-räumlichdinglichen Spektrums zur Erkennung und Erhaltung von Kompetenzen als auch zur Bearbeitung von dysfunktionalen Verhaltensweisen aufgezeigt. Gleichzeitig wurde die Bedingtheit der bio-psycho-sozialen Situation auf die räumlichdinglichen Adaptionmöglichkeiten beleuchtet.

Interventionen in der Gerontopsychiatrie basieren idealerweise auf einem bio-psycho-sozio-räumlichdinglichen Assessment. Vor allem im stationären und teil-stationären Bereich werden vorwiegend für Demenzkranke kognitive Kompetenztrainings, Umwelt- und Milieugestaltungen und psychosoziale und biografieorientierte Verfahren eingesetzt. Psychotherapeutische Verfahren werden ebenfalls vorwiegend stationär und teil-stationär eingesetzt, jedoch trotz Erfolgsnachweisen bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen selten angewandt. Im ambulanten Bereich bestehen hinsichtlich der Umsetzung dieser interventionsgerontologischen Erkenntnisse in die alltägliche Versorgungspraxis erhebliche Lücken mit der Folge, dass Rehabilitationspotentiale verschüttet werden. Zusätzlich bestehen in der ambulanten Versorgung Defizite hinsichtlich der Abstimmung einzelner Systeme und Koordination im Einzelfall.

Der ambulante gerontopsychiatrische Versorgungsbereich ist für die Versorgungsforschung von besonderer Bedeutung, da hier die Mehrzahl der Erkrankten, vorwiegend von Angehörigen und Hausärzten versorgt, lebt. Ein weiterer wichtiger Baustein in der gerontopsychiatrischen Versorgung sind die in der körper- und hauspflegerischen Versorgung bewährten ambulanten Pflegeeinrichtungen, die jedoch in der Regel, ebenso wenig wie die Angehörigen und Hausärzte strukturell, finanziell und inhaltlich auf die speziellen Anforderungen im Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten vorbereitet sind.

Um diesen seit über 20 Jahren diskutierten Defiziten zu begegnen, wurden bundesweit Modellprojekte zur Verbesserung der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung durchgeführt. Neben neuen Einrichtungen wie gerontopsychiatrischen Zentren und Tageseinrichtungen wurde auch erprobt, inwieweit ambulante Pflegeeinrichtungen durch Personalerweiterung den Bedürfnissen von gerontopsychiatrisch Erkrankten gerecht werden können. Dazu führten Fachkräfte aus sozialen und pflegerischen Berufsgruppen langfristige psychiatrische Pflege, diagnostische Abklärungen, Angehörigenberatung, Fort- und Weiterbildungen und Entlassungsplanung durch, übernahmen in der Regel jedoch keine Grund- und Behandlungspflege. Zusätzlich entstanden gerontopsychiatrische Verbundstrukturen sowie Gruppen- und Einzelbetreuung durch angeleitete ehrenamtliche Helferinnen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen und für die Betreuung von allein stehenden gerontopsychiatrisch Erkrankten. Die Wirkungsbeschreibungen dieser Projekte legen eine qualitative Verbesserung der Versorgung und finanzielle Einsparungen nahe, stützen sich jedoch vorwiegend auf nicht experimentelle prospektive Studien ohne Bezugnahme auf einen theoretischen Kontext und konnten bis auf wenige Ausnahmen nicht langfristig etabliert werden.

Eine weitere Möglichkeit, die ambulante Versorgung zu verbessern und ältere Erwachsene mit Funktionseinbußen effizient zu unterstützen, wird in der Methode Case Management gesehen. Die verschiedenen Case Management-Ansätze beinhalten dabei mit unterschiedlicher Gewichtung die Komponenten Klientenfindung, Assessment, Versorgungsplanung, Vermittlung, Koordination und Reassessment und Beendigung des Case Managements. Einige modellhaft erprobte Ansätze zur Verbesserung der Vernetzung von Dienstleistungen sind nun Bestandteil der Regelversorgung. Gerontopsychiatrisch Erkrankte werden von diesem Angebot nur via Angehörige erreicht und direkte Interventionen mit den gerontopsychiatrisch Erkrankten selbst finden in der Regel nicht statt.

Zur Unterstützung von psychisch Erkrankten wurden Modelle mit erweiterten Case Management-Komponenten entwickelt. So betont zum Beispiel das Strengths-Modell die Beziehung zwischen Case Manager und Klient, die Berücksichtigung der Stärken von Klienten und die Anleitungsfunktionen des Case Managers. Die wenigen Modelle, die Case Management-Ansätze zur direkten Unterstützung gerontopsychiatrisch Erkrankter untersuchten, zeigten eine Vermeidung, Verzögerung oder Verkürzung von Institutionalisierungen sowie eine Verbesserung von depressiven Symptomen, sozialen Kontakten, ADL-Funktionen, Hilfeakzeptanz, schwierigem Verhalten und subjektiven Belastungen der Angehörigen durch den Einsatz von Case Management. Soweit der Autorin bekannt, liegen keine Untersuchungen zum Einsatz von Case Management zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten durch ambulante Pflegeeinrichtungen vor. Ambulante Pflegeeinrichtungen gelten wegen ihrer generellen Akzeptanz und hinsichtlich der bei gerontopsychiatrisch Erkrankten häufig vorliegenden Multimorbidität bei entsprechender Vorbereitung als geeignet, die ambulante gerontopsychiatrische Versorgung abzudecken. Bisherige Projekte zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Unterstützung durch ambulante Pflegedienste bezogen sich entweder auf langfristige persönliche Unterstützung der Erkrankten oder konzentrierten sich auf das Umfeld der Erkrankten ohne direkte

Intervention mit den Erkrankten selbst. Für beide Ansätze konnte keine Finanzierung etabliert werden.

Basierend auf den hier beschriebenen Erfahrungen wird in der vorliegenden Arbeit ein Projekt untersucht, bei dem ein zeitlich begrenztes Case Management im Rahmen eines ambulanten Pflegedienstes sowohl rehabilitativ-therapeutische Aspekte als auch koordinierende und anleitende Aspekte umfasst. Mit diesem Ansatz wird auf bewährten Strukturen aufbauend den identifizierten Lücken begegnet. Das Case Management soll bei den gerontopsychiatrisch Erkrankten in einem zeitlich begrenzten Rahmen Rehabilitations-, Stabilisierungs- und Kompensationspotenziale erkennen und alltagsnah unterstützen, und zur Sicherung der langfristigen Versorgung weiterführende Dienste vermitteln und individuell in der Wohnung des Erkrankten anleiten. Mit einem experimentellen prospektiven Untersuchungsdesign sollen dabei die Arbeitsinhalte und die Wirkungen des Case Managements beschrieben werden. Da der hier vorgeschlagene Ansatz zeitlich begrenzt ist und eine direkte Intervention bei gerontopsychiatrisch Erkrankten vorsieht, könnte, ein positiver Wirkungsnachweis in einer umfassenden Folgestudie vorausgesetzt, versucht werden, eine Finanzierungsgrundlage durch Versicherungsträger zu erreichen.

1.7. Forschungsfragestellungen

Diese Arbeit untersucht die Inhalte und Wirkungen eines am Strengths-Modell orientierten Case Management-Ansatzes im Rahmen der ambulanten Versorgung von gerontopsychiatrischen Klientinnen durch eine Sozialstation. Dabei soll den folgenden drei Forschungsfragestellungen nachgegangen werden:

1. Aufgabe des Case Managements in dem hier untersuchten Projekt ist es, beziehungsorientiert zu arbeiten und, basierend auf einem Assessment, jede notwendige Unterstützung kurzfristig selbst zu leisten und sukzessive langfristige Unterstützung zu vermitteln. In der folgenden Untersuchung sollen der Projektverlauf bei den einzelnen Klientinnen beschrieben, die Vermittlungsgründe und Arbeitsinhalte des Case Managements analysiert und der Frage nachgegangen werden, welche Aktivitäten des Case Managements der individuellen Anpassung der sozio-räumlich-dinglichen Umwelt an die Klientinnenbedürfnisse dienen und inwieweit sich die Aktivitäten des Case Managements den Kriterienpaaren des Social-Physical over Time-Modells (SPOT): Sicherheit und Vertrautheit, Stimulation und Aktivierung, sowie Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung, zuordnen lassen (Wahl und Lang, 2004).

2. Umweltpassungsmodelle betonen die Wichtigkeit der angemessenen Nutzung von Kapazitätsreserven und die Ermöglichung von proaktiven Handlungen (Kontrolle und Autonomie) zur Maximierung des Wohlbefindens. Da mit abnehmender Kompetenz Kontrollmöglichkeiten vermindert werden und die Gefahr von disfunktionalen Kontrollbemühungen steigt, verstärkt sich die Notwendigkeit der externen Bereitstellung von Kontrollmöglichkeiten für die von Kompetenzverlust Betroffenen (Baltes und Carstensen, 1999). Im Rahmen dieser Arbeit soll außerdem untersucht werden, wie und in welchem Kontext das Case Management proaktive Handlungen für gerontopsychiatrisch Erkrankte im Sinne von Wiedererlangung oder Steigerung der Kontrolle und Autonomie durch Anpassung der sozio-räumlich-dinglichen Umwelt ermöglichte.

3. In einem dritten Schritt soll die Wirkung des Projekts auf die Klientinnen und deren Angehörige analysiert und die Hypothese getestet werden, dass sich bei den Projektteilnehmerinnen die Dimensionen Aktivitäten des täglichen Lebens, Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten eher verbesserte als bei Klientinnen in üblicher Versorgung.

Teil II

2. Das Projekt Unterstützung psychisch kranker alter Menschen und ihrer Angehörigen im ambulanten Bereich durch Case Management

Als Reaktion auf die defizitäre ambulante Versorgungslage von gerontopsychiatrisch Erkrankten und um der Überforderung der Sozialstationen dieser Klientengruppe gerecht zu werden, finanzierte die damalige Berliner Senatsverwaltung für Soziales für ein Jahr (1997) das Projekt „Unterstützung psychisch kranker alter Menschen und ihrer Angehörigen im ambulanten Bereich“. Mit dem Projekt sollte erprobt werden, inwieweit Case Management angegliedert an eine Sozialstation die Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten im ambulanten Bereich verbessern könnte. Eine Case Managerin (Krankenpflegerin mit psychiatrischer Fachausbildung) sollte dabei für einen begrenzten Zeitraum bei Klienten mit gerontopsychiatrischen Problemlagen, basierend auf einem Assessment, notwendige Unterstützung selbst leisten, gestützt auf die eigenen Erfahrungen weiterführende Dienste vermitteln und anleiten und sich dann aus dem direkten Kontakt mit den Klienten zurückziehen, aber beratend für die weiterführenden Dienste verfügbar bleiben.

Mit diesem Ansatz wurde eine für Deutschland damals unübliche Form des Case Managements eingeführt, da nicht nur die Vermittlung von Diensten, sondern von der Case Managerin selbst durchgeführte Leistungen einschließlich Pflegeleistungen Inhalt der Arbeit sein sollten, die Case Managerin eine Beziehung zum Klienten aufbauen sollte und Case Management nicht an einen unabhängigen Träger angebunden war. Anstellungsträger des Projektes war die Diakonie-Station Britz-Buckow in Berlin-Neukölln, eine ambulante Pflegestation, die inzwischen Teil der Diakonie-Pflege Neukölln gGmbH ist.

Das Projekt wurde von der Autorin wissenschaftlich begleitet. Der Arbeitsauftrag für die wissenschaftliche Begleitung seitens des Senats war, Leistungen des gerontopsychiatrischen Case Managements zu beschreiben, die potenziell mit den Krankenkassen abrechenbar waren. Zusätzlich sollte, basierend auf Gruppengesprächen zum Ende der Projektphase, mit den Hauspflegerinnen deren Fortbildungsbedarf zum Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten herausgefunden werden (unveröffentlichter Abschlussbericht des Projektes). Als ungeplantes Produkt dieser Gespräche entstand ein Büchlein mit einfach formulierten Verhaltensvorschlägen für Hauspflegerinnen zum Umgang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten (Schmitt und Wojnar, 1999).

Für die hier vorliegende Arbeit wurden unter Zustimmung der Senatsverwaltung über den Arbeitsauftrag hinausgehende Daten erhoben, um den Projektverlauf bei einzelnen Klientinnen detailliert beschreiben, Inhalt und Kontext der einzelnen Arbeitsschritte der Case Managerin analysieren und die Wirkungen des Projekts untersuchen zu können. Im Folgenden wird bei Personenbeschreibungen vorwiegend die weibliche Form benutzt, da die meisten Klientinnen und Mitarbeiterinnen der Sozialstation weiblich waren. Auch wird der Begriff Klientin benutzt, da sich zum Projektzeitpunkt der Begriff Kunde/Kundinnen bei der projekttragenden Sozialstation noch nicht durchgesetzt hatte.

2.1. Projektanstellungsträger Diakonie-Station Britz-Buckow

Die Diakonie-Station ist im südlichen Bereich des Bezirkes Neukölln von Berlin angesiedelt. Zum Projektzeitpunkt wurden durchschnittlich täglich 360 und jährlich 800 Patienten betreut. Insgesamt arbeiteten 120 Mitarbeiterinnen in der Haus- und Krankenpflege. Die meisten dieser Mitarbeiterinnen hatten eine Regelarbeitszeit zwischen 50 % und 75 %. Zusätzlich gehörten eine Geschäftsführerin, eine Pflegedienstleitung, eine Sozialarbeiterin, drei Einsatzleiterinnen, eine Sachbearbeiterin, eine Bürohilfskraft und drei Zivildienstleistende zum Personal.

Zum Zeitpunkt des Projektes herrschte unter dem Personal Unsicherheit, ausgelöst durch die Ankündigung von einer anstehenden Veränderung der Trägerschaft. Von einer Sozialstation in Trägerschaft der Kirchengemeinde wurde die Sozialstation in eine GmbH umgewandelt. Hinzu kam, dass die Pflegedienstleitung während der gesamten Projektphase erkrankt war. Zusätzlich waren die Mitarbeiterinnen durch die geplante Einführung der Leistungskomplexe, um konkrete Inhalte der Grundpflege festzulegen, verunsichert. Mit der Einführung der Leistungskomplexe wurde eine Verschlechterung der Pflegequalität und der Arbeitsbedingungen bei den Patienten vor Ort befürchtet.

2.1.1. Demographische Daten zum Einzugsgebiet der Sozialstation

Zum Projektzeitpunkt gehörten die Gemeinden Britz, Buckow I, Buckow II und Rudow zum Einzugsgebiet der Sozialstation. Innerhalb der Gemeinden betrug der Anteil der 70-Jährigen und Älteren 12,1 % (Tabelle 8). Der Anteil der 70-Jährigen und Älteren in den verschiedenen Gemeinden ist Tabelle 8 zu entnehmen.

Tabelle 8. Anteil der 70-Jährigen und Älteren im Einzugsgebiet der Sozialstation.

Gemeinden	Einwohner insgesamt	70 Jahre und älter	Anteil der 70-Jährigen und Älteren in %
Britz	40 598	5 776	14,2 %
Buckow 1	29 319	3 042	10,3 %
Buckow 2	35 153	5 320	15,1 %
Rudow	51 329	4 865	9,5 %
insgesamt	156 399	19 003	12,1%

Quelle: Statistisches Landesamt, Stand 31.12.1996, eigene Berechnungen.

Wird von den Befunden der Berliner Altersstudie ausgegangen, nach der 24 % der 70-Jährigen und Älteren in West-Berlin eindeutig psychisch erkrankt sind und 17 % psychische Störungen mit Krankheitswert aufweisen, kann für das Einzugsgebiet der Diakonie-Station Britz-Buckow zum Projektzeitpunkt in der Altersgruppe von einer Prävalenz von 4 560 ernsthaft psychisch erkrankten Menschen und 3 230 mit psychischen Störungen ausgegangen werden (Meyer und Baltes, 1996). Nicht berücksichtigt in diesen Berechnungen sind Menschen mit einer subdiagnostischen psychischen Störung.

2.1.2. Organisationsstruktur der Sozialstation

Das Einzugsgebiet der Diakonie-Station Britz-Buckow war in die Pflegegruppen Alt-Buckow Gruppe 1, Alt-Buckow Gruppe 2, Neu-Buckow, Hephata/Britz und Gropiusstadt/Rudow eingeteilt. Zu einer Pflegegruppe gehörten sowohl

Hauspflegerinnen als auch Krankenschwestern. Für jede Gruppe war eine Gruppenschwester zuständig, die auch die jeweiligen Vertretungen organisierte. So wurde gewährleistet, dass die Patienten bei den verschiedenen Einsatzzeiten und Vertretungen von einer überschaubaren Anzahl von Mitarbeiterinnen betreut wurden. Außerdem ließen sich mit dieser regionalen Aufteilung die Fahrzeiten der Schwestern und Hauspflegerinnen in einem angemessenen Rahmen halten.

Die Räume der Diakonie-Station Britz-Buckow wurden, neben der Koordination der Einsätze, auch von Seniorengruppen genutzt. An zwei Vormittagen traf sich eine Gruppe für psychisch kranke Ältere unter Anleitung der Case Managerin. Im Rahmen der Gruppe wurde Mittagessen zubereitet und gemeinsam gegessen. Einmal wöchentlich wurden die Räume einer Senioren-Bastelgruppe zur Verfügung gestellt. Der Transport zu den Gruppen wurde von Zivildienstleistenden sichergestellt. Durch diese Angebote herrschte in der Station die Atmosphäre eines aktiven Gemeindezentrums.

2.2. Projektablauf

2.2.1. Finden, Auswahl und Aufnahme von Klientinnen

Zielgruppe des Projekts waren Klientinnen der projekttragenden Sozialstation. Eine Vermittlung von Personen außerhalb der Sozialstation war zwar auch möglich, es waren jedoch keine über die Sozialstation hinausgehenden Versuche zur Klientinnenfindung vorgesehen. Potenzielle Projektklientinnen sollten durch Mitarbeiterinnen der Sozialstation, wie Hauspflegerinnen, Sozialarbeiterin und Krankenpflegerinnen, bei den sozialstations-internen morgendlichen Gesprächsrunden vermittelt werden. Vor der Vermittlung sollte die potenzielle Klientin von der vermittelnden Mitarbeiterin der Sozialstation über das Projekt, als ein zeitlich befristetes Angebot, um herauszufinden, wie die Arbeit der Sozialstation verbessert werden könnte, informiert werden. Bei Zustimmung der Klientin sollte dann die Vermittlung an die Case Managerin stattfinden.

2.2.2. Aufnahme- und Ausschlusskriterien

Zur Projektteilnahme galten die folgenden Aufnahme- und Ausschlusskriterien:

Aufnahmekriterien:

- Information der Klientin über das Projekt und Zustimmung der Klientin, von der Case Managerin kontaktiert zu werden;
- wohnhaft in den Einzugsgebieten Alt-Buckow I und II der Sozialstation Britz-Buckow;
- Alter von 60 Jahre oder älter;
- Vorliegen einer subjektiv von der Klientin, den Angehörigen oder Mitarbeiterinnen der Sozialstation empfundenen, durch psychiatrische Störungen ausgelösten Problematik, der im derzeitigen Versorgungsrahmen nicht adäquat begegnet werden konnte. Die Inhalte der Problematik sollten von der Klientin selbst oder von Bezugspersonen beschrieben werden. Dabei sollte unerheblich sein, ob die der Problematik zugrunde liegende psychiatrische Störung erstmals im Alter aufgetreten war oder bereits seit langem vorlag.

Ausschlusskriterien:

- wohnhaft in den Einzugsgebieten Britz und Rudow,
- Betreuung der Klientin mit Grund- oder Hauspflege für länger als 3 Monate vor der Projektaufnahme.

Die Case Managerin wurde in den Pflegegruppen Alt-Buckow I und II tätig. Potenzielle Klientinnen aus den Pflegegruppen Britz und Rudow wurden in die Kontrollgruppe aufgenommen. Eine ärztlich gestellte psychiatrische Diagnose war nicht Voraussetzung zur Projektaufnahme und eine ärztlich gestellte psychiatrische Diagnose ohne von Klient oder Bezugsperson subjektiv wahrgenommene Problematik war kein Aufnahmekriterium. Waren alle Aufnahmekriterien erfüllt, sollte die Case Managerin nach dem ersten Besuch bei der Klientin über eine Projektaufnahme entscheiden.

2.3. Zeitlicher Rahmen und geplante Aufnahmekapazität

Das Projekt war auf die Dauer von 12 Monaten angelegt. Davon sollte der erste Monat zur Vorbereitung des Projektes und Einführung der Case Managerin in die Methode Case Management dienen. Die Aufnahme von Klienten sollte vom zweiten bis zum einschließlich siebten Projektmonat stattfinden. In diesem Zeitraum von 6 Monaten sollten zwischen 25-30 Klienten in das Projekt aufgenommen werden. Im dritten bis zum einschließlich elften Projektmonat sollte die Monitoringphase stattfinden. Im 11. Monat sollte die wissenschaftliche Begleiterin Gruppengespräche mit den Hauspflegerinnen durchführen und einen Projektbericht erstellen.

Während der Phase des Assessments, der Planung und Umsetzung sollte die Case Managerin 4-6 Wochen direkt mit der jeweiligen Klientin, in deren eigener Wohnung und Wohnumgebung, arbeiten. Die Besuchshäufigkeit und -dauer sollte sich nach dem individuellen Bedarf der Klientin richten. Die Besuchshäufigkeit zwischen Klientin und Case Managerin sollte sich jedoch sukzessive reduzieren und schließlich ganz aufhören. Danach sollte die Case Managerin bis zu 3 Monate für weiterbetreuende Personen, wie Angehörige, Ehrenamtliche und/oder Hauspflegerinnen, beratend verfügbar bleiben (Monitoring). Vier bis fünf Monate nach der ersten Kontaktaufnahme sollte die Case Managerin die Betreuung beenden und die Klienten zu einem Abschlussgespräch besuchen. In begründeten Fällen hatte die Case Managerin die Möglichkeit, jede Phase zu verlängern.

2.4. Aufgaben der Case Managerin

2.4.1. Aufbau einer Beziehung zu den Klientinnen und individuelle Einschätzung

Die Arbeitsinhalte der Case Managerin wurden an die Methode des Strengths-Managements angelehnt (vgl. Kapt. 1.5.4.1.). Wie beim Strengths-Modell auch, wurde bei diesem Projekt davon ausgegangen, dass die Beziehung zwischen der Case Managerin und der Klientin essenziell ist, um die ersten Schritte des Case Managements einschließlich Assessment, Planung und Umsetzung der Planung vorzunehmen. Deshalb sollte sich die Case Managerin bei den ersten Besuchen lediglich darum bemühen, die Klientin und deren Interessen, Gewohnheiten und Selbsteinschätzung mittels Gesprächen kennen zu lernen. Die der Vermittlung

zugrunde liegende psychiatrische Problematik, sollte, außer wenn von der Klientin selbst initiiert, nicht thematisiert werden. Konkreten Wünschen der Klientin sollte die Case Managerin möglichst nachkommen. Notlagen der Klientin sollten sofort behoben werden.

Die Case Managerin sollte von der vermittelnden Person demographische Angaben und Hinweise bezüglich der Situation der Klientin erfragen. Maßgebliche Grundlage des Assessments sollten jedoch von der Case Managerin selbst gesammelte Informationen zum gegenwärtigen Lebensstil, Interessen und Selbsteinschätzung der Klientin sein. Das Assessment sollte formlos geschehen, die Case Managerin sollte sich jedoch an den folgenden Stichpunkten und Fragen orientieren:

- Was sind die Gewohnheiten der Klientin?
- Was sind die Interessen der Klientin?
- Auf was ist die Klientin stolz?
- Wie sieht die Klientin ihre eigene Situation?
- Formuliert die Klientin selbst Lösungsvorschläge für ihre Situation?

Die Case Managerin sollte die oben genannten Stichpunkte durch Beobachtung oder durch Fragen, sofern sich diese im Gesprächsverlauf ergeben sollten, herausfinden. Sie sollte jedoch kein Interview mit der Klientin führen. Zusätzlich sollte die Case Managerin beobachten, in welchen bio-psycho-räumlichdinglichen Bereichen die Klientin Unterstützung brauchte, allmählich ihre Hilfe in den entsprechenden Bereichen anbieten und die notwendigen Schritte gemeinsam mit der Klientin durchführen. Dabei sollten alle notwendigen Entscheidungen von der Klientin selbst getroffen und vor allen Handlungen der Case Managerin die Zustimmung der Klientin eingeholt werden. Die Hilfsangebote der Case Managerin sollten sich an den zuvor festgestellten Gewohnheiten, Interessen und der Selbsteinschätzung orientieren.

2.4.2. Erstellung und Umsetzung eines Betreuungsplanes

Auf Grundlage der bisher im Projektverlauf gemachten Erfahrungen sollte dann die weitere Hilfe geplant werden. Die Planung sollte individuell und spezifisch sein und die Stärken, Interessen und Kompetenzen der Klientin berücksichtigen. Notwendige Unterstützung, einschließlich grund- und hauspflegerische Tätigkeiten, sollte zunächst von der Case Managerin selbst durchgeführt werden. Bei der allmählichen Vermittlung von zusätzlichen Hilfen sollte die Case Managerin versuchen, den Hilfebedarf durch familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Hilfe abzudecken bevor professionelle Hilfe eingesetzt werden sollte. Bereits tätige und neu vermittelte Helferinnen sollten zunächst parallel mit der Case Managerin bei der Klientin arbeiten und angeleitet werden. Generell sollte die Case Managerin nur zu Tätigkeiten anleiten, die sie selbst bereits erfolgreich mit der Klientin durchgeführt hatte.

2.4.3. Monitoring und Beendigung des Kontaktes mit Klienten

Während der Monitoringphase sollte die Case Managerin sicherstellen, dass die ursprünglich vereinbarten Dienste den aktuellen Bedürfnissen der Klientin entsprechen. Dazu sollte die Case Managerin in regelmäßigen Gesprächen mit den weiterbetreuenden Personen die Verträglichkeit der Situation prüfen, bei Bedarf notwendige Veränderungen einleiten und, wenn nötig, erneut persönlichen Kontakt

zur Klientin aufnehmen. Zum Abschluss des Projektes sollte die Case Managerin die Klientin nochmals besuchen, sich von einer stabilen Situation überzeugen und sich dann verabschieden.

2.4.4. Dokumentation

In der Sozialstation wurde zum Zeitpunkt des Projektes eine Pflegemappe, bestehend aus Patientenstammkarte, Pflegeanamnesebogen, Verlaufsdocumentation und ein Abrechnungsvordruck für die Abrechnung mit den Kostenträgern benutzt. Im Abrechnungsvordruck bestätigte die Klientin bei jedem Einsatz den Erhalt der Leistungen durch eine Unterschrift. Kopien der Patientenstammkarte und des Pflegeanamnesebogens wurden in der Sozialstation und das Original in der Wohnung der Klientin hinterlegt. Die Patientenstammkarte erfasste demographische Daten, Diagnose, Verordnungen und Pflegemaßnahmen und der Abrechnungsvordruck Leistungsart, Dauer und Zeitpunkt der Maßnahme. Der Pflegeanamnesebogen hatte zwar eine Rubrik für standardisierte Angaben zum Gesundheitszustand, Soziale Kontakte, Wohnsituation, Hilfeeerwartung des Klienten, zu veranlassende Maßnahmen und Vermittlungen. Diese wurde jedoch zum Projektzeitpunkt nicht ausgefüllt.

Die Case Managerin sollte die Inhalte der Pflegemappe bei Klientinnen, die bereits von der Sozialstation betreut wurden, als Informationsquelle benutzen, ihre eigene Einschätzung, Planung und Umsetzung der Planung in einer eigenen formlosen Verlaufsdocumentation festhalten und Dauer und Zeitpunkt aller mit der oder für die Klientin durchgeführten Maßnahmen dokumentieren. Zusätzlich sollte die Case Managerin bei vierzehntägigen Treffen ihre Tätigkeiten mit der wissenschaftlichen Begleitung besprechen. Dabei sollte die wissenschaftliche Begleiterin klärende Fragen hinsichtlich der Dokumentation und der Arbeitsschritte stellen, jedoch nur, wenn zur Abwendung von Schaden notwendig, direkt intervenieren.

2.5. Ausbildung der Case Managerin

Die Case Managerin hatte eine Ausbildung als examinierte Krankenschwester mit Psychiatrieausbildung, war zu Projektbeginn bereits über 5 Jahre in der Sozialstation Britz-Buckow tätig und wurde vorwiegend für psychisch Erkrankte im Rahmen der üblichen Behandlungspflege eingesetzt. Von der Methode Case Management hatte sie im Zusammenhang mit den Berliner Koordinierungsstellen gehört, die Methode jedoch selbst nie angewandt (vergl. Pkt. 2). Im ersten Monat nach Projektbeginn vermittelte die wissenschaftliche Begleitung der Case Managerin, vorwiegend anhand von Fallbeispielen, die Inhalte der Methode Case Management und der oben aufgeführten Aufgabenstellung bei drei zweistündigen Treffen.

2.6. Wissenschaftliche Begleitung

Zu den Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung gehörten:

1. Projektkonzeption,
2. Vorstellung des Projektes und der einzelnen Arbeitsschritte bei den Mitarbeiterinnen der Sozialstation,
3. Einführung der Case Managerin in die Methode Case Management,

4. Begleitung des Projektes durch regelmäßige Gespräche mit der Case Managerin,
5. Durchführung von Angehörigeninterviews,
6. Sicherstellung der Einhaltung des vorgegebenen Zeitrahmens der einzelnen Projektelemente,
7. Sicherung der Datensammlung und Datenqualität,
8. Gruppengespräche mit Hauspflegerinnen,
9. Erstellen eines Projektberichts.

2.7. Begründung und Diskussion des Projektdesigns

Die Projektanbindung an eine Sozialstation wurde gewählt, weil untersucht werden sollte, inwieweit Case Management als Methode zur Einleitung und Sicherung der gerontopsychiatrischen Versorgung durch eine Sozialstation sinnvoll ist. Ziel war also nicht, der vorhandenen Anbieterstruktur einen neuen unabhängigen Dienst hinzuzufügen, sondern zu untersuchen, inwieweit in einer bereits etablierten Struktur mit einer bewährten Methodik, eine bislang vernachlässigte Klientengruppe unterstützt werden könnte.

Mit der Festlegung des Aufnahmealters auf 60-Jährige und Ältere, sollte die ausschließliche Betreuung von älteren psychisch Kranken sichergestellt werden. Das Aufnahmekriterium, nach dem eine subjektiv von Klienten oder von Bezugspersonen empfundene, durch psychiatrische Störungen ausgelöste Problematik vorliegen sollte, sollte der alltäglichen Erfahrung von Bezugspersonen mehr Gewicht geben als einer ärztlichen Diagnose. Zusätzlich wurde damit auch die in der Literatur belegte Tatsache berücksichtigt, dass Sozialstationen vielfach Klientinnen mit eindeutig gerontopsychiatrischen Symptomen, jedoch ohne Vorliegen einer entsprechenden Diagnose, versorgen (vgl Kapitel 1.4.3.5.).

Die Betonung einer nicht problemorientierten Beziehung zwischen Klient und Case Managerin und die Konzentration auf Interessen, Gewohnheiten und Selbsteinschätzung des Klienten sollte zum einen der Case Managerin erleichtern, die Unterstützung auf Basis der Stärken der Klienten zu planen, und zum anderen aufseiten der Klientin die Akzeptanz der Hilfe fördern. Die Einschätzung der Situation der Klientin durch die Case Managerin sollte auf Erfahrungen des gemeinsam verbrachten und gestalteten Alltags mit der Klientin basieren. Diese Vorgehensweise sollte es der Case Managerin dann ermöglichen, Stärken und Kompetenzen der Klienten differenzierter feststellen und zukünftige Helferinnen konkreter anleiten zu können als bei einer auf Beobachtung und Befragung von Klientinnen und Bezugspersonen basierenden Einschätzung.

Da von der Case Managerin erwartet wurde, neben den typischen Case Management-Aufgaben grundpflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen zunächst selbst durchzuführen, war der Einsatz einer pflegerisch ausgebildeten Case Managerin naheliegend. Eine Zusammenarbeit mit anderen relevanten Professionen war jedoch in allen Phasen des Projektes vorgesehen.

Die Ausschlusskriterien regionaler Bezug und mehr als drei Monate Grundpflege waren durch das Design der Wirkungsanalyse, die eine Interventions- und eine Vergleichsgruppe vorsah, bedingt. Interventions- und Vergleichsgruppe wurden über verschiedene Einzugsgebiete der Sozialstation rekrutiert (vgl. Kapitel 3.3.1). Eine

über drei Monate hinausgehende hauswirtschaftliche Versorgung war Ausschlusskriterium, um eine vergleichbare Ausgangsbasis zwischen Interventions- und Untersuchungsgruppe im Hinblick auf die bisherige Versorgung durch die Sozialstation zu schaffen.

Von einem Forschungsstandpunkt aus betrachtet, wäre die ausschließliche Rekrutierung von für die Sozialstation neuen Klientinnen ideal gewesen. Dies hätte jedoch wegen der auf sechs Monate begrenzten Aufnahmezeit des Projekts zu einer zu kleinen Stichprobe geführt. Die auf ärztlicher Verordnung beruhende Behandlungspflege war kein Ausschlusskriterium, da davon ausgegangen wurde, dass ärztlich verordnete Behandlungspflege in der Regel kurzfristig ist und sich nicht auf gerontopsychiatrische Problemlagen bezieht.

3. Methoden und Datenanalyse

Zur Bearbeitung der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten wissenschaftlichen Fragestellung wurden qualitative und quantitative Methoden eingesetzt. Die detaillierte Beschreibung des Projektverlaufs basiert auf deskriptiven Methoden. Zur Beschreibung der Arbeitsinhalte der Case Managerin, der Frage, inwieweit eine Unterstützung zur maximal möglichen Kontrolle stattfand und der Wirkungen des Projekts auf die Angehörigen wurden die Projektverlaufsbeschreibungen qualitativ analysiert. Die Wirkungen des Projekts auf die physischen und psychischen Funktionen der Klientinnen wurden mit einem quasi-experimentellen prozeduralen Untersuchungsdesign mittels des standardisierten Erhebungsbogen NOSGER quantitativ untersucht.

3.1. Beschreibung des Projektverlaufs bei den einzelnen Klientinnen

Die Beschreibung des Projektverlaufs basiert auf der von der Case Managerin für jede Klientin verfassten Dokumentation, den Notizen, die die wissenschaftliche Begleiterin sich während der vierzehntägigen Interviews mit der Case Managerin machte, den Interviews mit den Angehörigen und den Ergebnissen des NOSGER-Fragebogens. Zum Projektzeitpunkt waren keine Standards in der Betreuung und Dokumentation von ambulanten Tätigkeiten mit gerontopsychiatrischen Klienten bekannt. Außerdem hatte die Case Managerin keine praktische Erfahrung in einer Planung, Begründung, Umsetzung und Ziel der Planung einschließenden Dokumentation. Um trotz dieser Mängel ausführliche Informationen zu erhalten, traf sich die wissenschaftliche Begleiterin vierzehntägig für zwei Stunden mit der Case Managerin. Bei diesen Treffen beschrieb die Case Managerin ihre Tätigkeiten in den vergangenen zwei Wochen und legte ihre Dokumentation für jede Projektteilnehmerin sowie die ausgefüllten NOSGER-Fragebögen vor. Die wissenschaftliche Begleiterin stellte dann nicht standardisierte Fragen hinsichtlich Grund, Ziel und Ergebnis der Tätigkeiten und hielt die Antworten schriftlich fest. Durch diese Methodik kam der wissenschaftlichen Begleiterin die Rolle der teilnehmenden Beobachterin zu, da davon auszugehen ist, dass die Fragen teilweise edukativ wirkten und die weitere Arbeit der Case Managerin veränderten.

Die Gespräche konnten leider nicht auf einem Tonträger festgehalten werden, da die Case Managerin dies ausdrücklich ablehnte. Nach Abschluss der Monitoringphase

interviewte die wissenschaftliche Begleiterin Angehörige oder andere wichtige, nicht professionelle Betreuungspersonen der jeweiligen Projektteilnehmerin mit einem grob-strukturierten Telefoninterview. Voraussetzung für das Interview war die Zustimmung der Projektteilnehmer (vgl. Kapitel xx). Basierend auf den Informationen aus der Dokumentation der Case Managerin, den ergänzenden Notizen der wissenschaftlichen Begleitung, den Interviews mit den Angehörigen der Projektteilnehmer und den Ergebnissen des NOSGER-Fragebogens wurde dann individuell für jede Projektteilnehmerin eine Beschreibung des Projektverlaufs erstellt.

3.2. Analyse des Projektverlaufs

Die individuellen Beschreibungen des Projektverlaufs wurden, im Hinblick auf die Vermittlungsgründe, die einzelnen Arbeitsschritte der Case Managerin und im Hinblick darauf inwieweit Kontrollmöglichkeiten maximiert wurden, angelehnt an eine reduzierte Form der qualitativen Forschungsmethode Grounded Theory in einem iterativen Prozess mit einer Kombination von deduktiven und induktiven Verfahren manuell einer Satz für Satz-Analyse unterzogen. Dabei wurden Aktivitäten, Kontext der Aktivitäten und Konsequenzen identifiziert und miteinander verglichen. Diese identifizierten Aktivitäten wurden in einem nächsten Schritt ähnlichen Themenbereichen zugeordnet und zu Kategorien mit Subkategorien zusammengefasst (Charmaz, 2000; Corbin und Strauss, 1996; Ryan und Bernard, 2000).

Nach Abschluss der Kategorienbildung wurde dann wiederum in einem iterativen Prozess analysiert, inwieweit sich in den Aktivitäten der Case Managerin Elemente der Kriterienpaare des Social-Physical over Time-Modells (SPOT): Sicherheit und Vertrautheit, Stimulation und Aktivierung - sowie Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung identifizieren ließen (Wahl und Lang, 2004). Auf die dem SPOT Modell immanente Dimension Zeit wird bei dieser Analyse nicht eingegangen. Mit der Identifikation von Arbeitsinhalten die die Verbundenheit der sozialen und dinglich-räumlichen Umwelt demonstrieren und die auf eine Anpassung derselben an die Klientinnen bedürfnisse abzielen, wird jedoch eine Grundlage geschaffen um in nachfolgenden Arbeiten zu untersuchen inwieweit die Bedeutung der einzelnen Kriterienpaare bei gerontopsychiatrisch Erkrankten einer Entwicklungsdynamik unterliegen (vgl. Pkt 1.2.2.4.)

Grounded Theory ist eine qualitative Methode, um eine Theorie basierend auf systematisch gesammelten Daten zu entwickeln. Ziel der Methode „Grounded Theory“ ist es, mittels eines Kodier-Prozesses Konzepte und Kategorien im Text zu identifizieren und zu einem theoretischen Modell zu formen. (Charmaz, 2000, Corbin und Strauss, 1996). Konzepte sind „Konzeptionelle Bezeichnungen oder Etiketten, die einzelnen Ereignissen, Vorkommnissen oder anderen Beispielen für Phänomene zugeordnet werden“ (Corbin und Strauss, 1996, S. 43). Das Ziel dieser Untersuchung war nicht, eine voll entwickelte Theorie vorzustellen, sondern die Methode zum konzeptionellen Ordnen der Daten einzusetzen (Corbin und Strauss, 1996).

Kategorien entstehen durch eine Klassifikation von Konzepten, indem Konzepte hinsichtlich ihrer Ähnlichkeiten und Unterschiede miteinander verglichen werden und, sofern sie dasselbe Phänomen zu beschreiben scheinen, als Kategorie

provisorisch gruppiert werden. Die zu analysierenden Daten können dabei aus verschiedenen Formen von Datensammlungen, wie Beobachtungen, Gespräche, Interviews, Dokumente und Berichte, stammen und häufig werden im Verlauf des Prozesses weitere Daten gesammelt (Corbin und Strauss, 1996; Ryan und Bernard in: Denzin, 2000).

Unter Kodieren ist der zentrale Prozess zu verstehen, bei dem Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden, um Theorien zu entwickeln. Der Analyseprozess kann dabei manuell oder von Computerprogrammen durchgeführt werden. Grundlegend für den Kodierprozess sind dabei das Anstellen von Vergleichen und das Stellen von Fragen. Bei der Grounded Theory werden drei Haupttypen des Kodierens unterschieden: a) offenes Kodieren, b) axiales Kodieren und c) selektives Kodieren (Strauss/Corbin, 1996). Die Grenzen der verschiedenen Kodierverfahren sind dabei künstlich und finden nicht unbedingt aufeinanderfolgend statt. Ist die Forschung, wie in der hier vorliegenden Untersuchung vorwiegend an einer Themenanalyse und nicht an einer Theorieentwicklung interessiert, ist der Forschungsprozess mit dem axialen Kodieren abgeschlossen (a. a. O.).

Beim offenen Kodieren werden Phänomene, die sich aus dem Text ergeben, konzeptualisiert und kategorisiert. Beim Konzeptualisieren wird eine Beobachtung, ein Satz oder ein Abschnitt herausgegriffen und jeder einzelne darin enthaltene Vorfall, jede Idee oder jedes Ereignis benannt. Die Konzepte werden dann miteinander verglichen und zu Kategorien klassifiziert, um dann beim axialen Kodieren verifiziert zu werden. Die Namen der Kategorien können auch aus der Fachliteratur stammen.

„Solche Konzepte besitzen insofern einige Vorteile, als daß sie bereits mit analytischer Bedeutung belegt und vielleicht schon für sich genommen einigermaßen gut begrifflich entwickelt sind.“ (A. a. O., S. 49)

Kodieren besteht im Stellen von Fragen und Anstellen von Vergleichen. Beim Stellen von Fragen wie:

„Wer? Wann? Wo? Wie? Was? Wieviel? und Warum?“ (a. a. O., S. 58 ff.)

oder zeitbezogener Fragen nach Frequenz und Dauer werden Daten aufgebrochen und Dimensionen und Eigenschaften von Kategorien entdeckt. Unter Eigenschaften werden dabei die Charakteristika oder Kennzeichen einer Kategorie und unter Dimensionen die Anordnung einer Eigenschaft auf einem Kontinuum verstanden. Für das Stellen von Vergleichen schlagen die Autoren verschiedene Techniken vor, die die theoretische Sensibilität verbessern und helfen sollen, Vorannahmen zu durchbrechen und spezifische Dimensionen aufzudecken. Möglichkeiten des Vergleichens sind z. B. das systematische Vergleichen von zwei oder mehreren Phänomenen oder die Flip-Flop-Technik, bei der die Extreme einer Dimension verglichen werden (a. a. O.).

Beim axialen Kodieren werden mittels induktiven und deduktiven Überlegungen, Vergleichen und Stellen von Fragen, Subkategorien in Beziehung gesetzt. Dazu werden ursächliche Bedingungen, Phänomene, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und interaktionale Strategien und Konsequenzen einer

Kategorie spezifiziert. Diese spezifischen Kennzeichen einer Kategorie werden als Subkategorien bezeichnet und verleihen einer Kategorie ihre Präzision. Unter Phänomen wird dabei das Ereignis verstanden, auf das Handlungen, um das Ereignis zu bewältigen, gerichtet sind (a. a. O.). Ursächliche Bedingungen verweisen auf Ereignisse oder Vorfälle, die zum Auftreten oder zu der Entwicklung eines Phänomens führen.

Ein Kontext stellt die zu einem Phänomen gehörenden Merkmale und/oder Bedingungen, im Rahmen derer Phänomene bewältigt werden, dar. Unter intervenierenden Bedingungen werden allgemeine Charakteristika wie Zeit, Raum, sozio-ökonomischer Status und Biographie verstanden. Handlungs- und interaktionale Strategien sind prozessual und zielorientiert und richten sich auf den Umgang mit einem Phänomen. Dabei ist es nicht nur wichtig, die durchgeführten, sondern ebenso bedeutsam, unterlassene Handlungen zu erkennen und zu analysieren. Konsequenzen sind die Ergebnisse der auf ein Phänomen gerichteten oder ausgelassenen Handlungen und nicht immer vorhersehbar oder beabsichtigt.

Das axiale Kodieren besteht aus den vier Schritten:

- a) In-Beziehung-Setzen von Subkategorien zu einer Kategorie, wobei Verbindungen zwischen Subkategorien und Kategorien ausfindig gemacht werden;
- b) Verifizieren von Aussagen anhand der Daten, wobei sämtliche Daten erneut zur Bestätigung der Aussagen oder zum Finden von Variationen untersucht werden;
- c) weitere Entwicklung von Kategorien und Subkategorien in Bezug auf ihre Eigenschaften und dimensionale Ausprägungen;
- d) Verknüpfen von Kategorien auf der dimensional Ebene, indem Ausprägungsmuster in den Daten erkannt werden (a. a. O.).

Beim selektiven Kodieren wird davon ausgegangen, dass ein zentrales Phänomen, die Kernkategorie, existiert, um die herum alle anderen Kategorien integriert werden können. Selektives Kodieren wird folgendermaßen definiert:

„Der Prozeß des Auswählens der Kerntheorie, des systematischen In-Beziehung-Setzens der Kernkategorie mit anderen Kategorien, der Validierung dieser Beziehungen und des Ausfüllens von Kategorien, die einer weiteren Verfeinerung und Entwicklung bedürfen“ (a. a. O., S. 94).

Selektives Kodieren ähnelt dem axialen Kodieren, findet jedoch auf einer abstrakteren Ebene der Analyse statt. Da im Rahmen dieser Arbeit keine Theorie entwickelt werden sollte, sondern die Prozesse eines Projektes beschrieben werden sollten, wird nicht näher auf das selektive Kodieren eingegangen.

3.3. Vergleich der Projektteilnehmerinnen mit Klientinnen in gängiger Versorgung

Die Hypothese in der dritten Forschungsfragestellung, dass sich bei den Projektteilnehmerinnen Gedächtnis, Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, Sozialverhalten und störendes Verhalten zum Ende der Projektteilnahme eher verbessert haben als bei Klientinnen mit üblicher Versorgung, wurde mittels des

standardisierten multidimensionalen Fragebogens „Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients" (NOSGER) in einem quasi experimentellen Pretest-Posttest Design untersucht (Anhang A). Die gewonnenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 9.0 ausgewertet. NOSGER ist ein Fremdbeurteilungsfragebogen zur Einschätzung von Verhalten bei älteren Patienten, die an Demenz, Depressionen oder anderen gerontopsychiatrischen Krankheiten leiden (Spiegel, 1997; 1992; Spiegel, Brunner, Ermini-Fünfschilling Monsch, Notter, Puxty, Tremmel, 1991; Tremmel und Spiegel, 1993; Wahle, Häller, Spiegel, 1996). Für den ambulanten und stationären gerontopsychiatrischen Bereich konzipiert, komprimiert NOSGER gängige Assessmentverfahren und stützt sich auf Verhaltensbeobachtungen im Alltag in den folgenden sechs Funktionsbereichen:

1. Gedächtnis,
2. Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL),
3. Körperpflege bzw. Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL),
4. Stimmung,
5. Sozialverhalten und
6. Störendes Verhalten.

Diese Dimensionen werden durch 30 in Alltagssprache formulierte Fragen (NOSGER /Items) erfasst und mit einer 5-Punkt-Likert-Skala (1 = nie, 2 = hie und da, 3 = oft, 4 = meistens, 5 = immer) bewertet. Zehn Items werden in umgekehrter Richtung verrechnet. Je 5 Items werden zu einer Dimension zusammengefasst, deren Scores zwischen 5 (keinerlei Störung) und 25 Punkten (maximale mögliche Störung) liegen (Spiegel, 1992). Basis für die Beobachtung sind die vorangegangenen 14 Tage. NOSGER kann auch von nicht geschultem Personal ausgefüllt werden, sofern dieses die Items in ihrer Bedeutung versteht und wöchentlich sechs oder mehr Stunden mit dem Patienten verbracht hat (Spiegel, 1997).

Mehrere Studien bescheinigen eine gute Akzeptanz von NOSGER bei Professionellen, hohe Test-Retest- und Interrater-Realibilität und zufriedenstellende Validität. Die Reliabilitätskoeffizienten aller Dimensionen lagen bei $> .80$ (Wahle, Häller, Spiegel, 1996; Tremmel, Spiegel, 1993). Vergleichsstudien zeigten, dass sich NOSGER als Instrument zur Unterstützung der diagnostischen Abklärung zwischen gesunden, leicht und mittler Dementen und depressiven Patienten einsetzen lässt (Wahle, Häller, Spiegel, 1996).

Zur praktischen Anwendung von NOSGER liegen zurzeit folgende Richtwerte vor: In der Dimension Gedächtnis gibt es zwar keinen scharfen Cutoff-Punkt, 10 und mehr Punkte lassen jedoch eine zunehmend schwere Gedächtnisstörung vermuten. In der Dimension IADL gelten Werte von 15 und mehr Punkten als Indikation für eine Unfähigkeit, sich im täglichen Leben praktisch zurechtzufinden. In der Dimension ADL kann bei mehr als 10 Punkten auf eine erhöhte Pflegebedürftigkeit geschlossen werden. In der Dimension Stimmung weisen 10 und mehr Punkte auf eine zunehmend schwere depressive Verstimmung hin. In der Dimension Sozialverhalten wird ab 15 Punkten von einem zunehmenden sozialen Rückzug ausgegangen. Für die Dimension störendes Verhalten lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt keine Normwerte bestimmen (Richter, Lowens, Liekenbrock, 1998; Spiegel, 1997; Wahle, Häller, Spiegel, 1996).

Normative Daten über die Veränderungsempfindlichkeit von NOSGER sind als Tendenzen zu verstehen und müssen in weiteren Studien bestätigt werden. Derzeit gilt eine Veränderung von 0-1 Punkt als keine Veränderung, von 2-3 Punkten als kleine und von 4 und mehr Punkten als große Veränderung. Auf dem Hintergrund der dünnen Datenlage zur Veränderungssensibilität wird deshalb empfohlen, die Ergebnisse mit anderen relevanten Ergebnissen in Beziehung zu validieren (Tremmel und Spiegel, 1993).

3.3.1. Rekrutierung von Interventions- und Vergleichsgruppe

Die Rekrutierung der Klientinnen für die Interventions- oder die Vergleichsgruppe war quasi-experimentell, da nicht randomisiert wurde. Die Interventions- bzw. die Vergleichsgruppe wurden aus zwei in ihrem Klientel vergleichbaren, regional jedoch unterschiedlichen Einzugsbereichen der Sozialstation Berlin-Britz rekrutiert. Aus den Einzugsbereichen Alt-Buckow I und II wurden Klientinnen für die Interventionsgruppe und aus den Einzugsbereichen Britz/Hephatha und Rudow für die Vergleichsgruppe gewonnen. Für die Interventionsgruppe galten die unter Kapitel 2.2. aufgeführten Aufnahmekriterien und für die Vergleichsgruppe galten entsprechend die folgenden Aufnahmekriterien.

- Zustimmung der Klientin, den Fragebogen auszufüllen;
- wohnhaft in den Einzugsgebieten Britz/Hephatha und Rudow;
- Alter von 60 Jahren oder älter;
- Vorliegen einer subjektiv von der Klientin, den Angehörigen oder Mitarbeiterinnen der Sozialstation empfundenen, durch psychiatrische Störungen ausgelöste Problematik, der im derzeitigen Versorgungsrahmen nicht adäquat begegnet werden konnte. Die Inhalte der Problematik sollten von der Klientin selbst oder von Bezugspersonen beschrieben werden. Dabei sollte unerheblich sein, ob die der Problematik zugrunde liegende psychiatrische Störung erstmals im Alter aufgetreten war oder bereits seit langem vorlag.

Ausschlusskriterien:

- wohnhaft in den Einzugsgebieten Alt-Buckow I und II;
- Betreuung der Klientin mit Grund- oder Hauspflege für länger als 3 Monate vor der Projektaufnahme.

Bei der Interventionsgruppe nahm die Case Managerin 14 Tage nach Kontaktaufnahme eine NOSGER-Einschätzung vor, bei der Vergleichsgruppe die Hauspflegerin (Messzeitpunkt 1). Der Messzeitpunkt 2 wurde auf drei Monate nach Kontaktaufnahme festgelegt.

3.3.2. Vermittlung von Klienten und Administration des NOSGER-Fragebogens

Zu Projektbeginn wurden alle Hauspflegerinnen der Sozialstation von der wissenschaftlichen Begleitung über das Projekt und die Aufnahmevoraussetzungen in das Projekt oder in die Vergleichsgruppe informiert. Hauspflegerinnen aus dem Einzugsgebiet der Interventionsgruppe sollten potenzielle Klientinnen direkt an die Case Managerin vermitteln und Hauspflegerinnen der Vergleichsgruppe sollten den NOSGER-Fragebogen für in Frage kommende Klientinnen zum Aufnahmezeitpunkt

und bei bislang unbekanntem Klientinnen 14 Tage nach der ersten Kontaktaufnahme und 4 Monate später ausfüllen, mit demographischen Informationen ergänzen und ihrer Einsatzleitung übergeben. Bei der Interventionsgruppe füllte die Case Managerin 14 Tage nach Kontaktaufnahme den NOSGER-Fragebogen aus und 4 Monate später unter Einbezug der weiterbetreuenden Personen. Die Case Managerin und Hauspflegerinnen und wurden gemeinsam von der wissenschaftlichen Begleiterin in der Anwendung des Fragebogens angeleitet. Dabei wurden alle Fragen gelesen, eventuelle Missverständnisse diskutiert und einheitliche Lösungen abgesprochen.

3.3.3. Datenanalyse

Zur Prüfung der Wirkungen des Case Managements auf die NOSGER-Dimensionen wurden mit dem t-Test nach Student für zwei abhängige Stichproben die Mittelwerte der NOSGER Scores der beiden Messzeitpunkte sowohl bei der Interventions- als auch bei der Vergleichsgruppe miteinander verglichen. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt. Die Normalverteilung der Differenzen, eine der Voraussetzungen für den t-Test, wurde mit dem Kolmogoroff-Smirnoff-Test geprüft (Hoffmann, 1996, Bühl und Zöfel, 1998).

Um zu testen, inwieweit sich die Ausgangswerte von der Interventions- und der Vergleichsgruppe signifikant voneinander unterscheiden, wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) mit den NOSGER Scores als abhängige Variablen durchgeführt. Außerdem wurde mit ANOVA getestet, inwieweit beim ersten Messzeitpunkt eine Assoziation zwischen der unabhängigen Variable Alter und den NOSGER Scores bestand. Um zu testen, inwieweit sich die Differenzen der beiden Untersuchungsgruppen signifikant voneinander unterscheiden, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen für alle NOSGER-Dimensionen durchgeführt. Der Messwiederholungsfaktor wurde als Zeit mit zwei Faktorstufen definiert, die NOSGER Scores waren die abhängigen Variablen und die unabhängige Variable war die kategorisierte Zugehörigkeit zur Interventions bzw. Vergleichsgruppe.

3.4. Angehörigenbefragung

Um herauszufinden, inwieweit die Arbeit der Case Managerin Entlastungsgefühle bei den Angehörigen bewirkte, führte die wissenschaftliche Begleiterin nach Abschluss der Monitoringphase ein grob-strukturiertes Telefoninterview mit den Angehörigen durch. Voraussetzung zum Interview war eine Zustimmung der Klientin und der Angehörigen selbst. Das Interview einleitend fragte die wissenschaftliche Begleiterin zunächst nach den, durch die Krankheit der Projektteilnehmerinnen ausgelösten Belastungen für die Angehörigen und den Auswirkungen dieser Belastungen. Weiter wurden die Angehörigen befragt, welche Maßnahmen des Case Managements ihnen selbst oder den Projektteilnehmerinnen geholfen haben und warum. Zum Schluss wurden die Angehörigen dann befragt, welche Unterstützung für sie optimal gewesen wäre (Anhang B). Die wissenschaftliche Begleiterin machte sich während des Telefoninterviews Notizen und ergänzte diese nach dem Interview mit weiteren Anmerkungen aus der unmittelbaren Erinnerung an das Gespräch. Die Interviewergebnisse wurden dann in die Projektverlaufsbeschreibungen integriert und angelehnt an die Techniken der qualitativen Methode Grounded Theory analysiert (vgl. Kapitel 3.2.).

4. Ergebnisse

4.1. Stichprobenbeschreibung

In den 6 Monaten der Aufnahme phase wurden 14 Klientinnen in die Interventionsgruppe und 11 Klientinnen in die Vergleichsgruppe aufgenommen. In beiden Gruppen war lediglich ein Mann. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe war $82 \pm 6,4$ Jahre (range 67-91) und das der Vergleichsgruppe $83 \pm 4,2$ Jahre (range 73-89). Häufigste ärztliche Diagnose der Interventionsgruppe war Demenz (36 %). Häufigste ärztliche Diagnosen der Vergleichsgruppe waren mit je 28 % Demenz und Zustand nach Apoplex (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 10. Demographische Daten und ärztliche Diagnose der Interventions- und Vergleichsgruppe.

	Interventionsgruppe (n =14) ¹ Mittelwert oder %	Vergleichsgruppe (n=11) Mittelwert oder %
Alter	81,5 \pm 6,4 Jahre (range 67-91 Jahre)	83, 0 \pm 4,2 Jahre (range 73-89 Jahre)
Geschlecht		
Weiblich	93	91
Männlich	7	9
Ärztliche Diagnose ²		
Demenz	36	28
Zustand nach Apoplex	14	28
Parkinsons ⁴	7	9
Psychose	21	9
Herzinsuffizienz	0	18
Depression	0	9
keine	21	0

¹ Alle aufgenommenen Klientinnen. ²Summen von 99 und 101 der Prozentzahlen in beiden Spalten sind durch Aufrundungen bedingt.

In der Interventionsgruppe lehnten zwei Klientinnen eine Intervention ab und eine Klientin wurde in ein Krankenhaus eingewiesen. Somit wurden bei 11 Klientinnen das Case Management wie geplant durchgeführt. In der Vergleichsgruppe gab es keine Abbrüche.

Die Klientinnen der Interventionsgruppe (n=11) wurden im Durchschnitt $22 \pm 3,49$ mal von der Case Managerin besucht (range 16-27 Kontakte) und die gesamte Einsatzzeit pro Klientin betrug durchschnittlich 23 ± 5 Stunden (range 16-35 Stunden). Die Zeit die während der Monitoring phase aufgewandt wurde ist in diese Berechnungen nicht eingeschlossen.

4.2. Beschreibung des Projektverlaufs bei den einzelnen Klientinnen

4.2.1. Frau A.

Assessment

Frau A., war 88 Jahre alt, Witwe, von Beruf Bäuerin gewesen und lebte in einer bescheiden eingerichteten, leicht verwahrlosten Wohnung, in der die Sicherungen herausgedreht waren. Frau A. war körperlich mobil, litt jedoch an einem Ödem an den Beinen und an Stuhl- und Urininkontinenz. Ihr Hausarzt hatte die Diagnose

Demenz gestellt. Frau A. hatte täglichen Kontakt zu ihrem auf demselben Grundstück wohnenden Enkel. Der Enkel sorgte für die Wäsche und war gesetzlicher Betreuer. Eine Nachbarin brachte Frau A. jeden Tag warmes Essen, da sie Frau A.s verstorbenen Ehemann versprochen hatte, ihr Essen zu bringen. Zu ihren Kindern schien Frau A. keinen Kontakt zu haben. Frau A. saß meist in ihrem Sessel in einem dunklen Zimmer, blätterte täglich durch die Zeitung und äußerte sich kaum, selbst wenn sie angesprochen wurde. Im ersten Gespräch mit der Case Managerin über ihr Leben sagte Frau A., sie hätte im Krieg „viel durchgemacht“, ohne jedoch auf Nachfragen Genaueres zu berichten.

Grund der Aufnahme

Frau A. wurde seit einem Monat dreimal wöchentlich für je 2 Stunden von einer Hauspflegerin der Sozialstation betreut, lehnte jedoch Inkontinenzeinlagen und Unterstützung bei der Körperpflege ab. Die Case Managerin wurde hinzugezogen, da die Hauspflegerin die hygienische Unterversorgung nicht mehr länger verantworten konnte. Die Hauspflegerin klagte darüber, zu wenig Zeit zu haben, meinte jedoch auch, dass auch mit mehr Zeit die Grundpflege bei Frau A. unmöglich wäre, da Frau A. nicht zu motivieren sei, von ihrem Sessel aufzustehen, ins Badezimmer zu gehen und die beschmutzte Kleidung zu wechseln. Frau A. verbrachte die Nacht meist in Tageskleidung, im Sessel schlafend, was das Ödem in den Beinen verschlimmerte. Wenn Frau A. in ihrem Bett schlief, was selten vorkam, ließ sie die Tageskleidung an. Die Hauspflegerin konnte bei Frau A. lediglich die Wohnung säubern.

Planung der Case Managerin

Zunächst plante die Case Managerin, eine für Frau A. stimulierende Umgebung zu schaffen. In Absprache mit dem Enkel wollte sie in einem Zimmer mit Fenster zur Straße einen Stammplatz für Frau A. einrichten. Die Case Managerin wollte Frau A. sukzessiv mit diesem neuen Platz vertraut machen und schließlich, Frau A.'s Einwilligung vorausgesetzt, den vertrauten Sessel an den Fensterplatz stellen. Außerdem wollte die Case Managerin viel mit Frau A. sprechen und nach Wegen suchen, die Grundpflege durchzuführen. Frau A. sollte nicht dazu gedrängt werden, ins Bad zu gehen, vielmehr sollte sie jeweils entscheiden, ob die Grundpflege im Badezimmer oder im Sessel stattfinden sollte. Frau A. sollte täglich vermittelt bekommen, dass sie selbst über die Durchführung der Pflegemaßnahmen entscheiden konnte. Um der Inkontinenz zu begegnen, sollte Frau A. in regelmäßigen Abständen angeregt werden, auf die Toilette zu gehen. Dem Problem des Ödems wollte die Case Managerin zunächst mit einem Kompromiss begegnen. So sollte Frau A. zwar die Nacht im Sessel verbringen können, sollte jedoch überzeugt werden, dabei ihre Beine hochzulegen. Gleichzeitig sollte Frau A. motiviert werden, im Bett zu schlafen, wobei die Frage der Kleidung keine Rolle spielen sollte. Langfristig wollte die Case Managerin Frau A. motivieren, spazieren zu gehen und den Enkel überzeugen, mehr Einsätze der Hauspflegerin zu finanzieren.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Der Enkel stimmte der Finanzierung der Erhöhung der Einsatzstunden der Hauspflegerin von 3 auf 5 Einsätze pro Woche zu. Frau A. und ihr Enkel stimmten der Planung der Case Managerin zu, zunächst ein Zimmer mit Fenster zur Straße zu säubern. Ansonsten konzentrierte sich die Case Managerin bei den ersten Treffen

hauptsächlich auf Gespräche mit Frau A. „Ich spreche mit ihr über ihr Leben, über ihren Beruf und über Orte, an denen sie war, da ich festgestellt habe, dass sie dann auftaut. Diese Situation nutze ich dann, um ihr Neuigkeiten, wie das neue Zimmer, zu zeigen.“ Im „neuen“ Zimmer sprach die Case Managerin wiederholt von den Vorteilen des Zimmers. Schließlich willigte Frau A. ein, ihren Lieblingssessel in das neu hergerichtete Zimmer ans Fenster zu stellen. Zunehmend folgte Frau A. der Case Managerin, wo immer sie in der Wohnung hinging und Frau A. ließ sich zur Mithilfe bei der Hausarbeit anregen, wobei die Case Managerin jeweils jeden Handgriff erläuterte.

Die Hauspflegerin wurde angeleitet, alle Tätigkeiten nur nach Zustimmung von und gemeinsam mit Frau A. durchzuführen und mit Erklärungen zu begleiten. Frau A. sollte nicht gedrängt werden und bei fehlender Zustimmung sollten Tätigkeiten aufgeschoben werden. Allerdings sollte die Hauspflegerin entsprechende Auslassungen in der Dokumentation begründen. Die Hauspflegerin wurde auch angeleitet, erwünschtes Verhalten positiv zu kommentieren und unerwünschtes Verhalten zu ignorieren. Hatte Frau A. zum Beispiel in ihrem Bett geschlafen, sollte die Hauspflegerin die Tatsache, dass Frau A. im Bett geschlafen hatte, positiv hervorheben und die Kleidungsfrage nicht weiter kommentieren.

Monitoring

Während der Monitoringphase berichtete die Hauspflegerin, dass Frau A. mit ihr Einkaufen ginge, angefangen hätte, Klavier zu spielen und sich am Abwasch und bei der Grundpflege beteiligte. Sie würde allerdings die Toilette nur unregelmäßig benutzen und sei nicht zur Verwendung von Inkontinenzeinlagen zu bewegen. Die Hauspflegerin berichtete weiter, dass Frau A. sie nun morgens begrüßen und offensichtlich erkennen würde. Als die Stamm-Hauspflegerin erkrankte, beklagte sich die Vertreterin bei der Case Managerin darüber, dass Frau A. auch mit Druck nicht zur Grundpflege ins Badezimmer zu bewegen sei. Die Case Managerin leitete die vertretende Hauspflegerin in der Wohnung von Frau A. entsprechend der Pflegeplanung an und die Vertretung hatte keine weiteren Probleme mehr.

Veränderung in der NOSGER-Einschätzung

In der Dimension „Gedächtnis“ erreichte Frau A. bei der Ersteinschätzung 17 Punkte und bei der Zweiteinschätzung 13 Punkte. Trotz der großen Verbesserung um 4 Punkte zwischen den beiden Messzeitpunkten zeigten beide Ergebnisse eine zunehmend schwere Gedächtnisstörung. Die zunehmende Unfähigkeit von Frau A., sich im täglichen Leben praktisch zurechtzufinden, zeigte sich in der IADL-Dimension bei der Ersteinschätzung mit 23 Punkten und bei der Zweiteinschätzung mit 22 Punkten. Im ADL-Bereich trat ebenfalls eine Verbesserung von 24 zu 21 Punkten ein. Eine Verbesserung die jedoch nicht klinisch relevant war. Der Zustand einer erhöhten Pflegebedürftigkeit blieb bestehen. Das Ergebnis in der Dimension „Sozialverhalten“ zeigte bei beiden Messzeitpunkten mit 21 Punkten (Messzeitpunkt 1) und 16 Punkten (Messzeitpunkt 2) den sozialen Rückzug von Frau A., trotz einer großen Verbesserung von 5 Punkten. In der Dimension „Störendes Verhalten“ erreichte Frau A. bei der Ersteinschätzung 10 Punkte und bei der Zweiteinschätzung 7 Punkte. Da keine Normwerte für diesen Bereich vorliegen, kann die Bedeutung dieser Verbesserung nicht beurteilt werden. Während die NOSGER-Einschätzung in allen Bereichen eine leichte Punkteverbesserung zwischen den beiden Messzeitpunkten

zeigte, kann in den Bereichen „Stimmung“ von einer klinischen Relevanz der Verbesserungen ausgegangen werden. Die Ersteinschätzung zeigte Werte außerhalb der Norm (11 Punkte) und die zweite Messung Werte im Normbereich (8 Punkte).

Telefoninterview mit Angehörigen

Der Enkel erklärte in dem Telefoninterview mit der Begleitforscherin, dass der Einsatz der Case Managerin keine Auswirkungen auf sein Verhältnis zur Großmutter gehabt hätte. Er hätte sich immer gut mit der Großmutter verstanden und die Pflege hätte ihn nie belastet. Er begrüßte jedoch die veränderte Pflege sehr und meinte, die Großmutter wäre selbstständiger und aufnahmefähiger geworden. Er bejahte die verstärkte Konzentration der Hauspflegerinnen auf Gespräche anstatt auf Hygiene, da seine Großmutter nie großen Wert auf Sauberkeit gelegt hätte. Als Verbesserung wünschte sich der Enkel mehr Kontinuität und weniger Wechsel bei den Hauspflegerinnen.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin hatte insgesamt 20 Stunden, 18-mal innerhalb eines Monats, durchschnittlich 66 Minuten, Kontakt zu Frau A.

Zusammenfassung und Kommentar

Nach Einschätzung aller Beteiligten wurde Frau A. durch die Arbeit der Case Managerin aktiver und kooperativer. Diese Verhaltensveränderung könnte auf die verbesserte Stimulation und konsequente Beachtung ihres Willens zurückzuführen sein. Ebenso wurden bisher konflikträchtige Situationen entschärft, indem Prioritäten derart festgelegt wurden, dass einerseits die Aufgabe der Hauspflegerin durchgeführt werden konnte (Grundpflege) und andererseits dem Willen von Frau A. entsprochen werden konnte (Grundpflege beim Sessel). Voraussetzung für die neue Umgangsweise war die Vernachlässigung zeitgemäßer Hygienevorstellungen zugunsten der Akzeptanz von Frau A.s Wünschen. Damit wurde zwar keine Idealsituation geschaffen, Konflikte jedoch vermutlich vermieden und eine langfristige häusliche Versorgung gesichert. Durch die Anleitung der Case Managerin bekam die Hauspflegerin Verhaltenssicherheit im Umgang mit Frau A. und begann, selbst Erfolge in ihrer Arbeit wahrzunehmen.

Die NOSGER-Einschätzung zeigte Verbesserungen in allen Dimensionen. Eine klinisch relevante Verbesserung zeigte sich jedoch vermutlich lediglich im Bereich „Stimmung“. Die Stimmungsverbesserung, ebenso wie der anhaltende Unterstützungsbedarf im ADL- und IADL-Bereich, wird durch die Berichte der Hauspflegerin während der Monitoringphase bestätigt. Kritisch ist anzumerken, dass die Vertretung der Stamm-Hauspflegerin offensichtlich nicht auf eine schriftliche, leicht zugängliche und verständliche Anleitung zurückgreifen konnte. Außerdem wäre eine Konsultation des Hausarztes im Hinblick auf das Ödem ratsam gewesen.

4.2.2. Frau B.

Assessment

Frau B. war 85 Jahre alt, ledig und hatte einen Sohn, der nicht bei ihr groß geworden war und im Ausland lebte. Eine vom Sohn bezahlte Nachbarin kümmerte sich täglich

um Frau B. Ihr früherer Beruf war unbekannt. Frau B. litt laut Hausarzt an Demenz und war zu ihrer Person teilweise orientiert Sie erhielt Medikamente zur Entwässerung und benutzte eine Gehhilfe. Ihre Haut war auffallend trocken.. Frau B. las regelmäßig die Zeitung. Im ersten Gespräch mit der Case Managerin war Frau B. aufgeschlossen und erzählte, dass sie früher in einem Chor gesungen hätte, im Krieg in Norwegen gewesen sei und gerne Krankenschwester geworden wäre. Außerdem betonte Frau B., sich gesund zu fühlen.

Grund der Aufnahme

Frau B. wurde seit 2 Monaten, finanziert vom Sozialamt, 3-mal täglich von der Sozialstation mit Medikamentenüberwachung und Grundpflege versorgt. Die Hauspflegerin beklagte, dass Frau B. nicht essen würde und führte Frau B.s Appetitlosigkeit auf das unangemessene Essen, das die Nachbarin bereitstellen würde, zurück. Außerdem äußerte die Hauspflegerin die Vermutung, dass die Nachbarin Frau B. vom Trinken abhalten, ihr zu viel Medikamente geben und Kontakte nach außen verhindern würde. Die Hauspflegerin berichtete auch, wiederholt beobachtet zu haben, wie die Nachbarin aufgebracht und ärgerlich auf Frau B.s Desorientiertheit reagiert habe. Außerdem würde Frau B. nach Kontakten mit der Nachbarin verstört wirken. Die Hauspflegerin beschrieb, wiederholt Konflikte mit der Nachbarin wegen deren Verhalten gehabt zu haben. Frau B.s Nachbarin nahm selbst wiederholt Kontakt zur Sozialstation auf, wirkte dabei konfus und konnte ihr Anliegen nicht formulieren. Die Hauspflegerin äußerte die Vermutung, dass die schon betagte Nachbarin selbst an kognitiven Störungen litt.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin wollte zunächst sicherstellen, dass Frau B. abwechslungsreiches Essen und ausreichend Flüssigkeit zu sich nahm. Zur Aktivierung von Frau B. wollte die Case Managerin alle Tätigkeiten nur mit Zustimmung von Frau B. durchführen, anstehende Hausarbeiten kleinteilig beschreiben und diese, so weit wie möglich, von Frau B. selbst durchführen lassen. Die Einsätze der Hauspflegerin sollten so angelegt werden, dass Frau B.s Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beobachtet und dokumentiert werden könnte. Frau B. sollte in Zukunft mit der Hauspflegerin einkaufen gehen und ihr Essen selbst aussuchen. Um dies zu ermöglichen, wollte die Case Managerin die Nachbarin bitten, Geld für die Einkäufe zur Verfügung zu stellen.

Zur langfristigen Regelung der finanziellen Situation wollte die Case Managerin die Sozialarbeiterin der Sozialstation einschalten, um mit der Nachbarin und Frau B.s Sohn die Möglichkeiten einer finanziellen Betreuung zu erörtern. Zusätzlich wollte die Case Managerin Frau B. täglich anhand der Zeitung auf das Datum aufmerksam machen und aktuelle Nachrichten in der Zeitung mit ihr diskutieren. Des Weiteren plante die Case Managerin, mit Frau B. in eine Gruppe für Demente zu gehen, Fußpflege zu organisieren und wegen der trockenen Haut mit dem Hausarzt die Dosis der Entwässerungsmedikamente zu diskutieren.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Bei den ersten zwei Treffen führte die Case Managerin mit Frau B., vorwiegend anhand der Zeitung, Gespräche über das Tagesgeschehen. Die Hauspflegerin wurde angeleitet, Frau B. bei allen Tätigkeiten mit einzubeziehen (z. B. Tisch decken oder

Essen bei Einkaufen aussuchen), alle Handlungen erklärend zu begleiten und nichts gegen Frau B.s Willen zu unternehmen. Die Hauspflegerin wurde außerdem angeleitet, für Frau B. Entscheidungsmöglichkeiten (z. B. beim Einkaufen) zu schaffen, sie nicht auf Defizite aufmerksam zu machen und richtiges Verhalten positiv zu kommentieren. Die Besuchszeiten der Hauspflegerin wurden zeitlich so angesetzt, dass die Menge der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme dokumentiert werden konnte. Als Reaktion auf das Gespräch mit der Sozialarbeiterin, in dem die Frage der gesetzlichen Betreuung erörtert wurde, schrieb die Nachbarin Frau B.s Sohn, dass die Sozialstation Frau B. entmündigen wolle. Die Nachbarin stellte das Geld zur Verfügung, sodass die Case Managerin mit Frau B. einkaufen gehen konnte. Der Hausarzt reduzierte nach dem Gespräch mit der Case Managerin die Diuretika und eine Fußpflegerin wurde beauftragt, Frau B. regelmäßig zu behandeln.

Monitoring

Die Hauspflegerin berichtete, dass sich Frau B. aktiv an den alltäglichen Verrichtungen beteiligen würde, sich über die gemeinsamen Einkäufe und die Gruppenbesuche zu freuen schien und ausreichend essen und trinken würde. In der zweiten Hälfte der Monitoringphase musste Frau B. wegen einer Augenoperation stationär im Krankenhaus aufgenommen werden. Die Hauspflegerin besuchte auf Anregung der Case Managerin Frau B. und stellte eine verstärkte Desorientierung fest. Daraufhin informierte die Case Managerin das Krankenhaus über die Versorgung zu Hause und bat, Frau B. so schnell wie möglich zu entlassen. Frau B. wurde daraufhin entlassen und weiter von den Hauspflegerinnen versorgt. Die Nachbarin schien Kontakte mit der Hauspflegerin zu vermeiden. Am Ende der Monitoringphase kam der Sohn zu Besuch und beschloss, einen Heimplatz für seine Mutter zu suchen.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

In der Dimension „Gedächtnis“ reduzierte sich, 3 Monate nach Kontaktaufnahme, die NOSGER-Einschätzung von 22 auf 18 Punkte, womit Frau B.s Gedächtnisstörung deutlich blieb. Im IADL-Bereich zeigte sich eine kleine Verbesserung von 22 auf 19 Punkte und im ADL-Bereich von 13 auf 12 Punkte. In beiden Bereichen veränderte sich die erhöhte Pflege- und Unterstützungsbedürftigkeit nicht. Im Bereich „Stimmung“ wurde bei der zweiten NOSGER-Einschätzung eine Verbesserung um 4 Punkte, und damit die optimale Anzahl von 5 Punkten, erreicht. Nachdem im Bereich „Sozialverhalten“ bei der Ersteinschätzung mit 15 Punkten von einem sozialen Rückzug auszugehen war, zeigte sich beim follow up eine Verbesserung um 4 Punkte und sie lag mit nun 11 Punkten im Normbereich. Von einer klinisch relevanten Verbesserung kann in der Dimension „Störendes Verhalten“ mit einer Verbesserung von 10 auf 6 Punkten ausgegangen werden.

Telefoninterview mit Angehörigen

Die Nachbarin lehnte ein Interview mit der wissenschaftlichen Begleitung ab und der Sohn wurde weder von der Case Managerin noch von der wissenschaftlichen Begleitung kontaktiert.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin hatte innerhalb von 36 Tagen 23-mal durchschnittlich 1,5 Stunden Kontakt zu Frau B. Sie verbrachte insgesamt 34 1/2 Std. bei Frau B.

Zusammenfassung und Kommentar

Die Situation von Frau B. vor der Kontaktaufnahme der Case Managerin zeigt die Gefahr der Unterversorgung mit Tendenz zur vermutlich unbeabsichtigten Misshandlung wegen Überforderung der Betreuungsperson. Durch die Intervention der Case Managerin wurde die Unterversorgung von Frau B. behoben und ihre Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gesichert. Frau B.s Kontrolle über ihr Leben wurde durch ihre Beteiligung bei den Einkäufen und im Haushalt erweitert und der Besuch einer Gruppe verschaffte ihr mehr Kontakte. Die Hauspflegerin lernte durch die Intervention der Case Managerin günstige Umgangsweisen mit Frau B., wie wiederholte Erklärungen und die Schaffung von Entscheidungsmöglichkeiten.

Die Intervention der Case Managerin bei der Krankenhausaufnahme demonstriert, wie durch eine verbesserte Information zwischen ambulanter und stationärer Versorgung Krankenhausaufenthalte verkürzt werden können und eine weitere Verschlechterung des Orientierungsvermögens aufgehalten werden kann. Die Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung zeigten eine geringe Verbesserung in allen Dimensionen und eine vermutlich klinische Verbesserung im Bereich „Sozialverhalten“. Zu berücksichtigen ist bei den Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung der zwischen den Messzeitpunkten liegende Krankenhausaufenthalt.

Kritisch ist anzumerken, dass die Case Managerin nicht auf die Überforderung der Nachbarin einging. Die Nachbarin zeigte durchaus Kooperationsbereitschaft, indem sie problemlos Geld für Einkäufe zur Verfügung stellte. Aus dem Brief, den die Nachbarin an den Sohn schrieb, kann geschlossen werden, dass die Nachbarin Frau B. durch das Verhalten der Sozialstation bedroht sah. Es stellt sich die Frage, ob Frau B.s Heimaufnahme zu verhindern gewesen wäre, wenn die Nachbarin als Partnerin in die Betreuung einbezogen worden wäre. Zusätzlich wurde damit auch die Chance verpasst, den gesundheitlichen Zustand der Nachbarin zu beobachten. Unklar bleibt auch, ob der Sohn seinerseits die Überforderung der Nachbarin erkannt hatte.

4.2.3. Frau C.

Assessment

Frau C. war 81 Jahre alt und verwitwet. Sie war Betriebsratsvorsitzende eines großen Kaufhauses gewesen. Frau C. litt nach hausärztlicher Diagnose unter einer akuten Psychose und hatte einen Ulkus am Unterschenkel. Sie war mobil, ihr Allgemeinzustand jedoch schlecht, sie hatte Untergewicht und wurde von der Krankenpflegerin der Sozialstation als zeitweise verwirrt bezeichnet. Frau C. hatte Kontakt zu einem Sozialarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes, zu ihrer Putzfrau, die 2x wöchentlich kam und zu einer ihrer Nachbarinnen. Sie hatte entfernte Familienangehörige, zu denen sie keinen Kontakt hatte. Frau C. war auffallend gepflegt und verbrachte viel Zeit vor dem Fernseher. Beim ersten Gespräch mit der Case Managerin sagt Frau C., sie wisse, „wenn etwas ist“, würde sie in die Psychiatrie kommen, gab jedoch keine weiteren Auskünfte zu

diesem Kommentar. Sie betonte, dass sie alle bürokratischen Aufgaben und Haushaltstätigkeiten selbstständig erledigen und gerne einkaufen gehen würde.

Grund der Aufnahme

Frau C. wurde der Sozialstation vom Hausarzt zur täglichen Wundversorgung vermittelt. Die zuständige Krankenpflegerin bat die Case Managerin um Unterstützung, da Frau C. nur unregelmäßig ihre Wohnungstür öffnete und überzeugt sei, dass ihre Nachbarn HIV-infiziert seien und nachts ihren Fernseher manipulieren würden. Frau C. hätte wegen dieser Ängste schon wiederholt die Polizei benachrichtigt und wegen des vermeintlich manipulierten Fernsehers schon mehrmals einen Reparaturdienst kommen lassen.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin ging zunächst davon aus, dass Frau C.s Fehlwahrnehmungen durch vermehrte Kontakte gemildert werden könnten. Um Frau C. mehr Kontakte zu ermöglichen, plante sie, mit ihr eine Seniorengruppe zu besuchen und eine Begleiterin für gemeinsame Einkäufe und Spaziergänge zu finden. Um Frau C. von den Vorteilen einer Begleitperson zu überzeugen, wollte die Case Managerin zunächst selbst mit Frau C. einkaufen und spazieren gehen. Da Frau C. in der Bewältigung ihrer alltäglichen Verrichtungen selbstständig schien, war zunächst nicht geplant, eine Hauspflegerin in die Betreuung mit einzubeziehen. Frau C. betonte, dass sie sich über die Besuche der Case Managerin freuen und gerne mit ihr spazieren gehen würde, zur weiteren Planung der Case Managerin wollte sie sich jedoch auch nach Aufforderung nicht äußern.

Umsetzung der Planung und Anleitung der Hauspflegerin

Auf Frau C.s Wunsch hin ging die Case Managerin bei ihren ersten Besuchen mit Frau C. spazieren oder einkaufen. Bei jedem Besuch beklagte sich Frau C. über die Nachbarn, die den Fernseher manipulieren und verstellen würden. Die Case Managerin stellte den Fernseher dann regelmäßig an den „richtigen“ Platz und versuchte Frau C. zu überzeugen, dass die Nachbarn keine Möglichkeit hätten, in die Wohnung zu kommen. Dennoch verbarrikadierte Frau C. abends ihre Eingangstür, um das vermeintliche Eindringen der Nachbarn zu verhindern.

Die Versuche der Case Managerin, eine Seniorengruppe mit Frau C. zu besuchen, scheiterten. Frau C. versprach wiederholt, am jeweils nächsten Termin mitzugehen, lehnte am konkreten Tag dann aber ab. Ähnlich scheiterten die Versuche, eine Begleitperson bei Frau C. vorzustellen. Termine, um eine Begleitperson zu treffen, verzögerte Frau C. wiederholt. Im Verlauf der Betreuung fühlte sich Frau C. zunehmend von den Nachbarn bedroht und stürzte nachts mehrmals. Als sie die Case Managerin wiederholt nicht in die Wohnung ließ, informierte diese den Hausarzt, der Haldol verordnete. Die vermutlich zu hoch dosierte Medikation führte zu einer massiven körperlichen Beeinträchtigung und Lethargie von Frau C. Die Case Managerin informierte den Hausarzt über die Nebenwirkungen und Frau C. wurde auf die psychiatrische Station eines Krankenhauses eingewiesen.

Monitoring

Eine Monitoringphase fand nicht statt, und die Case Managerin besuchte Frau C. nicht im Krankenhaus.

NOSGER-Einschätzung

Die Ersteinschätzung ergab 12 Punkte für die Dimension „Gedächtnis“, womit laut NOSGER von einer zunehmend schweren Gedächtnisstörung auszugehen ist. Im IADL-Bereich erreichte Frau C. 17 Punkte, ein Hinweis auf Probleme, sich im täglichen Leben praktisch zurechtzufinden. In der Dimension „ADL“ lag Frau C. mit 9 Punkten außerhalb des Bereiches, in dem auf erhöhte Pflegebedürftigkeit geschlossen werden kann. Die 15 Punkte in der Dimension „Stimmung“ wiesen auf eine zunehmend schwere depressive Verstimmung hin. Die ebenfalls 15 Punkte im Bereich „Soziales Verhalten“ sind grenzwertig und verdeutlichten eine Tendenz zum sozialen Rückzug. Im Bereich „Soziales Verhalten“ erreicht Frau C. in der ersten NOSGER-Einschätzung 13 Punkte.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war 17-mal durchschnittlich 69 Minuten und insgesamt 19,5 Std. bei Frau C.

Zusammenfassung und Kommentar

Die Entwicklungen in der Betreuung von Frau C. sind durch eine Reihe von Fehleinschätzungen gekennzeichnet. Die Case Managerin hat die Zuspitzung der gesundheitlichen Situation von Frau C. zu spät erkannt und zunächst gegen die Fehlwahrnehmungen argumentiert. Der dann benachrichtigte Hausarzt leitete eine Medikation mit fraglicher Dosierung ein und weder der Sozialpsychiatrische Dienst, dem Frau C. bekannt war, noch ein Facharzt wurden eingeschaltet. Kritisch anzumerken ist weiterhin, dass die Case Managerin Frau C. nicht im Krankenhaus besucht und die Möglichkeiten der ambulanten Weiterbetreuung nach der Entlassung abgeklärt hat.

Das Vorliegen einer schweren Gedächtnisstörung nach NOSGER erscheint fraglich, wobei unklar bleibt, ob dies am Erhebungsinstrument lag oder an der Fehlinterpretation von psychotischem Verhalten in Abgrenzung von Gedächtnisstörungen seitens der Case Managerin.

4.2.4. Frau D.

Assessment

Frau D. war 78 Jahre alt und Verkäuferin gewesen. Ihr Familienstand war unbekannt. Sie hatte sporadischen Kontakt zu ihren zwei Söhnen. Einer der Söhne war ihr finanzieller Betreuer. Bei Frau D. lagen die Diagnosen Demenz, Diabetes und Polyneuropathie vor. Zusätzlich litt sie an einer seit mindestens 20 Jahren andauernden Alkoholkrankheit. Frau D. klagte über Schmerzen in ihren Händen. Beim ersten Besuch der Case Managerin klagte Frau D. darüber, dass es niemandem so schlecht ginge wie ihr. Ihre Selbsteinschätzung war widersprüchlich. Sie betonte

einerseits, wegen ihrer Schmerzen in den Händen nichts machen zu können und andererseits, dass sie alles alleine könne und nicht auf Hilfe angewiesen sei.

Grund der Aufnahme

Frau D. bekam bereits seit einem Jahr von der Sozialstation täglich Insulinspritzen im Rahmen von Behandlungspflege. Seit 5 Wochen kam zusätzlich 3-mal wöchentlich eine Hauspflegerin zu ihr. Die Case Managerin wurde informiert, weil die Hauspflegerin und die Krankenschwester Frau D.s Versorgung zunehmend in Frage stellten. Frau D. hätte öfter verdorbene Lebensmittel in der Wohnung, negiere deren Zustand und ließe nicht zu, dass die Lebensmittel entsorgt würden. Sie würde sich nicht an der Hausarbeit beteiligen und ihre Körperpflege vernachlässigen. Obwohl Frau D. die Unterstützung der Hauspflegerin bei der Wohnungsreinigung und den Einkäufen akzeptieren würde, ließe sie sich bei der Körperpflege nicht helfen. Besonders problematisch sei, dass Frau D. versuche, die Hauspflegerin davon zu überzeugen, ihr Alkohol zu besorgen.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin plante bei den ersten Besuchen, Frau D. Raum zu lassen, um ihre Empfindungen darzustellen. Frau D. sollte erfahren, dass ihre Schmerzen in den Händen ernst genommen werden würden. Um Frau D.s Antriebslosigkeit zu begegnen, wollte die Case Managerin einen Wochenplan etablieren, in dem neben anstehenden Tätigkeiten auch dargelegt werden sollte, wie Frau D. in die jeweilige Arbeit einbezogen werden könnte. Wichtig war der Case Managerin, darauf zu achten, dass Frau D. weder unter- noch überfordert werden würde. Dazu wollte die Case Managerin herausfinden, inwieweit das passive Verhalten von Frau D. auf Gedächtnisstörungen oder auf mangelnde Nutzung ihrer Fähigkeiten zurückzuführen war. Die Case Managerin wollte gegebenenfalls die Durchführung von einigen Haushaltstätigkeiten wieder mit ihr einüben. Zusätzlich sollte Frau D. motiviert werden, eine Seniorengruppe, Friseur und Pediküre zu besuchen. Die Zustimmung von Frau D. vorausgesetzt, sollten die Söhne davon überzeugt werden, die Einsatzstunden für Hauspflege, eventuell mit einem Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI, zu erhöhen. Die Case Managerin wollte die Hauspflegerin zur günstigen Gesprächsführung mit Frau D. anleiten und verdeutlichen, dass kein Alkohol eingekauft werden darf.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Die Söhne stimmten einer Erhöhung der Hauspflege-Einsätze um eine Stunde pro Woche zu. Bei jedem Besuch zeigte die Case Managerin Interesse an Frau D.s körperlichen Klagen und ging kurz auf ihre Schmerzen ein, indem sie ihr die Hände massierte. Nach dieser „Behandlung“ war Frau D. meist zur Mithilfe im Haushalt zu motivieren. Darüber hinaus stellte die Case Managerin fest, dass Frau D. eher zu aktivieren war, wenn anstehende Aufgaben angekündigt wurden und sie entscheiden konnte, was zunächst durchgeführt werden sollte.

Im Verlauf der Betreuung bemerkte die Case Managerin, dass Frau D. vergessen hatte, wie die Waschmaschine und die Kaffeemaschine funktionierten. Daraufhin bot sie Frau D. an, die Wäsche zu machen und Kaffee zu kochen und bezog dabei Frau D. weniger erklärend als fragend mit ein, wie z. B. „Könnte das die Einstellung für

Buntwäsche sein?“ Nach einigen Übungen konnte Frau D. wieder mit den Haushaltsgeräten umgehen. Die Case Managerin sprach mit Frau D. über die verdorbenen Lebensmittel und erkannte, dass es wichtig für Frau D. war, die Lebensmittel selbst wegzuworfen. Die Case Managerin machte es zur täglichen Routine, Frau D. daran zu erinnern, welche Lebensmittel weggeworfen werden sollten. Nach und nach gelang es der Case Managerin, Frau D. zum Wäschewechsel und zum Duschen zu motivieren. Schließlich konnte die Case Managerin sogar mit Frau D. gemeinsam den Schrank aufräumen, die schmutzige Wäsche aussortieren und das Bett frisch beziehen.

Frau D. war schließlich bereit, mit der Case Managerin einen Friseur, die Pediküre und eine Seniorengruppe zu besuchen. Im Laufe der Betreuung stellte sich heraus, dass Frau D. morgens gerne lange schlief und sich gestört fühlte, wenn die Case Managerin zu früh kam. Die Case Managerin passte daraufhin ihre Besuche Frau D.s Gewohnheiten an und besuchte sie später. Die Case Managerin verdeutlichte der Hauspflegerin und Frau D. in einem gemeinsamen Gespräch, dass die Hauspflegerin keinen Alkohol einkaufen dürfe, jedoch für genügend alkoholfreie Getränke sorgen würde. Die Hauspflegerin lernte von der Case Managerin, kurz auf Frau D.s Schmerzen einzugehen, anstehende Tätigkeiten anhand des Wochenplanes zu besprechen, Frau D. über die Reihenfolge der Tätigkeiten entscheiden zu lassen und sie zur Mithilfe zu motivieren.

Die Hauspflegerin wurde ebenso angeleitet, gewünschtes Verhalten positiv zu kommentieren und Frau D. nicht auf ihre Defizite aufmerksam zu machen. Ein wesentlicher Anleitungspunkt für die Hauspflegerin war die Frage, wie sie auf pauschale Klagen wie z. B. „Ich kann nicht, mir ist alles zu viel“ reagieren sollte. Diese Klagen brachte Frau D. vor allem dann vor, wenn die Hauspflegerin ihr beim Duschen helfen wollte. Die Case Managerin leitete die Hauspflegerin an, nachzufragen, was denn gerade am schwierigsten sei, dafür eine Lösung und Unterstützung für diesen einen Punkt anzubieten.

Monitoring

Kurz nachdem die Case Managerin ihre Besuche einstellt hatte, fiel Frau D. nach Berichten der Hauspflegerin wieder in ihr passives Verhalten zurück. Die Hauspflegerin, die bereits vor dem Einsatz der Case Managerin tätig war, meinte, sie wäre mit Frau D. überfordert. Gemeinsam mit der Einsatzleitung der Sozialstation wurde eine andere Hauspflegerin gesucht, die erneut und in derselben Weise von der Case Managerin angeleitet wurde. Auch dieser Hauspflegerin fiel es zunächst schwer, mit Frau D. umzugehen. Durch die ständigen Rücksprachen mit der Case Managerin wurde sie jedoch zunehmend sicherer im Umgang mit Frau D. So bemerkte die Hauspflegerin z. B., dass Frau D. an den Tagen, an denen sie die Seniorengruppe besuchte, leichter zur Körperpflege zu motivieren war. Nach Aussagen der Hauspflegerin übernahm Frau D. auf Aufforderung Aufgaben im Haushalt und warf verdorbene Lebensmittel weg. Mitarbeiterinnen der Sozialstation berichteten der Case Managerin, Frau D. beim Alkoholeinkauf beobachtet zu haben.

Veränderung in der NOSGER-Einschätzung

Die Dimension „Gedächtnis“ verbesserte sich geringfügig von 12 auf 10 Punkte. Damit lag Frau D. zum Ende des Einsatzes der Case Managerin im Grenzbereich zu

einer zunehmend schweren Gedächtnisstörung. Im IADL-Bereich lag Frau D. trotz einer Verbesserung von 20 auf 16 Punkten nach wie vor im Bereich, in dem von einer Unfähigkeit, sich im täglichen Leben zurechtzufinden, ausgegangen werden musste. Im ADL-Bereich verbesserte sich Frau D. von 10 auf 8 Punkte und lag damit im Normbereich. Die Dimension „Stimmung“ verbesserte sich von 16 auf 12 Punkte und lag damit immer noch in einem Bereich einer depressiven Verstimmung. Das Sozialverhalten verbesserte sich von 21 Punkte auf 16 Punkte und lag damit in der zweiten Einschätzung im Normbereich. „Störendes Verhalten“ wurde bei der ersten mit 14 und bei der zweiten Einschätzung mit 12 Punkten eingeschätzt.

Telefoninterview mit den Angehörigen

Im Telefoninterview der wissenschaftlichen Begleitung mit einem der Söhne beschrieb dieser seine Distanz zur Mutter. Er und sein Bruder hätten sich von der Mutter zurückgezogen, da sie lange unter deren Verhalten gelitten hätten. Die Brüder würden die Mutter kaum besuchen, sie aber gut versorgt wissen. Dementsprechend fühle er sich nicht durch die Pflege der Mutter belastet und hätte selbst auch nicht vom Einsatz der Case Managerin profitiert. Nach Veränderungen seiner Mutter durch den Einsatz der Case Managerin befragt, meinte er, er sehe keine Aussicht auf eine langfristige Veränderung der Mutter, da ihr dazu der Wille fehlen würde, brachte aber zum Ausdruck, dass die Sozialstation und besonders der Einsatz der Case Managerin seiner Mutter geholfen hätten. Durch die, wie er sich ausdrückte „spezielle Begabung der Case Managerin jemanden mitzureißen“, wäre der Mutter Hoffnung vermittelt worden. Der Sohn beurteilte die momentane Betreuung als optimal, war allerdings skeptisch bezüglich einer anhaltenden Wirkung. Er meinte, für die Hauspflegerinnen sei die Arbeit eben Routine. Nach der Telefonnummer seines anderen Bruders befragt, bat der Interviewte die wissenschaftliche Begleitung darum, nicht beim anderen Bruder anzurufen, da dieser mehr unter der Mutter gelitten hätte, die Situation ohnehin ähnlich sehen und noch weniger Kontakt zur Mutter haben würde.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war einen Monat lang 20-mal insgesamt 28 Stunden (1,4 Std. pro Kontakt) bei Frau D.

Zusammenfassung und Kommentar

Durch den Einsatz der Case Managerin wurde Frau D.s Verwahrlosungstendenz aufgehalten, sie wurde erfolgreich motiviert, sich zu pflegen, im Haushalt zu helfen und an der Seniorengruppe teilzunehmen. Eine Einschätzung, die auch durch die klinisch relevanten Verbesserungen im ADL und Sozialverhalten der NOSGER-Messungen bestätigt wurden. Nach dem Einsatze der Case Managerin fiel Frau D. zwar zunächst wieder in ihr altes Verhalten zurück und die erste Hauspflegerin bat infolgedessen um eine Beendigung ihres Einsatzes. In Kooperation mit der Einsatzleitung wurde jedoch eine andere Hauspflegerin gesucht und von der Case Managerin erfolgreich angeleitet.

In Verbindung mit den Aussagen des Sohnes stellt sich dennoch die Frage des langfristigen Erfolges, und inwieweit die Erfolge an die Person der Case Managerin gebunden waren. Andererseits deutet die Tatsache, dass Frau D. besonders vor den Gruppenbesuchen zur Körperpflege zu motivieren war, darauf hin, dass inzwischen

Motivationsstrategien losgelöst von der Case Managerin gefunden worden waren. Der Betreuungsverlauf bei Frau D. verdeutlicht die Wichtigkeit einer langfristigen Begleitung der Hauspflegerinnen. Hätte die Case Managerin nach dem Ende ihres Einsatzes nicht zur Unterstützung der Hauspflegerin zur Verfügung gestanden, wäre Frau D. vermutlich wieder dauerhaft in ihr altes Verhalten zurückgefallen. Kritisch zu fragen ist, warum keine Behandlung von Frau D.s Alkoholkrankheit eingeleitet wurde.

4.2.5. Frau E.

Assessment

Frau E. war 91 Jahre alt, verwitwet und von Beruf Verkäuferin gewesen. Die vom Hausarzt gestellte Diagnose lautete akute Psychose, die medikamentös behandelt wurde. Ihre Medikamente nahm Frau E. selbst ein. Sie war vor kurzem in ein Seniorenwohnhaus umgezogen und besuchte seit ihrem Umzug wöchentlich eine dort angebotene Seniorengruppe. Frau E. sah engagiert Tennisspiele im Fernsehen an und schaute ansonsten vorwiegend zum Fenster hinaus. Sie hatte eine Tochter und bezeichnete ihre Beziehung zur Tochter als hervorragend. Laut Hauspflegerin besucht die Tochter ihre Mutter nur selten und bleibt dann nur kurz. Beim ersten Besuch der Case Managerin war Frau E. sehr gepflegt und betonte ihre gute Herkunft. Frau E. drückte einerseits ihre Freude darüber aus, dass ihr jemand helfen wolle, beschrieb ihre Lage aber gleichzeitig als hoffnungslos, da es niemandem so schlecht ginge wie ihr, das Leben sich nicht mehr lohne, ihre Freunde alle verstorben seien und sie sich in ihrer Wohnung wie in einem Loch fühlen würde. Frau E. betonte, dass sie stolz auf das, was sie in ihrem Leben erreicht hätte, sei. Sie ging jedoch auf Nachfragen der Case Managerin nicht detaillierter auf ihre Leistungen ein.

Grund der Aufnahme

Wegen ihrer depressiven Reaktion auf den Umzug in das Seniorenwohnhaus erhielt Frau E. auf ärztliche Verordnung 5x wöchentlich Hauspflege. Die Hauspflegerin bat die Case Managerin um Unterstützung, da sie Frau E. zunehmend depressiver vorfinden würde und nicht wüsste, wie sie reagieren sollte. Frau E. würde der Hauspflegerin mitteilen, dass die neue Wohnung bedrohlich auf sie wirken und sie sich in ihrer Wohnung gefangen fühlen würde. Zusätzlich beschrieb die Hauspflegerin, es gäbe außer dem Erledigen der Einkäufe bei Frau E. nichts zu tun, da die Wohnungsreinigung von einer Putzhilfe übernommen würde und Frau E. selbstständig und unabhängig sei.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin wollte zunächst mit Frau E. Gespräche über ihr Leben führen und die Hauspflegerin anleiten, diese fortzusetzen. Zusätzlich wollte die Case Managerin Frau E. in kleinen Schritten zum Verlassen der Wohnung motivieren (z. B. zunächst nur Spaziergänge innerhalb der Parkanlage des Seniorenhauses und später in erweitertem Radius) und ihre Kontakthäufigkeiten durch Besuche einer Dame vom Besuchsdienst der Kirchengemeinde erweitern.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Zunächst erzählte Frau E. gerne und mit Stolz von ihrem früheren Leben. Sie ließ sich allerdings nicht dazu motivieren, gemeinsam mit der Case Managerin die Wohnung zu verlassen. Gespräche über ihren verstorbenen Mann und ihre frühere Arbeit schienen sie aufzumuntern. Ab dem dritten Besuch der Case Managerin sprach Frau E. ausschließlich über ihren schlechten Zustand und reagierte auf Versuche der Case Managerin, den Gesprächen eine positive Richtung zu geben, mit dem Satz: „Kindchen, Sie wissen gar nicht, wie schlecht es mir geht.“ Beim siebten Besuch thematisierte die Case Managerin ihre eigene Hilflosigkeit und stellte Frau E. die Frage, wie sie sich die weitere Betreuung vorstellte. Frau E. machte daraufhin deutlich, dass sie keine weiteren Besuche der Case Managerin mehr wünschte.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin hatte 7-mal je eine ½ Std. Kontakt zu Frau E.

NOSGER-Einschätzung

Mit 8 Punkten in der Dimension „Gedächtnis“ schien Frau E. nicht an auffälligen Gedächtnisstörungen zu leiden. Die 13 Punkte im IADL-Bereich zeigten zwar eine zunehmende Schwierigkeit, sich im täglichen Leben zurechtzufinden, im „ADL“-Bereich wurde jedoch Frau E.s Selbstständigkeit mit der bestmöglichen Punktzahl (5 Punkte) bestätigt. Ihre depressiven Verstimmungen wurden mit 20 Punkten in der Dimension „Stimmung“ bestätigt und in der Dimension „Soziales Verhalten“ zeigten 19 Punkte Frau E.s sozialen Rückzug an. In der Dimension „Störendes Verhalten“ erreichte 10 Punkte.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau E. wurde vom Hausarzt wegen einer vermutlich reaktiven Depression an die Sozialstation vermittelt. Frau E.s Selbstbeschreibung, die zahlreich erlittenen Verluste, die NOSGER-Einschätzung und der Betreuungsverlauf durch die Case Managerin mit einem zunächst hoffnungsvollen Beginn und nachfolgender Ablehnung, verdeutlichten die Möglichkeit einer schweren Depression. Mit dem Einsatz der Hauspflegerin und der Case Managerin wurde erfolglos versucht, der Depression durch vermehrte Kontakte, Gespräche und Aktivitäten entgegenzuwirken. Die Dokumentation gab keinen Aufschluss über den weiteren Verlauf der Betreuung durch die Hauspflegerin.

Kritisch ist anzumerken, dass die Case Managerin in ihrer Planung keine haus- oder fachärztliche Konsultation vorsah, nicht überprüfte, inwieweit Frau E. die vom Hausarzt verschriebenen Medikamente tatsächlich einnahm, keinen Kontakt zur Tochter aufnahm und keine erneute Kontaktaufnahme mit Frau E. vorsah. Es ist davon auszugehen, dass Frau E. von fachärztlicher Unterstützung und/oder professioneller Gesprächstherapie profitiert hätte. Fraglich ist allerdings, ob Frau E. einer Medikamentenkontrolle und Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und der Tochter zugestimmt hätte. Am Schicksal von Frau E. zeigten sich die Grenzen der Case Managerin und der Unterstützung der Sozialstation bei gerontopsychiatrisch erkrankten Klientinnen ohne körperpflegerischen und hauswirtschaftlichen

Betreuungsbedarf, und damit mangelnder Gelegenheit zur beziehungs- und vertrauensfördernden Übernahme von alltäglichen Verrichtungen.

4.2.6. Frau F.

Assessment

Frau F. war 75 Jahre alt, Witwe und Schneidergehilfin gewesen. Frau F., deren Allgemeinzustand schlecht war, litt laut Hausarzt an Parkinson, Diabetes mellitus und agitierter Depression. Sie war übergewichtig, bewegungseingeschränkt und benutzte einen Rollstuhl. Ein früherer Alkoholabusus wurde vermutet. Sie hatte zwei Töchter und einen Sohn, der alkoholkrank war. Der Sohn lebte bei Frau F. und sie hatte regelmäßigen Kontakt mit ihren beiden Töchtern. Frau F. saß meist im Bademantel in ihrer Wohnung, in der sich ungeöffnete Post stapelte und rauchte. Als Nahrung bevorzugte sie Fertiggerichte. Ihre einzige Freude schien ihr Vogel, den sie hingebungsvoll versorgte, zu sein. Beim ersten Kontakt mit der Case Managerin betonte Frau F., auf ein schweres Leben zurückzublicken und anhaltende Probleme zu haben, bei denen ihr niemand helfen könnte. Sie hätte nur für ihre Kinder gelebt und schwer gearbeitet, um diese durchzubringen und heute sei sie so krank, dass sie nicht mehr für sich selber sorgen könnte. Sie schämte sich vor ihren Nachbarn und ginge deshalb nicht auf ihren Balkon. Sie erzählte außerdem, früher geschickt gewesen zu sein und gerne genäht und gestickt zu haben.

Grund der Aufnahme

Frau F. erhielt seit 3 Jahren von der Sozialstation täglich Insulinspritzen. Seit zwei Monaten bekam sie, bezahlt vom Sozialamt, zusätzlich 3-mal wöchentlich 2 Std. Hauspflege. Es konnte keine Stamm-Hauspflegerin für Frau F. etabliert werden, da jede Hauspflegerin nach einigen Einsätzen um einen Wechsel bat. Die Hauspflegerinnen beklagten, sich von Frau F. ausgenutzt zu fühlen und ihren Arbeitsauftrag nicht durchführen zu können. Frau F. versuchte, die Hauspflegerinnen zu überreden, Tätigkeiten für ihren Sohn durchzuführen, die nicht im Arbeitsauftrag eingeschlossen waren (z. B. Wäsche des Sohnes zu waschen) und versuchte sich durchzusetzen, indem sie Kolleginnen nannte, die ihrem Wunsch nachkommen würden. Außerdem beschwerte sich Frau F. bei der jeweils tätigen Hauspflegerin darüber, dass bestimmte Kolleginnen bei ihr lediglich Kaffee trinken würden. Dabei versuchte Frau F. jedoch jede Hauspflegerin zu überreden, mit ihr Kaffee zu trinken.

Zusätzlich fühlten sich die Hauspflegerinnen von Frau F.s Beschreibungen über ihr, wie sie sich ausdrückte, „verfuschtes Leben“ überfordert. Als weiteres Problem wurde dargestellt, dass Frau F. ihre Körperpflege vernachlässigte, sich bei der Körperpflege nicht helfen lassen wollte und sich von ihrem Sohnes finanziell ausnutzen lassen würde. Der Sohn selbst war nie gleichzeitig mit den Hauspflegerinnen in der Wohnung. Wenn die Hauspflegerinnen Frau F. auf das inadäquate Verhalten des Sohnes aufmerksam machten, wurde diese ärgerlich und verteidigte ihn. Frau F. ihrerseits beschwerte sich regelmäßig telefonisch bei ihren Töchtern über die mangelhafte Hilfe durch die Hauspflegerinnen. Die Töchter gaben diese Beschwerden dann aufgebracht der Sozialstation weiter. Für die Sozialstation galt Frau F., obwohl sie im direkten Kontakt sehr freundlich und redselig war, als schwierigste Klientin.

Planung der Case Managerin

Mit dem Ziel, Frau F.s Körpergefühl und Selbstbewusstsein zu verbessern, wollte die Case Managerin zunächst Hilfe bei der Körperpflege (z. B. Rücken waschen) und beim Ausschuchen von Kleidung anbieten. Langfristiges Ziel, war Frau F. so weit zu stärken, dass sie ihre Wohnung verlassen und ihren Balkon benutzen konnte. Des Weiteren wollte die Case Managerin positiv besetzte Gespräche führen (z. B. über ihre frühere Tüchtigkeit), um Frau F. von ihren negativen rückblickenden Gedanken abzulenken. Zusätzlich wollte sie gemeinsam mit Frau F. die Post durcharbeiten und die Sozialarbeiterin der Sozialstation zur zukünftigen Übernahme dieser Aufgabe vorstellen. Außerdem plante die Case Managerin, Frau F. Unterstützung bezüglich des ausnutzenden Verhaltens des Sohnes anzubieten. Mit den Hauspflegerinnen wollte die Case Managerin einheitliche Reaktionen absprechen, um weitere Manipulationen von Frau F. zu verhindern.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Beim zweiten Besuch der Case Managerin erkrankte Frau F.s Vogel und die Case Managerin kümmerte sich zunächst um eine tierärztliche Behandlung und half bei der Pflege. Frau F. drückte überschwänglich ihre Dankbarkeit für diese Hilfe aus. Frau F. stimmte den verschiedenen Vorschlägen der Case Managerin zunächst jeweils zu, verschob diesbezügliche Absprachen jedoch täglich. Ihr Verhalten kommentierte Frau F. mit den Worten: „Sie geben sich so viel Mühe und ich blöde Kuh habe das gar nicht verdient.“ Gespräche, in denen die Case Managerin versuchte, Frau F. auf positive Aspekte ihres Lebens hinzuweisen und Gespräche über das Verhalten des Sohnes blockte Frau F. ab. Als Frau F. sich über die Faulheit der Hauspflegerinnen beschwerte, fragte die Case Managerin, welche konkrete Hilfeleistung sie vermissen würde. Frau F. ging nicht auf diese Nachfrage ein, sondern meinte nur, die Hauspflegerinnen gäben sich ja Mühe. Die Case Managerin erläuterte daraufhin den Arbeitsauftrag der Hauspflegerin und betonte, dass Hausarbeit für den Sohn vom Arbeitsauftrag ausgeschlossen sei. Die Case Managerin drückte Verständnis dafür aus, dass Frau F. mit den Hauspflegerinnen Gespräche führen und Kaffee trinken wollte, betonte jedoch, dass Frau F. jeweils entscheiden müsse, was ihr wichtiger sei, Gespräche während des Kaffeetrinkens oder das Erledigen von Hausarbeit. Die Case Managerin erläuterte, dass die Hauspflegerinnen in Zukunft direkt fragen sollten was sie (Frau F) gerade bevorzugte (Kaffee trinken oder Hausarbeit erledigen) und die Entscheidung jeweils dokumentieren würden. Die Bearbeitung der Post schien Frau F. Spaß zu machen und sie war damit einverstanden, dass die Sozialarbeiterin in Zukunft diese Aufgabe mit ihr übernehmen würde. Beim ersten Besuch der Sozialarbeiterin öffnete Frau F. das erste Mal seit dem Einsatz der Case Managerin angekleidet und geschminkt die Tür.

Die Hauspflegerinnen wurden angeleitet, Frau F. zu verdeutlichen, dass sie selbst jeweils entscheiden könnte, welche Hausarbeit getan werden sollte oder ob gemeinsam Kaffee getrunken werden sollte. Gleichzeitig sollte Frau F. jedesmal darüber informiert werden, dass ihre Entscheidung akzeptiert und dokumentiert werden würde. Lehnte Frau F. bestimmte Dienste der Hauspflegerin, wie z. B. Einkaufen, ab, sollte das ebenso dokumentiert werden. Sollte sich Frau F. über Kolleginnen beschweren oder betonen, dass diese ihren Wünschen nachkommen würden, sollte die gegenwärtige Hauspflegerin Frau F. vermitteln, dass dies mit den Kolleginnen bei der Dienstbesprechung geklärt werden würde. Bezüglich Frau F.s

Klagen über deren schweres Leben verdeutlichte die Case Managerin den Hauspflegerinnen, dass sie Frau F.s Gefühle zur Vergangenheit nicht grundlegend beeinflussen könnten und das auch nicht von ihnen erwartet werden würde. Die Case Managerin leitete die Hauspflegerinnen an, Frau F.s Klagen umschreibend zu wiederholen und nicht weiter darauf einzugehen. In Kooperation mit der Einsatzleitung der Sozialstation veranlasste die Case Managerin, dass die Situation bei Frau F. routinemäßig in jeder Dienstbesprechung angesprochen und den Hauspflegerinnen in regelmäßigen Abständen angeboten werden sollte, den Einsatz bei Frau F. abzugeben.

Monitoring

Die Hauspflegerinnen kamen nach jedem Einsatz bei Frau F. zur Case Managerin, um ihre Erfahrungen aufzuarbeiten. Ein wiederholtes Thema war Frau F.s Sohn, der seiner Mutter nicht helfen würde. Die Hauspflegerinnen drückten wiederholt ihr Unverständnis gegenüber Frau F.s Großzügigkeit dem Sohn gegenüber aus. Die Case Managerin vermittelte dann die Sichtweise, dass Frau F. die Nähe des Sohnes möglicherweise wichtig sei und sie seine Anwesenheit vermutlich nicht gefährden wollte. Frau F.s Entscheidung sei zu akzeptieren, auch wenn ihr Lebensstil nicht nachvollziehbar sei. Klagen über manipulatives Verhalten von Frau F. kamen nur noch vereinzelt von neu eingesetzten Hauspflegerinnen. Die Case Managerin wiederholte dann die oben erläuterten Verhaltensstrategien.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

In der Dimensionen „Gedächtnis“ zeigte sich zwar eine geringe Verbesserung von 10 auf 8 Punkte, Hinweise auf eine Gedächtnisstörung bleiben mit diesem Ergebnis jedoch bestehen. Im IADL-Bereich zeigte sich bei Frau F. auch nach einer Verbesserung von 23 auf 21 Punkte die Unfähigkeit, sich im täglichen Leben praktisch zurechtzufinden. Im ADL-Bereich verbesserte sich Frau F. beim zweiten Assessment um einen Punkt, von 9 auf 8 Punkte, und bewegt sich nun im Grenzbereich zur erhöhten Pflegebedürftigkeit. Im Bereich „Stimmung“ zeigte sich eine geringe Punkterhöhung von 20 auf 22 Punkte und damit eine Bestätigung der depressiven Verstimmung. Mit einer Verschlechterung um 3 Punkte von 16 auf 19 Punkte wurde der soziale Rückzug von Frau F. bestätigt und in der Dimension „Störendes Verhalten“ zeigte sich lediglich eine Verbesserung um einen Punkt.

Telefoninterview mit Angehörigen

Im Telefoninterview der wissenschaftlichen Projektbegleiterin mit Frau F.s Tochter Frau Y. bezeichnete diese ihre Herkunftsfamilie als zerrüttet. Sie hätte jahrelang weder Kontakt zu ihren Geschwistern noch zu ihrer Mutter gehabt. Erst seit kurzem hätte die Mutter wieder Kontakt mit ihr aufgenommen. Frau Y. beschrieb sich durch den Beruf als Putzfrau in einem Krankenhaus und wegen der Situation ihrer Mutter als sehr belastet. Sie hätte Schuldgefühle, weil sie ihrer Mutter nicht öfter helfen könnte. Kürzlich hätte sie die Gardinen ihrer Mutter gewaschen und ihr beim Baden geholfen. Es fiel ihr schwer, der Mutter zu helfen, da diese sich einerseits über mangelnde Hilfe beklagen würde, andererseits jedoch außerfamiliäre Hilfe ablehnte. Hinzu käme, dass sie es ihrer Mutter noch nie hätte recht machen können. Gleichzeitig beschreibt Frau Y. ihre Mutter als eine Frau, die überaus gutmütig sei („Man kann ihr das Hemd ausziehen“), deshalb bei den Hauspflegerinnen notwendige

Hilfe nicht einfordern und diese zum Kaffeetrinken einladen würde. Frau Y. betonte, sich durch die Tatsache, dass ihr Bruder bei der Mutter lebe, entlastet zu fühlen. Nach der Wirkung des Case Management Projektes befragt, meinte Frau Y., die Case Managerin hätte nichts bewirkt, da ihrer Mutter sowieso nicht zu helfen sei. Andererseits berichtete Frau Y., die Mutter beschwerte sich seit dem Einsatz der Case Managerin weniger. Zum Ende des Interviews bedankte sich Frau Y. für das Interesse an ihrer Situation.

Frau Z., Frau F.s zweite Tochter, sagte während des Telefoninterviews, ihre Mutter wollte keine Hilfe, sondern Unterhaltung. Sie würde häufig mit der Mutter telefonieren, hätte aber Schuldgefühle, da sie der Mutter nicht helfen könnte. Durch die Arbeit der Sozialstation fühlte sie sich zwar erleichtert, sie verstehe jedoch nicht, warum die Case Managerin und die anderen Mitarbeiterinnen der Sozialstation nicht mehr bei der Mutter erreicht hätten. „Meine Mutter muss man eben zum Glück zwingen. Die müssen doch wissen, wie sie mit ihr umgehen sollen. Die haben doch bestimmt noch mehr so ´ne Leute“. Frau Y. schlug vor, einen Zivildienstleistenden zu ihrer Mutter zu schicken, um jeden Tag mit ihr spazieren zu gehen. Frau Y. meinte außerdem, dass die Hauspflegerinnen nicht das richtige Essen einkaufen würden. Ihre Mutter hätte Probleme beim Kauen und würde deshalb auf Fertiggerichte zurückgreifen.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war insgesamt 22,5 Stunden, 27-mal für je 50 Minuten, bei Frau F.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau F.s Situation ist durch eine komplexe, vermutlich schon viele Jahre bestehende Problemlage auf körperlicher, familiärer und persönlicher Ebene gekennzeichnet. Der Einsatz der Case Managerin führte zu keiner maßgeblichen Verhaltensänderung von Frau F. selbst. Nach wie vor vernachlässigte Frau F. ihre Körperpflege, verließ die Wohnung nicht und aß Fertiggerichte. Gemäß der NOSGER-Einschätzung hatte sich Frau F.s sozialer Rückzug sogar verstärkt. Eine ihrer Töchter registrierte allerdings seit dem Einsatz der Case Managerin einen Rückgang von Beschwerden der Mutter über die Sozialstation.

Die Intervention der Case Managerin konzentrierte sich auf die Unterstützung der Hauspflegerinnen und es kann von einer emotionalen Entlastung der Hauspflegerinnen ausgegangen werden. Die Case Managerin verdeutlichte den Hauspflegerinnen die Grenzen hinsichtlich potenzieller Veränderungen von Frau F.s Situation und vermittelte Gesprächsführungstechniken zum Umgang mit Frau F.s anhaltenden Klagen und Manipulationsversuchen. Zusätzlich führte die Case Managerin strukturelle Veränderungen zur dauerhaften Stärkung der Hauspflegerinnen ein, indem die Situation bei Frau F. regelmäßig bei Dienstbesprechungen angesprochen und die Hauspflegerinnen ermuntert werden sollten, bei Bedarf um einen Einsatzwechsel zu bitten.

Kritisch ist anzumerken, dass die Case Managerin Frau F.s Einschränkungen beim Kauen nicht bemerkte und keinen Kontakt zu Frau F.s Töchtern und Sohn

aufgenommen hatte. Wie auch Frau E. hätte Frau F. vermutlich erheblich von einer psycho-therapeutischen Unterstützung profitiert (vergl. Pkt. 6.6).

4.2.7. Frau G.

Assessment

Frau G. war 73 Jahre alt und seit 2 Jahren verwitwet. Seit einem ein Jahr zurückliegenden Autounfall saß Frau G., obwohl medizinisch nicht mehr notwendig, vorwiegend im Rollstuhl. Eine Diagnose lag nicht vor und Medikamente nahm Frau G. nicht ein. Sie schien untergewichtig zu sein. Ein Freund des verstorbenen Mannes kümmerte sich um Frau G.s finanzielle Angelegenheiten und ein Bekannter, den sie nach dem Tod des Mannes kennen gelernt hatte, half ihr im Haushalt und kaufte für sie ein. Außerdem telefonierte dieser Bekannte jeden Tag mit Frau G. Inwieweit der Bekannte für seine Hilfe eine Vergütung erhielt, blieb unklar. Frau G. hatte auch eine Reinigungshilfe, die einmal wöchentlich ihre Wohnung säuberte. Zu Verwandten bestand zu Frau G.s Bedauern kein Kontakt. Beim ersten Besuch der Case Managerin beschrieb Frau G. sich als, verursacht durch den Unfall, deprimiert und antriebslos. Sie hätte seit dem Unfall ihre Wohnung nicht mehr verlassen. Als besonders störend empfände sie ihre Schlafstörungen und die Appetitlosigkeit. Sie gab an, viel zu weinen und froh um das Kontaktangebot der Case Managerin zu sein. Frau G. äußerte sich besonders stolz auf die, wie sie sagte, außergewöhnlich gute Ehe, die sie geführt hätte. Die Ehe sei ungewollt kinderlos geblieben und die ersten 10 Jahre der Ehe sei ihr Mann alkoholkrank gewesen. Ihr Mann sei perfekt gewesen und hätte alles für sie gemacht. Sie hätte nur für ihren Mann, der Geschäftsführer war, gelebt, viele Jahre ihre Eltern gepflegt und keine weiteren Interessen verfolgt.

Grund der Aufnahme

Frau G. wurde von ihrem Hausarzt an die Sozialstation vermittelt, da sie den Autounfall vor einem Jahr noch nicht verarbeitet hätte und jemanden zur seelischen Unterstützung bräuchte. Der Hausarzt kannte die Arbeit der Case Managerin über eine seiner Patientinnen und bat sie darum, Frau G. zu betreuen. Eine Verordnung zur Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse wurde, da keine Aussicht auf Erstattung der Kosten bestand, nicht vorgelegt.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin wollte mit Frau G. zunächst Gespräche über die erlittenen Verluste führen, um Frau G. die Gelegenheit zu geben, ihre Trauer und potenziell andere Gefühle auszudrücken. Die Case Managerin plante weiterhin, Frau G. zu motivieren, sich in der Wohnung ohne Rollstuhl zu bewegen, mit dem Rollstuhl die Wohnung zu verlassen und Restaurants zu besuchen. Um gegen die Appetitlosigkeit anzugehen, plante die Case Managerin, bei ihren Besuchen gemeinsam mit Frau G. eine Mahlzeit einzunehmen. Langfristig wollte die Case Managerin Frau G. motivieren, täglich den stationären Mittagstisch zu besuchen und sich wöchentlich mit einer ehrenamtlichen Helferin der Pfarrgemeinde zu treffen. Außerdem wollte sie mit Frau G. Karten spielen, mit dem langfristigen Ziel, Frau G. zu motivieren, an einer Seniorengruppe teilzunehmen, in der Karten gespielt wurden. Außerdem hoffte die Case Managerin, Frau G. überzeugen zu können, Hauspflege für tägliche Spaziergänge und Gespräche zu akzeptieren und entweder selbst dafür zu bezahlen

oder einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegegeldgesetz zu stellen. Eine andere Möglichkeit sah die Case Managerin auch darin, die Putzhilfe nur alle 14 Tage kommen zu lassen und das dadurch gesparte Geld für eine Hauspflegerin zu verwenden, die, im Gegensatz zur Putzhilfe, auch mit Frau G. spazieren gehen würde. Die Case Managerin plante auch, Frau G. dabei zu helfen, den Kontakt zu ihren Angehörigen wieder aufzunehmen.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Die Case Managerin besuchte Frau G. täglich zum gemeinsamen Mittagessen und die beiden führten Gespräche und aßen. Bei den ersten vier Kontakten kreisten die Gespräche thematisch um den verstorbenen Mann und nach dem 4. Kontakt öffnete sich Frau G. auch anderen Themen. Spiele lehnte Frau G. ab, da diese ungewohnt für sie waren. Ab dem 6. Kontakt und nach vielen vorbereitenden Gesprächen begann Frau G., in Begleitung der Case Managerin mit dem Rollstuhl regelmäßig ihre Wohnung zu verlassen. Bei einem dieser Ausflüge mit einem Besuch in einem Restaurant lachte Frau G. sogar.

Nach einem Besuch einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin der Pfarrgemeinde, lehnte Frau G. weitere Besuche ab, da sie nur „vollgequatscht“ worden wäre. Eine Seniorengruppe wollte Frau G. erst besuchen, wenn sie wieder gut aussehen würde. Frau G. meinte, sie sei zurzeit zu dünn. Gespräche zur Planung der Unterstützung nach Ende des Einsatzes der Case Managerin blockte Frau G. mit der Begründung ab, ihr Mann hätte ihr empfohlen, immer unabhängig zu bleiben. Die gleiche Ablehnung erlebte die Case Managerin, als sie vorschlug, gemeinsame Gespräche mit dem Bekannten und dem Freund des verstorbenen Mannes zu führen, um die weiterführende Betreuung zu diskutieren und bei dem Vorschlag, Kontakt mit Verwandten zu suchen. Frau G. begann jedoch mit ihrem Bekannten Ausflüge zu machen und Restaurants zu besuchen. Die Case Managerin beendete die Betreuung und kündigte an, in vier Wochen Frau G. nochmals zu besuchen. Zum Ende der Betreuung durch die Case Managerin hatte die Patientin fast vier Pfund zugenommen. Sie aß wieder geregelt und verließ regelmäßig die Wohnung.

Monitoring

Die Case Managerin konnte keine ihre Arbeit fortsetzende Unterstützung bei Frau G. einführen und besuchte Frau G. drei Monate nach Beendigung des Projekts zweimal. Dabei schien die Situation von Frau G. stabil. Sie verließ ihre Wohnung nun regelmäßig, wenn auch im Rollstuhl.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Die Dimension „Gedächtnis“ lag mit anfänglich 7 und beim follow up mit 6 Punkten jeweils im Normbereich. Der IADL-Bereich wurde bei beiden Messzeitpunkten als mit 13 Punkten im Normbereich eingeschätzt. Die erreichten Werte im ADL-Bereich waren mit 5 Punkten bei beiden Messzeitpunkten optimal. „Störendes Verhalten“ dürfte mit initial 7 Punkten und beim follow up mit 5 Punkten jeweils im Normbereich gelegen haben. Die Dimension „Stimmung“ blieb nach einer erheblichen Verbesserung von 17 auf 9 Punkte im grenzwertigen Bereich zu einer depressiven Verstimmung. Die Punkte in der Dimension „Soziales Verhalten“ verringerten sich von 15 auf 9 Punkte. Damit lag Frau G. außerhalb eines Bereiches,

in dem von einem sozialen Rückzugsverhalten auszugehen war. In der Dimension „Störendes Verhalten“ verbesserte sich die Einschätzung von 7 auf 5 Punkte.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war im Rahmen von 6 Wochen 26-mal durchschnittlich eine Stunde bei Frau G.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau G. wurde von ihrem Hausarzt wegen ihrer depressiven Reaktion auf einen Unfall an das Projekt vermittelt. Zusätzlich schien Frau G. auch den Tod ihres Mannes vor 2 Jahren noch nicht überwunden zu haben. Im Verlaufe der Betreuung durch die Case Managerin verbesserte sich Frau G.s Zustand deutlich. Sie nahm an Gewicht zu, verließ ihre Wohnung wieder und wurde auch für Gespräche, die thematisch nicht um den Tod ihres Mannes kreisten, offen. Frau G. hatte Kontakt zu zwei Bekannten und lehnte Bemühungen der Case Managerin, weitere Kontakte zu vermitteln, ab. Die zweite NOSGER-Einschätzung zeigte eine klinische Verbesserung im Bereich „Soziales Verhalten“ und eine Verbesserung im Bereich „Stimmung“, wobei in diesem Bereich Frau G.s Werte noch im Grenzbereich zu einer depressiven Verstimmung lagen.

Auf dem Hintergrund der bestehenden latenten depressiven Verstimmung muss von einer latenten Gefährdung der Verbesserungen ausgegangen werden. Günstig wäre sicherlich gewesen, wenn die Case Managerin Frau G. monatlich hätte kontaktieren können, um bei einer kritischen Entwicklung eingreifen zu können. Kritisch anzumerken ist, dass der Besuch der ehrenamtlichen Mitarbeiterin der Pfarrgemeinde unzureichend vorbereitet war und die Case Managerin beim ersten Besuch hätte zugegen sein sollen. Damit hätte eventuell Frau G.s Ablehnung der Helferin verhindert werden können.

4.2.8. Frau H.

Assessment

Frau H. war 83 Jahre alt und lebte in einer auffallend gepflegten Wohnung. Sie war als Fotolaborantin und später bei der Post beschäftigt gewesen. Frau H. hatte 2 Söhne, zu denen sie nach ihren Aussagen einen guten Kontakt hatte. Ihr Familienzustand war unbekannt. Frau H. wurde von ihrem Nervenarzt wegen paranoider Psychose behandelt. Sie hörte schlecht und hatte ein Glasauge. Beim ersten Besuch der Case Managerin äußerte Frau H. den Wunsch nach mehr Kontakten und danach, öfter spazieren gehen zu können. Sie klagte über Schmerzen in den Hüften, meinte, sie bräuchte mehr Medikamente und äußerte ihre Unzufriedenheit mit ihrem Nervenarzt. Hobbys hätte sie keine gehabt, hätte jedoch früher gerne „Mensch ärgere dich nicht“ gespielt. Frau H. war stolz auf ihre, wie sie sagte, „gut geratenen Söhne“.

Grund der Aufnahme

Frau H. wurde seit zwei Monaten fünfmal wöchentlich für eine Stunde von einer Hauspflegerin, bezahlt durch die Pflegeversicherung, betreut. Die Hauspflegerin kontaktierte die Case Managerin, weil Frau H. Stimmen hörte. Die Hauspflegerin beschrieb, durch die Situation zunehmend verunsichert zu sein, und nicht zu wissen,

wie sie reagieren sollte. Außerdem war Frau H. sehr kontrollierend und kritisierte die Hauspflegerin bei allem. Frau H. selbst beteiligte sich nicht an der Hausarbeit, lag öfter noch im Bett, wenn die Hauspflegerin gegen Mittag kam, klagte über verschiedentlich lokalisierte Schmerzen und war nicht zum Aufstehen zu bewegen.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin vermutete, dass Frau H.s Kritik an der Hauspflegerin mit einem Gefühl von Kontrollverlust und Kontaktmangel zusammenhängen könnte. Um dem vermuteten Gefühl von Kontrollverlust entgegenzuwirken, wollte die Case Managerin die Hauspflegerin anleiten, Frau H. alle Entscheidungen im Haushalt zu überlassen und Tätigkeiten weitgehend selbst durchführen zu lassen. Außerdem wollte sie der Hauspflegerin günstige Reaktionsweisen auf die akustischen Fehlwahrnehmungen und auf Frau H.s Schwierigkeiten aus dem Bett aufzustehen, vermitteln. Um für Frau H. mehr Kontaktmöglichkeiten zu schaffen, plante die Case Managerin, mit Frau H. zunächst selbst spazieren zu gehen und Spiele zu spielen und dazu später eine ehrenamtliche Helferin zu vermitteln. Zusätzlich wollte die Case Managerin mit Frau H. eine Seniorengruppe besuchen, wegen der Schmerzen in den Hüften einen Orthopäden aufsuchen und gemeinsam mit Frau H. einen Wochenplan aufstellen. Zur Vervollständigung des Assessments wollte die Case Managerin mit Frau H.s Einwilligung Kontakt zu den Söhnen aufnehmen.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Frau H. ging gerne mit der Case Managerin spazieren und spielte „Mensch ärgere Dich nicht“, wobei sie eigene Regeln aufstellte. Die Case Managerin besuchte einen Orthopäden mit Frau H. und vermittelte auf Frau H.s Wunsch einen neuen Nervenarzt. Bezüglich Frau H.s Schwierigkeiten mit dem Aufstehen wurde die Hauspflegerin instruiert, auf die jeweiligen Schmerzen von Frau H. kurz einzugehen. Erst danach sollte die Hauspflegerin Frau H. motivieren aufzustehen. Als Reaktionsmöglichkeit auf Frau H.s Fehlwahrnehmungen sollte die Hauspflegerin Frau H. vermitteln, dass sie zwar selbst nichts hören würde, Frau H. jedoch ihre Wahrnehmung glauben würde. Außerdem sollte die Hauspflegerin bei Verschlimmerung der Situation den Nervenarzt informieren. In einem gemeinsamen Gespräch zwischen Frau H., der Case Managerin und der Hauspflegerin wurde festgelegt, dass Frau H. entscheiden sollte, was im Haushalt erledigt werden sollte. Sie sollte auch mit der Hauspflegerin abstimmen, ob eingekauft, spazieren gegangen oder gespielt werden sollte. Die Vermittlung eines Besuchsdienstes und den Besuch einer Seniorengruppe lehnte Frau H. wiederholt ab. Sie wollte auch nicht, dass die Case Managerin Kontakt zu den Söhnen aufnahm. Obwohl die Case Managerin geplant hatte, länger tätig zu sein, bittet Frau H. die Case Managerin nach 22 Besuchen überraschend, nicht mehr zu kommen.

Monitoring

Die Hauspflegerin kam die ersten drei Wochen nach Einsatzende der Case Managerin fast täglich zur Case Managerin und versicherte sich, ob sie jeweils richtig auf Frau H.s immer noch regelmäßig auftauchende Fehlwahrnehmungen reagiert hätte. Insgesamt berichtete die Hauspflegerin, nun gut mit Frau H. arbeiten zu können. Frau H. würde deutlich weniger kritisieren, sich öfter an der Hausarbeit beteiligen und selbst die Initiative ergreifen, um „Mensch ärgere Dich“ nicht zu spielen oder

spazieren zu gehen. Während der Monitoringphase war Frau H. zweimal nicht zum Aufstehen zu bewegen gewesen.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Die Einschätzung der Gedächtnisleistungen verbesserte sich von 12 auf 9 Punkte. Damit war nach wie vor von Gedächtnisstörungen auszugehen. Im Bereich „IADL“ zeigte sich mit einer Punkteverminderung von anfänglich 18 zu dann 13 Punkten eine erhebliche Verbesserung und im ADL-Bereich verbesserte sich Frau H. von 7 Punkten auf optimale 5 Punkte. Im Bereich „Stimmung“ zeigte sich ebenfalls eine Verbesserung von 13 zu jetzt 8 Punkten, womit bei Frau H. keine depressive Verstimmung mehr vorlag. Die größte Veränderung zeigte sich in der Dimension „Soziales Verhalten“ mit einer Verbesserung von 14 auf jetzt 7 Punkte. Damit lag Frau H. nicht mehr im Bereich, in dem von einem deutlichen sozialen Rückzug auszugehen war. Im Bereich „Störendes Verhalten“ zeigte sich eine Verschlechterung von 10 auf 12 Punkte.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war vier Wochen insgesamt 22-mal je eine Stunde bei Frau H. tätig.

Zusammenfassung und Kommentar

Die Hauspflegerin vermittelte Frau H. an das Projekt, da sie nicht wusste, wie sie auf Frau H.s akustische Fehlwahrnehmungen, Antriebslosigkeit und anhaltende Kritik reagieren sollte. Mit dem Einsatz der Case Managerin, der Anleitung der Hauspflegerin und der Stärkung von Frau H.s Kontrolle schien sich die Situation zwischen Frau H. und der Hauspflegerin entspannt zu haben. Frau H. kritisierte weniger, entschied nun maßgeblich über die Aktivitäten der Hauspflegerin, beteiligte sich im Haushalt und ergriff selbst die Initiative. Die Hauspflegerin lernte, Frau H. zu motivieren, sie in die alltägliche Arbeit einzubeziehen und lernte, wie sie auf Frau H.s Fehlwahrnehmungen reagieren sollte.

Die qualitativ festgehaltenen Ergebnisse werden mit der NOSGER-Einschätzung größtenteils bestätigt. Frau H.s Stimmung und soziales Verhalten haben sich klinisch relevant verbessert. Es ist allerdings bemerkenswert, dass sich die Hauspflegerin nach eigenen Aussagen durch Frau H.s Verhalten weniger gestört fühlte als vor dem Einsatz der Case Managerin, nach der NOSGER-Einschätzung störendes Verhalten jedoch zugenommen hatte. Hier könnte sich die Problematik einer Dimension, die eine subjektive Reaktion der Betreuenden auf standardisiertes Patientenverhalten messen will, zeigen. Ob ein Verhalten als störend empfunden wird, könnte gerade bei gerontopsychiatrischen Patienten weniger von der Häufigkeit eines Verhaltens abhängen, sondern davon, wie Betreuende diese Verhalten interpretieren.

Kritisch ist jedoch anzumerken, dass Frau H.s Hörvermögen nicht fachärztlich überprüft wurde. Unklar ist auch, warum Frau H. unzufrieden mit ihrem Nervenarzt war und ob die Möglichkeit der Vermittlung zwischen ehemaligem Nervenarzt und Frau H. bestand.

4.2.9. Frau I.

Assessment

Frau I. war 67 Jahre alt, lebte alleine, war in erster Ehe geschieden und in zweiter Ehe verwitwet. Beide Ehen waren kinderlos. Sie war früher Telefonistin und später an einer Tankstelle beschäftigt gewesen. Frau I. hatte engen Kontakt zu einer Freundin, mit der sie zweimal jährlich verreiste und unregelmäßigen Kontakt zu ihren Nichten und Neffen. Die vom Hausarzt gestellte Diagnose lautete Zustand nach zwei Hirninfarkten. Sie nahm blutdrucksenkende Medikamente. Körperlich erschien Frau I. uneingeschränkt.

Beim ersten Kontakt mit der Case Managerin betonte Frau I., selbstständig zu sein, wirkte jedoch nervös und berichtete, ständig Angst zu haben, ihre Medikamente nicht richtig einzunehmen. Außerdem würde sie häufig an den Aufgaben einer Broschüre zum Gedächtnistraining scheitern, die ihr Arzt ihr gegeben hätte. Ihr Arzt hätte ihr dringend geraten, ihr Gedächtnis regelmäßig zu trainieren, würde an sie appellieren, ihre Diät zu ändern, da sie ansonsten weitere Hirninfarkte erleiden würde. Ihre Freundin würde sie auch zum Gedächtnistraining ermahnen und bedränge sie, mit ihr in Urlaub zu fahren. Obwohl sie das früher gerne gemacht hätte, fühle sie sich derzeit nicht dazu in der Lage. Frau I. berichtete weiter, zurzeit besonders durch ihr Vorhaben, ihre eigene Beerdigung zu organisieren, belastet zu sein. Frau I. hat nach eigenen Aussagen früher gerne gelesen und Musik gehört. In ihrer gepflegten Wohnung waren zahlreiche Zettel mit Notizen verteilt.

Grund der Aufnahme

Frau I. kam wiederholt zur Sozialarbeiterin der Diakonie-Station, um, meist unter Tränen, von Fehlern, die ihr wieder unterlaufen seien, zu berichten. Die Sozialarbeiterin vermutete, dass Frau I. mit der Bewältigung ihres Alltags überfordert war und bat die Case Managerin herauszufinden, welche Hilfe Frau I. im Alltag brauchte.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin wollte zunächst Frau I.s Angst und Überforderungsgefühlen entgegenwirken. Sie wollte Frau I. bei der Organisation ihrer Beerdigung unterstützen und dazu anregen, nur im Beisein der Case Managerin in der Broschüre zum Gedächtnistraining zu arbeiten. Um Frau I. bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation zu beruhigen, wollte die Case Managerin den Hausarzt bitten, Frau I. zweimal wöchentlich Blutdruck- und Medikamentenkontrolle zu verordnen. Da sich Frau I. von ihrem Hausarzt unter Druck gesetzt fühlte, wollte die Case Managerin mit Frau I. diskutieren, inwieweit der Wechsel des Hausarztes sinnvoll sein könnte. Weiterhin plante die Case Managerin, mit Frau I. das Einsortieren der Medikamente in eine Medibox zu üben und Frau I. zu überzeugen, 2x wöchentlich eine Hauspflegerin zu bezahlen, die sie bei allen schwierigen Aufgaben unterstützen könnte.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Die Case Managerin ging mit Frau I. zum Beerdigungsinstitut, wo Frau I. dekompenzierte. Bei einem erneuten Versuch, eine Woche später, konnte Frau I. ihre eigene Beerdigung mit Hilfe der Case Managerin organisieren. Die Case Managerin

stellte fest, dass Frau I.s Gedächtnis morgens besser war und überzeugte Frau I. deshalb, die Gedächtnisübungen morgens im Beisein der Case Managerin durchzuführen. Dabei bekam Frau I. regelmäßig rote Flecken am Hals und sie gab nach kurzer Zeit entmutigt auf. Nach einigen derartig gescheiterten Versuchen konnte die Case Managerin Frau I. davon überzeugen, als Gedächtnisübungen zu lesen, anstatt sich an der Broschüre zu orientieren. Frau I. schien das Einsortieren ihrer Medikamente in die Medibox viel Spaß zu machen. Mit Unterstützung der Case Managerin verschob Frau I. den geplanten Urlaub mit ihrer Freundin auf unbestimmte Zeit. Nach Berichten von Frau I. reagierte die Freundin mit Ärger und Unverständnis und drängte Frau I. weiter, ihr Gedächtnis zu trainieren. Einem Hausarztwechsel stimmt Frau I. zu und die Case Managerin besuchte den neuen Hausarzt gemeinsam mit Frau I. Der Hausarzt verschrieb Frau I. ein leichtes Beruhigungsmittel und auf Anregung der Case Managerin zweimal wöchentlich Behandlungspflege (Blutdruck- und Medikamentenkontrolle). Frau I. bejahte die Vermittlung der Behandlungspflege und den Vorschlag der Case Managerin, sich bei bürokratischen Angelegenheiten an die Sozialarbeiterin zu wenden, die Vermittlung einer Hauspflegerin lehnte sie jedoch mit der Begründung, selbstständig bleiben zu wollen, ab.

Die Krankenpflegerinnen der Behandlungspflege wurden von der Case Managerin angeleitet, Frau I. soviel Aktivitäten wie möglich selbst zu überlassen (z.B. die Medikamente unter Aufsicht selbst in die Medibox einsortieren zu lassen). Frau I. sollte über ihre Blutdruckwerte informiert werden und bei kritischen Werten sollten die Krankenpflegerinnen den Arzt informieren. Gleichzeitig sollten die Krankenpflegerinnen bei jedem Besuch Frau I. über ihr Befinden befragen und bei Bedarf nach Unterstützung in bürokratischen Angelegenheiten einen Besuch der Sozialarbeiterin veranlassen. Nachdem Frau I. keine Ängste bezüglich ihres Gesundheitszustandes mehr äußerte und die Behandlungspflege etabliert war, beendete die Case Managerin mit Frau I.s Einverständnis die Betreuung.

Monitoring

Die Krankenpflegerinnen der Behandlungspflege berichten der Case Managerin in der Monitoringphase, dass Frau I. sich über die Besuche freuen und mit Hingabe ihre Medikamente in die Medibox einsortieren würde. Frau I. hätte in unregelmäßigen Abständen Tage, in denen sie sich körperlich vernachlässigen würde. Angebote der Schwestern, Hilfe, z. B. beim Baden, zu vermitteln, würde Frau I. ablehnen. Die Case Managerin und die Krankenpflegerinnen vereinbarten, die Situation aufmerksam zu beobachten und bei Bedarf erneut zu versuchen, Frau I. eine Hauspflegerin oder eine Erhöhung der Behandlungspflege zu vermitteln.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Bei der zweiten NOSGER-Einschätzung verbesserte sich das Gedächtnis von Frau I. von 18 auf 11 Punkte und lag trotz dieser erheblichen Verbesserung immer noch im Bereich, in dem von einer zunehmend schweren Gedächtnisstörung ausgegangen werden musste. Im Bereich „IADL“ zeigte sich eine Verbesserung um einen Punkt und näherte sich mit nun 6 Punkten dem optimalen Punktwert an. Die Aktivitäten des täglichen Lebens bewältigte Frau I. bei der ersten und bei der zweiten NOSGER-Einschätzung optimal (5 Punkte). Im Bereich „Stimmung“ zeigte sich eine Verschlechterung um einen Punkt und lag mit nun 9 Punkten nahe an der Cut-Off-Linie zu einer zunehmend schweren depressiven Verstimmung. „Soziales Verhalten“

verbesserte sich von 7 auf 5 Punkte und war damit optimal. Die Dimension „Störendes Verhalten“ hatte sich ebenfalls um einen Punkt verbessert und lag in der zweiten Einschätzung bei 6 Punkten. Damit bewegte sich Frau I. beim zweiten Assessment in 5 der 6 NOSGER-Dimensionen im Normbereich.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war im Zeitraum von einem Monat 16 mal durchschnittlich eine Stunde bei Frau I.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau I. schien mit einigen Aspekten des Alltags überfordert zu sein. Im Assessment zeigte sich, dass Frau I., obwohl selbstständig in der Lage, ihren Haushalt zu führen, durch ihre subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisstörungen und die gut gemeinten Empfehlungen ihres Hausarztes und ihrer Freundin verängstigt war. Die Case Managerin unterstützte Frau I. bei den Aktivitäten, bei denen sich Frau I. überfordert fühlte und schützte sie gegen die gutgemeinten, aber angstausslösenden Ratschläge von Dritten. Durch die Vermittlung medizinisch orientierter Behandlungspflege wurden einerseits Frau I.s Bestrebungen, ihre Selbstständigkeit zu erhalten, respektiert und dennoch Unterstützung bei der angstbesetzten Medikamenteneinnahme angeboten. Zusätzlich wurden die Krankenpflegerinnen angeleitet, Frau I.s maximale Kontrolle bei der Medikamenteneinnahme sicherzustellen.

Diese Interventionen der Case Managerin schienen Frau I.s Ängste gemildert und ihren subjektiv wahrgenommenen Gedächtnisstörungen entgegengewirkt zu haben. Diese Einschätzung wird durch die NOSGER-Resultate bestätigt. Beim zweiten Assessment zeigte sich eine erhebliche Verbesserung in Frau I.s Gedächtnisstörungen. Die Werte lagen jedoch noch in einem kritischen Bereich. In den anderen Dimensionen lag Frau I. im Normalbereich, im Bereich „Stimmung“ allerdings grenzwertig zu einer depressiven Verstimmung. Zu fragen ist, warum Frau I.s Freundin und der ehemalige Hausarzt nicht über die kontraproduktive Wirkung ihrer Anregungen aufgeklärt wurden. Es ist zu vermuten, dass sich weder der Hausarzt noch die Freundin bewusst waren, welche Ängste ihre Ratschläge bei Frau I. auslösten. Zur Sicherung von Frau I.s Beziehung mit ihrer Freundin wäre ein aufklärendes Gespräch mit der Freundin vermutlich nützlich gewesen.

4.2.10. Frau K.

Assessment

Frau K. war 82 Jahre alt und hatte drei Söhne, die alle Haushaltstätigkeiten übernahmen. Ihr Familienstand war nicht bekannt. Frau K. war Verkäuferin gewesen. Sie war schwerhörig und litt laut Hausarzt an Epilepsie und Diabetes. Vor einem halben Jahr hatte sie einen Herzinfarkt und musste seither Stützstrümpfe tragen. Frau K. betonte beim ersten Besuch der Case Managerin, dass sie sich bis vor dem Herzinfarkt vor einem halben Jahr selbst versorgt hätte, neuerdings allerdings Schwierigkeiten hätte, da sie an „Gedankenverlust“ leide. Da ihre Söhne an sie appellierten, sich mehr anzustrengen, würde sie unter ständiger Angst leiden, etwas falsch zu machen. Außerdem hätte sie Angst vor dem Sterben, Angst, in ein Heim zu müssen und Angst, eine Rechnung nicht bezahlen zu können. Sie wollte den Söhnen

nicht noch mehr zur Last zu fallen, befürchtete aber, sich fremde Hilfe nicht leisten zu können. Sozialhilfe wolle sie wegen einer eventuellen Prüfung der Kinder nicht beantragen. Auf die Frage, warum sie kein Hörgerät hätte, meinte Frau K., sie wisse nicht, wie sie zum Ohrenarzt kommen könnte und sagte zur Case Managerin, sie solle „sich etwas einfallen lassen“, um ihr zu helfen. Nach ihren Hobbys befragt, gab Frau K. an, vor ihrem Herzinfarkt aktive Kartenspielerin in einer Seniorengruppe gewesen zu sein. Im Gespräch mit der Case Managerin kam Frau K. immer wieder auf die Themenbereiche Angst vor dem Sterben und Angst, etwas falsch zu machen, zurück. Nach eigenen Angaben hatte sie immer in einfachen Verhältnissen gelebt.

Grund der Aufnahme

Die Hauspflegerin, die seit zwei Monaten auf ärztliche Verordnung täglich 10 Minuten zu Frau K. ging, um ihr Stützstrümpfe anzuziehen, bat die Case Managerin um Hilfe, da Frau K. über Einsamkeit klagte und nach Einschätzung der Hauspflegerin verwirrt sei. Frau K. würde vergessen, ihre Medikamente einzunehmen, auch nicht angemessen essen. Die Hauspflegerin gab auch an, Angst vor eventuellen Epilepsie-Anfällen zu haben.

Planung der Case Managerin

Zunächst wollte die Case Managerin, Frau K.s Einverständnis vorausgesetzt, einen Besuch beim Ohrenarzt und beim Akustiker arrangieren. Die Case Managerin wollte Frau K.s Bestreben nach Unabhängigkeit von ihren Söhnen unterstützen und deshalb gemeinsam mit der Sozialarbeiterin der Sozialstation, mit Frau K. und deren Söhnen die Voraussetzungen für Anträge bei der Pflegeversicherung und dem Sozialhilfeträger erörtern. Bei Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger sollte eine Haushaltshilfe die Nahrungs- und Medikamenteneinnahme sichern und Frau K. bei der Hausarbeit unterstützen. Zusätzlich plante die Case Managerin, Frau K. zu motivieren, die Seniorengruppe wieder zu besuchen und einkaufen zu gehen. Frau K. sollte dabei selbst aussuchen, was sie essen wollte. Außerdem plante die Case Managerin, die Söhne anzuleiten, die Mutter nicht mehr aufzufordern sich anzustrengen.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Frau K. erhielt nach einem Besuch beim Ohrenarzt ein Hörgerät und konnte nach einigen Übungen mit Hilfe der Case Managerin mit dem Gerät umgehen. Erleichtert über ihr verbessertes Hörvermögen ging Frau K. in Begleitung der Case Managerin das erste Mal seit dem Herzinfarkt wieder zur Seniorengruppe. Während der ersten Einkäufe mit der Case Managerin war Frau K. abwesend und mit der Frage beschäftigt, ob sie den Herd abgeschaltet hatte. Deshalb etablierte die Case Managerin vor jedem Verlassen der Wohnung eine Routine, bei der Frau K. Herd und Licht bewusst kontrollierte.

Nach einem Gespräch mit Frau K., einem ihrer Söhne, der Case Managerin und der Sozialarbeiterin wurde ein Antrag auf Hilfe zur Pflege gestellt. Ein von den Söhnen bereits früher gestellter Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung war abgelehnt worden. Mit der Hoffnung auf einen positiven Bescheid des Antrages auf Hilfe zur Pflege übernahmen die Söhne vorläufig die Finanzierung einer Hauspflegerin für zweimal eine halbe Stunde täglich. Damit hatte die Hauspflegerin, die Frau K.

morgens besuchte, um die Stützstrümpfe anzuziehen, auch Zeit, darauf zu achten, dass Frau K. frühstückte und die Morgenmedikamente einnahm. Eine zweite Hauspflegerin kam am frühen Nachmittag und wärmte entweder das von den Söhnen bereitgestellte Mittagessen auf oder bereitete mit Frau K. zusammen eine einfache Mahlzeit zu. Sie richtete zusätzlich das Abendbrot vor und legte die Abendmedikamente auf den Abendbrotteller. Zweimal wöchentlich ging die Hauspflegerin mit Frau K. einkaufen.

Die Hauspflegerin wurde angeleitet, bei allen Tätigkeiten Frau K. die Entscheidung über die Details der Durchführung zu überlassen und bei der Durchführung einzubeziehen. Außerdem wurde die Hauspflegerin mit der etablierten Routine vor dem Verlassen der Wohnung vertraut gemacht. Der Sozialhilfeträger bewilligte den Antrag auf Hilfe zur Pflege auf 5-mal wöchentlich eine Stunde Hauspflege. Frau K. klagte nicht mehr über Ängste, ging einmal wöchentlich ohne Begleitung zur Seniorengruppe, verließ öfter auf Eigeninitiative ihre Wohnung und hatte nach eigenen Aussagen ein verbessertes Verhältnis zu ihren Söhnen.

Monitoring

Die Hauspflegerin beschrieb die stabile Situation von Frau K. und berichtete auch, da Frau K. ihre Medikamente regelmäßig einnahm, keine Angst vor Epilepsie-Anfällen mehr zu haben.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Beim zweiten Messzeitpunkt lag Frau K. in allen Dimensionen im Normbereich. Die Dimension „Gedächtnis“ zeigte eine Verbesserung von 12 zu 9 Punkten. Damit lag Frau K. im oberen Normbereich. Im Bereich „Stimmung“ zeigte sich eine Verbesserung von 9 zu 8 Punkten, in der Dimension „Soziales Verhalten“ von 14 zu 8 Punkten und im Bereich „Störendes Verhalten“ von 8 zu 7 Punkten. Im IADL-Bereich zeigte sich die größte Verbesserung von 17 zu 6 Punkten. Im ADL-Bereich waren die Werte bei beiden Messzeitpunkten optimal.

Telefoninterview mit Angehörigen

Im Gespräch mit einem von Frau K.s Söhnen berichtete dieser, dass er und seine Brüder seit dem Herzinfarkt der Mutter sehr belastet waren. Ursprünglich wollten die Söhne die Mutter in ein Pflegeheim geben, davon hätten sie jedoch nach einer Suizidandrohung der Mutter Abstand genommen. Vor der Intervention der Case Managerin sei jeden Tag eine Schwiegertochter mit Essen zur Mutter gegangen. Frau K. hätte das Essen allerdings meist abgelehnt, ebenso wie den fahrbaren Mittagstisch. Auch die Wohnungsreinigung sei schwierig gewesen, da die Mutter einen „Reinigungsfimmel“ hätte. Von der Pflegeversicherung seien sie enttäuscht. Ein Ohrenarzt hätte die Prüfung auf Pflegebedürftigkeit durchgeführt und den Antrag abgelehnt. Der Einsatz der Case Managerin sei für die ganze Familie eine große Entlastung gewesen. Die Case Managerin hätte die Mutter psychisch aufgebaut und für Ablenkung gesorgt. Auch durch die Hauspflegerin, die die Wohnung reinigte und dafür sorgte, dass die Mutter regelmäßig aß, hätte sich die gesamte Situation entspannt. Die Mutter wäre jetzt optimistischer und alle wären sehr glücklich über die jetzige Situation. Einer seiner Brüder wäre vom Sozialamt zur Zuzahlung herangezogen worden. Dies hätten sie der Mutter verschwiegen.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war im Rahmen von sechs Wochen 18 mal je eine Stunde bei Frau K.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau K. wurde der Case Managerin von einer Hauspflegerin vermittelt, da diese meinte, Frau K. sei „verwirrt“ und würde nicht regelmäßig essen. Außerdem hatte die Hauspflegerin Angst vor Epilepsie-Anfällen. Im Assessment der Case Managerin wurde eine Schwerhörigkeit bestätigt. Außerdem wurden eine von Frau K. subjektiv wahrgenommene Gedächtnisschwäche, verschiedene Ängste und ein Konflikt mit der Familie deutlich. Durch die Intervention der Case Managerin erhielt Frau K. ein Hörgerät, besuchte wieder regelmäßig eine Seniorengruppe, verließ selbstständig ihre Wohnung und erhielt täglich Hauspflege zur Sicherung der Nahrungsaufnahme und Medikamenteneinnahme. Die regelmäßige Besuche einer Hauspflegerin schienen Frau K.s Ängste gemildert und das Verhältnis mit ihren Söhnen entlastet zu haben. Die NOSGER-Einschätzung bestätigte die positiven Entwicklungen von Frau K. In der zweiten NOSGER-Einschätzung lag Frau K. in allen Bereichen im Normbereich und im Vergleich zur Ersteinschätzung zeigte sich eine klinisch relevante Verbesserung in den Bereichen „Gedächtnis“ und „IADL“. Frau K.s Aktivitäten sowie die Aussagen des Sohnes und der Hauspflegerinnen lassen darauf schließen, dass sich K.s Situation durch den Einsatz der Case Managerin nachhaltig verbessert hat.

Kritisch ist anzumerken, dass die Case Managerin ihr Assessment offensichtlich ohne Befragung der Söhne durchgeführt hat und deshalb auch nicht über die Suizidandrohung Frau K.s informiert war. Die von Frau K. geäußerten Ängste zu Beginn des Einsatzes, vor allem in Verbindung mit der Information der Suizidandrohung, hätten es ratsam erscheinen lassen, Frau K.s psychische Verfassung aufmerksamer zu beobachten, als dies tatsächlich geschah. Ratsam wäre auch gewesen, die Hauspflegerin anzuleiten, wie sie im Falle eines Epilepsieanfalls reagieren sollte.

4.2.11. Frau L.

Assessment

Frau L. war 82 Jahre alt, ledig, kinderlos, und bewohnte die erste Etage ihres eigenen kleinen Hauses. Ihr früherer Beruf war nicht bekannt. Der Mann ihrer verstorbenen Schwester war ihr gesetzlicher Betreuer und dessen Sohn bewohnte die zweite Etage des Hauses. Der Sohn des Schwagers und Frau L. schienen keinen Kontakt zu haben. Der Schwager brachte Frau L. regelmäßig Essen. Vom Hausarzt lagen die Diagnosen „Altersverwirrtheit“ und Inkontinenz vor. Frau L. erschien untergewichtig. Beim ersten Besuch der Case Managerin wollte Frau L. etwas zu essen anbieten und als sie kein Essen in der Küche fand, meinte sie an die Zimmerdecke deutend, „der da oben“ nähme ihr alles weg. Die Case Managerin sprach mit Hilfe von Bezugsobjekten mit Frau L. So fragte sie Frau L. z. B., wer die abgebildete Frau auf einer Photographie auf der Kommode sei. Darauf antwortete Frau L.: „Nein das ist die Frau.“ Worauf die Case Managerin dann fragte, ob die Frau auf dem Bild Frau L.s Schwester sei. Frau L.

gab daraufhin die Antwort: „Nein, meine Mutter hatte es schwer, ich habe auch schwer gearbeitet.“ Der Hinweis, dass sie schwer gearbeitet hätte, blieb während des Einsatzes der Case Managerin Frau L.s einzige Aussage über ihr Leben. Nach Aussagen der Hauspflegerin räumte Frau L. morgens ihre Wohnung auf und verkrante vieles, was sie dann später wieder suchen würde. Nachmittags würde Frau L. meist geistig abwesend aus dem Fenster in ihren Garten schauen.

Grund der Aufnahme

Frau L. wurde seit zwei Monaten dreimal täglich mit Grundpflege und Medikamentenkontrolle von der Sozialstation versorgt. Die Stamm-Hauspflegerin bat darum, die Betreuung abgeben zu können, da sie nicht mit Frau L. kommunizieren konnte. Außerdem lehnte Frau L. häufig die Hilfe bei der Körperpflege und Wechseln der Inkontinenzeinlagen ab und die Hauspflegerin wusste nicht, wie sie sich verhalten sollte. Als besonders belastend empfand die Hauspflegerin, dass Frau L. zu wenig aß. Meist stünden Frau L. lediglich vom Schwager besorgte Dosen mit Hülsenfrüchten zum Essen zur Verfügung. Die Hauspflegerin hätte den Schwager schon um abwechslungsreichere Nahrung gebeten, worauf dieser meinte, dass Hülsenfrüchte sehr gesund seien. Im gleichen Gespräch meinte der Schwager auch, er hätte vor, Frau L. in einem Heim anzumelden.

Planung der Case Managerin

Zunächst wollte die Case Managerin die Gegenwart einer Hauspflegerin bei allen Mahlzeiten sicherstellen und für abwechslungsreiches Essen und Dokumentation der Nahrungsaufnahme sorgen. Um das Essen entsprechend abstimmen zu können, plante die Case Managerin, Frau L.s Zähne bei einem Zahnarzt überprüfen zu lassen. Sie wollte Frau L.s Schwager bitten, einer Stundenerhöhung der Hauspflegerin zuzustimmen und Bargeld zur Verfügung zu stellen, damit die Hauspflegerinnen Essen einkaufen und Frau L. zum Essen anregen könnten, und auch Zeit für Spaziergänge im Garten hätten. Die Case Managerin wollte zunächst selbst die Körperpflege und Spaziergänge durchführen und später die Hauspflegerin anleiten. Um das Wechseln der Inkontinenzeinlagen zu erleichtern, wollte die Case Managerin eine Routine etablieren. Außerdem wollte die Case Managerin die Hauspflegerin anleiten, vermehrt Gespräche mit Hilfe von Bezugsobjekten (Photographien, Pflanzen im Garten) zu führen. Die Hauspflegerin, die ihre Überforderung ausgedrückt hatte, wurde gebeten, noch drei Wochen parallel zum Einsatz der Case Managerin tätig zu sein und dann zu entscheiden, ob sie immer noch einen Wechsel wolle.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Ein Besuch beim Zahnarzt ergab, dass Frau L. auf weiches Essen angewiesen war. Der Schwager wollte die Einsatzstunden der Hauspflegerinnen nicht erhöhen und ihnen das Einkaufen nicht überlassen. Somit bat ihn die Case Managerin, leicht zu kauende frische Lebensmittel bereitzustellen. Daraufhin brachte der Schwager zweimal wöchentlich frische und tiefgekühlte Lebensmittel. Frau L. aß im Beisein der Case Managerin oder Hauspflegerin mit Appetit. Zum späteren Verzehr bereitgestelltes Essen blieb jedoch meist unangetastet.

Um Frau L.s Kooperation beim Wechseln der Inkontinenzeinlagen und der Körperpflege zu gewinnen, versuchte die Case Managerin verschiedene

Formulierungen. Mit dem Satz: „Ich helfe Ihnen beim Toilettengang“ ließ sich Frau L. schließlich sowohl von der Case Managerin als auch von den Hauspflegerinnen problemlos bei der Körperpflege und beim Wechseln der Einlagen helfen. Bei den Spaziergängen in ihrem Garten war Frau L. gesprächiger als in der Wohnung, auch wenn ihrer Erzählungen unzusammenhängend waren.

Die Hauspflegerin wurde angeleitet, Frau L. zum Essen anzuregen, sich mit ihr zum Essen hinzusetzen. Alle Aktivitäten sollten benannt werden und so weit wie möglich auf den Vormittag gelegt werden, da dies Frau L.s aufnahmebereite Zeit war. Jegliche Eigeninitiative von Frau L. sollte unterstützt und sie sollte um Meinung und Mithilfe gebeten und nicht auf Defizite aufmerksam gemacht werden. Die Hauspflegerin wurde ermuntert, täglich, abhängig von Frau L.s Verfassung, zu entscheiden, welche Aktivierung angeregt werden sollte. Vom Pflegeplan abweichende Handlungen sollten jedoch dokumentiert und begründet werden. Als die Stamm-Hauspflegerin entschied, weiter bei Frau L. tätig zu bleiben, reduzierte die Case Managerin ihre Besuche sukzessive und beendete schließlich ihren Einsatz.

Monitoring

Die Stamm-Hauspflegerin kam wöchentlich zur Case Managerin und berichtete, auch weiterhin erfolgreich den von der Case Managerin etablierten Satz zur Einleitung der Körperpflege und des Wechselns der Inkontinenzunterlagen zu benutzen. Auch die vertretenden Kolleginnen hätten damit Erfolg. Frau L. wäre leicht zu motivieren und würde eifrig kleine Aufgaben bei der Hausarbeit übernehmen. Frau L. würde sich nun tagsüber vermehrt mit Staubwischen beschäftigen und weniger verkramen. Im Gegensatz zu früher würde Frau L. viel sprechen und auch deutlich machen, dass sie die Hauspflegerin erkennen würde. Frau L. würde sie z. B. mit den Worten begrüßen: „Ach die mit dem roten Auto“ und ihren Abschied mit „Was, du gehst schon?“ kommentieren. Die Hauspflegerin berichtete, zum ersten Mal das Gefühl zu haben, von Frau L. wahrgenommen zu werden. Die Hauspflegerin klagte allerdings darüber, morgens zu wenig Zeit, um mit Frau L. spazieren zu gehen, zu haben. Außerdem würde der Betreuer wieder zunehmend Hülsenfrüchte in Dosen bereitstellen, die Frau L. nicht essen würde.

Die Case Managerin schaltete daraufhin die Sozialarbeiterin der Station ein, die den Schwager von einer Stundenerhöhung der Hauspflege um eine Stunde pro Tag zur Sicherstellung einer adäquaten Pflege und Übernahme der Einkäufe zu überzeugen versuchte. Da der Schwager dem Wunsch nach anderen Nahrungsmitteln nicht nachkommen wollte, legte die Sozialarbeiterin eine Beschwerde beim Gesundheitsamt ein. Nach einer Intervention des Gesundheitsamtes stimmte der Schwager zu, den Hauspflegerinnen den Einkauf zu überlassen, stellte Geld zum Einkauf von Nahrungsmitteln zur Verfügung und stimmte einer Stundenerhöhung um eine Stunde pro Tag zu. Mit Beendigung der Monitoringphase wurde Frau L. morgens für zwei Stunden und mittags und abends für je eine halbe Stunde von einer Hauspflegerin betreut. Die Kosten wurden mit Zahlungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe III und von Frau L. selbst getragen.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Trotz Verbesserungen lag Frau L. beim zweiten Messzeitpunkt in allen Dimensionen in einem Bereich, in dem von Einschränkungen auszugehen war. Die größte

Verbesserung zeigte sich in der zweiten Einschätzung im Bereich „Soziales Verhalten“. Mit einer Verbesserung von 25 auf 20 Punkte war Frau L.s sozialer Rückzug nach wie vor deutlich. Im IADL-Bereich zeigte sich trotz der Verbesserung von 25 auf 21 Punkte Frau L.s Unfähigkeit, sich im Alltag alleine zurechtzufinden. In den Dimensionen „Gedächtnis“ und „ADL“ hat sich die erreichte Punktzahl von je 25 auf 24 Punkte erniedrigt. Frau L. befindet sich damit in diesen Dimensionen ebenfalls immer noch in einem Bereich, in dem von einer erheblichen Störung ausgegangen werden muss. Auch im Bereich „Stimmung“ zeigte die Einschätzung zwar eine Verbesserung um einen Punkt, von 11 auf 10 Punkte, dennoch bewegte sich die Einschätzung im kritischen Bereich zu einer schweren Verstimmung. Der Bereich „Störendes Verhalten“ bleibt mit 17 Punkten unverändert.

Telefoninterview mit Angehörigen

Frau L.s Schwager lehnte ein Telefoninterview mit der wissenschaftlichen Begleiterin mit der Begründung, er hätte keine Zeit, ab. Auf die Frage nach einer geeigneten Zeit wiederholte er seine Antwort und legte auf.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war im Zeitraum von 6 Wochen 24-mal je eine Stunde bei Frau L.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau L. wurde von ihrer Hauspflegerin vermittelt, da die Durchführung des Arbeitsauftrags und eine Kommunikation mit Frau L. kaum möglich waren und Frau L. außerdem von ihrem Schwager ungeeignetes Essen bereitgestellt bekam. Die Case Managerin stellte die Bereitstellung von geeigneter Nahrung sicher, etablierte mit Frau L. eine Kommunikationsweise, die die Durchführung von Körperpflege ermöglichte und leitete die Hauspflegerinnen an, selbst Prioritäten in der Pflege zu setzen und Frau L. in alle Tätigkeiten mit einzubeziehen.

Frau L. wurde im Verlaufe des Projektes aufgeschlossener und aß angemessen. Im Verlauf der Monitoringphase wurde allerdings das Gesundheitsamt wegen des unkooperativen Verhaltens des Schwagers hinsichtlich der Nahrungsbereitstellung eingeschaltet und infolge dieser Intervention übernahm die Hauspflegerin die Einkäufe des Essens. Das veränderte Verhalten von Frau L. wird auch in der zweiten NOSGER-Einschätzung, mit den Verbesserungen im Bereich „Soziales Verhalten“ und „IADL“ deutlich. Trotz der Verbesserungen liegt Frau L. jedoch nach wie vor in allen NOSGER-Dimensionen im kritischen Bereich und bestätigt die, sich auch in den Einsatzstunden der Hauspflegerinnen widerspiegelnde, hohe Pflegebedürftigkeit.

Angeichts der hohen Kosten der ambulanten Versorgung und der Bemerkung des Schwagers, dass er Frau L. in einem Heim anmelden wollte, ist fraglich, wie lange die ambulante Betreuung von Frau L. aufrechterhalten werden konnte. Kritisch ist anzumerken, dass die Case Managerin keinen Kontakt mit dem im Hause wohnenden Neffen aufgenommen und auch die Möglichkeit des Besuchs einer Tagesstätte für Frau L. nicht in Erwägung gezogen hat.

4.2.12. Frau M.

Assessment

Frau M. war 86 Jahre alt, verwitwet und Schneiderin gewesen. Sie ging täglich zum stationären Mittagstisch, wofür sie vom Fahrdienst abgeholt wurde. Vom Hausarzt lag die Diagnose Demenz vor. Frau M. war schwerhörig, klagte über starke Kopfschmerzen, benutzte in ihrer Wohnung einen Stock und bewegte sich außerhalb der Wohnung im Rollstuhl. Sie war wegen LWS-Syndrom im Krankenhaus gewesen und wurde vier Wochen zuvor entlassen. Frau M. hatte einen in der Nachbarschaft wohnenden Sohn. Dieser hatte den Kontakt zur Mutter im letzten Jahr abgebrochen, da er von ihr wiederholt beschuldigt worden war, ihre Unterwäsche gestohlen zu haben. Seine Tochter hatte daraufhin die Versorgung übernommen. Sie besuchte Frau M. 1-2-mal wöchentlich und telefonierte regelmäßig mit ihr. Laut der Enkelin besuchte Frau M. bis vor ihrem Krankenhausaufenthalt regelmäßig eine Seniorengruppe, hatte allerdings angekündigt, nicht mehr gehen zu können, da die „Männchen“ während ihrer Abwesenheit ihre Wohnung durcheinander brachten. Nach Frau M.s Aussagen machten ihr die Männchen keine Angst, sondern wollten sie nur ärgern. Frau M. betonte, in ihren alltäglichen Verrichtungen selbstständig zu sein, sich für Nachrichten und Filme zu interessieren und gerne Kreuzworträtsel zu lösen.

Grund der Aufnahme

Frau M. wurde seit ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus von der Sozialstation mit täglich einer halben Stunde Hauspflege, finanziert über die Pflegeversicherung, betreut. Frau M. hinterließ seit Betreuungsbeginn allabendlich oft mehrere vorwurfsvolle Nachrichten auf dem Anrufbeantworter der Sozialstation, sodass andere Anrufer keine weiteren Nachrichten hinterlassen konnten. In einem Fall hatte ihre Hauspflegerin in einer Fortbildung gelernt, sie solle den Klientinnen alles aufschreiben. Die Hauspflegerin schrieb also Frau M. an einem Montag auf, dass sie ihr am Mittwoch beim Baden helfen wollte. Daraufhin ließ Frau M. am Montagabend Badewasser einlaufen und rief vielfach empört bei der Sozialstation an. Sie beschwerte sich auf dem Anrufbeantworter, dass ihr niemand helfen würde und bezog sich bei ihren Anrufen auf die Notiz der Hauspflegerin. Auf ihre Anrufe in der Sozialstation angesprochen, erklärte Frau M., es läge an ihrem Kopf, sie hätte einen Tumor und wolle geröntgt werden. Außerdem meinte Frau M.: „Mein Sohn denkt auch schon, dass ich spinne.“ Die Hauspflegerin wollte nach dieser Erfahrung keine Fortbildungskurse mehr besuchen. Außerdem berichtete die Hauspflegerin, Frau M. beschuldigte sie, Geld zu entwenden und würde ärgerlich werden, wenn die Hauspflegerin den Beschuldigungen widersprach. Die Hauspflegerin fragte auch, wie sie reagieren sollte, wenn Frau M. sich über „Männchen“, die in ihrer Wohnung „Party machen“ würden, beschwerte, oder betrübt sei, weil ihr vermeintlicher Verlobter nicht, wie abgesprochen, erschienen wäre. Die Hauspflegerin vermutete außerdem, dass Frau M. zu wenig essen und trinken würde. Besonders wegen des „Telefonterrors“, so die Bezeichnung der Einsatzleitung, wurde seitens der Sozialstation in der Case Managerin die letzte Möglichkeit gesehen, Frau M.s ambulante Pflege fortzusetzen.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin plante zunächst, den Hausarzt über Frau M.s Fehlwahrnehmungen zu informieren und die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung zu diskutieren. Gleichzeitig sollten Frau M.s Kopfschmerzen medizinisch abgeklärt werden. Um das Vertrauen von Frau M. zu gewinnen, plante die Case Managerin, bei den ersten Besuchen mit Frau M. hauptsächlich Kreuzworträtsel zu lösen und Gespräche über Nachrichten und Filme zu führen. Die Case Managerin ging davon aus, dass sich Frau M.s Fehlwahrnehmungen mit vermehrten Kontakten vermindern würden. Um mehr Kontakte und Frau M.s Nahrungsaufnahme sicherzustellen, sollten die Einsatzstunden der Hauspflege erhöht werden. Die Sozialarbeiterin der Sozialstation sollte vermittelt werden, um die Finanzierungsmöglichkeiten dieser Erhöhung zu erörtern. Außerdem wollte die Case Managerin die Hauspflegerin und die Angehörigen über die krankhaften Ursachen von Frau M.s Verhalten aufklären, und günstige Reaktionsmöglichkeiten aufzeigen. Ziel dieser Anleitung sollte auch sein, den Kontakt zwischen Sohn und Mutter wieder herzustellen. Langfristig sollte Frau M. motiviert werden, die Seniorengruppe wieder zu besuchen.

Umsetzung der Planung und Anleitung

In den Gesprächen über Nachrichten und Filme vermischte Frau M. öfter Realität und Filmgeschehen. Meist bemerkte sie ihre Fehler und wechselte dann das Thema.

Kreuzworträtsel wollte Frau M. nur alleine lösen. Der Arzt verordnete eine geringe Dosis eines Neuroleptikums. Im Falle einer Verstärkung der Fehlwahrnehmungen sollte der Arzt zur Anpassung der Dosis verständigt werden. Der Arzt versicherte Frau M., keinen Tumor zu haben. Frau M. klagte aber dennoch weiterhin über Kopfschmerzen. Die Case Managerin erklärte dem Sohn die krankhaften Ursachen des Verhaltens der Mutter und bot an, bei einem Treffen mit der Mutter vermittelnd dabei zu sein. Der Sohn war jedoch auch nach den Erklärungen der Case Managerin von der Absichtlichkeit des Verhaltens seiner Mutter überzeugt und lehnte ein Treffen mit der Mutter ab.

Die Hauspflegerinnen und die Enkelin wurden von der Case Managerin angeleitet, Frau M. bei Fehlwahrnehmungen zu fragen, ob sie Angst hätte oder sich bedroht fühlte. Im Falle eines von Frau M. wiederholt subjektiv wahrgenommenen Bedrohtheitsgefühl, sollte der Arzt verständigt werden. Die Hauspflegerin und die Enkelin sollten jeweils erklären, die Wahrnehmungen selbst nicht zu haben. Zudem wurden beide angeleitet, nicht direkt zu widersprechen, wenn Frau M. sie beschuldigte, etwas gestohlen zu haben, sie sollten Frau M. aber Hilfe beim Suchen des Vermissten anbieten. Die Hauspflegerin wurde angeleitet, Frau M. während des Einsatzes zum Essen und Trinken zu motivieren und Frau M.s Nahrungsaufnahme zu dokumentieren.

Vorschläge der Case Managerin, die Seniorengruppe wieder zu besuchen, verschob Frau M. wiederholt, da es ihr noch nicht richtig gut ginge. Dem von der Sozialarbeiterin gestellten Antrag beim Sozialhilfeträger auf Hilfe zur Pflege wurde stattgegeben, der Einsatz der Hauspflege wurde auf zwei Einsätze täglich erhöht und die Case Managerin beendete ihren Einsatz. Während des Einsatzes der Case Managerin hatte Frau M. weder bei der Sozialstation angerufen noch die Hauspflegerin beschuldigt, sich bereichert zu haben.

Monitoring

Die Hauspflegerin kam fast täglich zur Case Managerin, um über ihre Erfahrungen bei Frau M. zu berichten. Dabei wurde deutlich, dass die Verhaltensvorschläge der Case Managerin für die Hauspflegerin nicht nachvollziehbar waren. Die Hauspflegerin schien jedoch selbst einen praktikablen Weg im Umgang mit Frau M. gefunden zu haben. War Frau M. z. B. verzweifelt darüber, dass der vermeintliche Verlobte nicht wie verabredet erschien, antwortete die Hauspflegerin, er hätte sich wahrscheinlich im Datum geirrt und Frau M. ließ sich damit jeweils beruhigen. Ein Ereignis während der Monitoring-Phase war besonders anschaulich. Die Hauspflegerin traf Frau M. an, als diese gerade aufgeregt ihre Wohnung verlassen wollte, weil sie ihr Portemonnaie mit Scheckkarte und ihr Sparbuch verschwunden glaubte. Die Hauspflegerin bot Frau M. an, beim Suchen in der Wohnung zu helfen. Frau M. wollte jedoch sofort die Wohnung verlassen. Daraufhin machte die Hauspflegerin den Vorschlag, zur Bank zu gehen und alle Konten sperren zu lassen. Dieser Vorschlag schien Frau M. zu beruhigen und sie fand, vom Besuch bei der Sparkasse zurückgekehrt, das Vermisste in ihrer Wohnung. Die Case Managerin wies die Hauspflegerin erneut darauf hin, dass der Arzt benachrichtigt werden sollte, falls die Fehlwahrnehmungen bedrohlich auf Frau M. wirkten. Laut Hauspflegerin trank und aß Frau M. nun ausreichend.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Mit Ausnahme der Dimension „Stimmung“ trat in der zweiten Einschätzung mit einer Ausnahme in allen NOSGER-Bereichen eine Verschlechterung ein. Im Bereich „Gedächtnis“ zeigte sich eine Erhöhung von 11 auf 16 Punkte und Frau M. lag damit deutlich im Bereich einer schweren Gedächtnisstörung. Im IADL zeigte sich eine Verschlechterung von 14 auf 15 Punkte und im ADL-Bereich von 8 auf 9 Punkte. Damit konkretisierte sich im IADL-Bereich eine zunehmende Abhängigkeit und im ADL-Bereich ein Trend hin zur zunehmenden Pflegebedürftigkeit. Im Bereich „Soziales Verhalten“ verdeutlichte sich mit einer Erhöhung von 13 auf 17 Punkte ein zunehmender sozialer Rückzug. Eine erhebliche Verschlechterung zeigte sich bei der Einschätzung des störenden Verhaltens. Die Einschätzung verschlechterte sich von 6 Punkte auf 15 Punkte. Im Bereich „Stimmung“ trat mit der zweiten Einschätzung eine minimale Verbesserung um einen Punkt von 9 auf jetzt 8 Punkte ein. Damit befand sich Frau M. im Normbereich.

Telefoninterview mit Angehörigen

Beim Telefoninterview der wissenschaftlichen Begleitung berichtete die Enkelin, ständig ein schlechtes Gewissen sowohl ihrer Großmutter als auch ihrer Familie gegenüber zu haben und zusätzlich, zwischen ihrer Großmutter und ihrem Vater zu stehen. Der Vater sei bewusst in die Nähe seiner Mutter gezogen, um sie zu unterstützen und musste sich dann diese absurden Beschuldigungen anhören. Die Enkelin bedauerte, nicht schon früher eine Hilfe wie die Case Managerin gehabt zu haben. Damit hätte viel Leid verhindert und die Eskalation des Konfliktes zwischen Mutter und Sohn eventuell vermieden werden können. Inzwischen sei der Vater so verletzt und auch gesundheitlich durch die Situation belastet, dass er trotz aller Vermittlungsbemühungen nichts mehr mit seiner Mutter zu tun haben wollte. Der Umgang mit der Großmutter sei auch für sie selbst schwierig. Die Großmutter würde

viel mit ihr schimpfen und sich darüber beschwerten, dass sie nicht genug Zeit für sie hätte. Letztes Jahr an Heiligabend hätte die Enkelin ihren Mann überzeugt, die Großmutter einzuladen. Ihr Mann hätte dann, als er Frau M. abholen wollte, Frau M. im Bademantel und ohne Zähne vorgefunden. Frau M. hätte sich geweigert, ohne Zähne das Haus zu verlassen und beide mussten lange suchen, bis sie die Zähne gefunden hatten. Ihr Mann sei ärgerlich und der Heiligabend verdorben gewesen.

Die Enkelin betonte jedoch, von der Case Managerin profitiert zu haben. Sie könnte jetzt besser mit den Fehlwahrnehmungen der Großmutter umgehen. Zuerst hätte sie sich geärgert, weil die Case Managerin die Großmutter nicht korrigiert hätte. Dann hätte sie aber den Erfolg gesehen und erkannt, dass die ganze Familie von Anfang an zu sehr gegen die Großmutter geredet hätte. Die Enkelin berichtete, sich durch die vermehrten Einsätze der Hauspflegerin zeitlich entlastet zu fühlen. Außerdem würde die Großmutter über die Hauspflegerin schwärmen und sich nicht mehr über die Sozialstation beschwerten.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war in 5 Wochen 24-mal je eine Stunde bei Frau M.

Zusammenfassung

Frau M. wurde vermittelt, weil ihre Hauspflegerin eine Unterversorgung vermutete und Hilfe beim Umgang mit Frau M.s Fehlwahrnehmungen wünschte. Die Sozialstation sah im Einsatz der Case Managerin die letzte Möglichkeit, Frau M. ambulant zu versorgen, da Frau M. zu häufig das Band des Anrufbeantworters voll sprach und damit die Aufnahme anderer Anrufe unmöglich machte. Die Case Managerin leitete eine medikamentöse Behandlung der Fehlwahrnehmungen ein, und sorgte durch eine Erhöhung der Einsatzstunden der Hauspflegerin für die Sicherung von ausreichender Ernährung und vermehrten Kontakten. Außerdem wurden sowohl der Hauspflegerin als auch Frau M.s Enkelin günstige Gesprächsstrategien als Reaktion auf die Fehlwahrnehmungen aufgezeigt.

Seit dem Einsatz der Case Managerin hatte Frau M. nicht mehr bei der Sozialstation angerufen und ihre ambulante Versorgung wurde nicht mehr in Frage gestellt. Obwohl sich Frau M.s Fehlwahrnehmungen im Verlaufe des Projektes nicht verringert hatten, stellten sie kein Problem für die Hauspflegerin mehr dar. Die Hauspflegerin widersprach Frau M. nicht mehr, ging jedoch, anders als von der Case Managerin vorgeschlagen, bedingt auf die Fehlwahrnehmungen ein. Die Reaktion der Hauspflegerin schien praktikabel und zumindest kurzfristig wirksam. Eine weitere Erleichterung, und vermutlich eine Auswirkung des veränderten Umgangs mit Frau M., stellt auch die Tatsache dar, dass die Hauspflegerin nicht mehr beschuldigt wurde, etwas entwendet zu haben. Zusätzlich gab das Wissen, sich bei einer Verschlimmerung der Wahrnehmungen an einen mit der Situation vertrauten Arzt wenden zu können, der Hauspflegerin vermutlich ein Gefühl der Kontrolle und Sicherheit.

Für den Sohn schien der Einsatz der Case Managerin zu spät gekommen zu sein und eine Versöhnung zwischen ihm und seiner Mutter kam nicht zustande. Die Enkelin schien zwar von der Anleitung der Case Managerin und von der zeitlichen Entlastung durch die erweiterten Einsätze der Hauspflegerin profitiert zu haben, durch den

ungelösten Konflikt zwischen Vater und Großmutter und durch die Anforderungen, sowohl der eigenen Familie als auch der Großmutter, jedoch nach wie vor erheblichen emotionalen und zeitlichen Belastungen ausgeliefert zu sein.

Die meisten NOSGER-Dimensionen zeigten in der zweiten Einschätzung eine Verschlechterung. Basierend auf den in NOSGER festgestellten Verschlechterungen der Dimension „Gedächtnis“ war die Vermutung naheliegend, dass Frau M.s Fehlwahrnehmungen eine paranoide Verarbeitung ihrer zunehmenden Gedächtnisstörungen waren. Gegenläufig zu der Beschreibung der Hauspflegerin, nach der Frau M.s Verhalten nicht mehr als störend empfunden wurde, war die erhebliche Verschlechterung in der NOSGER-Dimension „Störendes Verhalten“. Hier zeigt sich ebenso wie bei Frau H. die Problematik der relativen Dimension „Störendes Verhalten“.

Kritisch ist anzumerken, dass Frau M.s Schwerhörigkeit und ihre Abhängigkeit von Stock und Rollstuhl nicht weiter abgeklärt wurden. Die resignierte Reaktion der Hauspflegerin auf ihren gescheiterten Versuch, das in einer Fortbildungsveranstaltung Gelernte umzusetzen, zeigte die Problematik, wenn versucht wird, Gelerntes ohne Anleitung vor Ort umzusetzen.

4.2.13. Frau O.

Assessment

Frau O. war 87 Jahre alt und von Beruf Haushälterin gewesen. Sie hatte zwei Töchter, zu denen sie nach eigenen Angaben regelmäßigen Kontakt hatte. Frau O.s Familienstand war unbekannt. Sie hatte einen Dekubitus am Bein und war ansonsten in gutem Allgemeinzustand. Beim ersten Besuch der Case Managerin beklagte sich Frau O. über allgemeines Unwohlsein und begründete ihren Zustand mit dem schlechten Wetter. Frau O. rauchte und meinte, als sie hörte, dass die Case Managerin auch Raucherin war, da könnten sie ja immer zusammen rauchen. Frau O. äußerte sich, stolz darauf zu sein, in einem „fast adligen“ Haushalt tätig gewesen zu sein und betonte ihre Selbstständigkeit. Sie wärmte sich das von der Hauspflegerin vorbereitete Essen auf und schaute ansonsten gerne fern, vorzugsweise Tennis. Beim zweiten Besuch wollte die Case Managerin Frau O. den Grund ihres Kommens erklären. Worauf Frau O. meinte, sie sei unabhängig und bräuchte ihren Besuch nicht. Die Case Managerin unternahm einen weiteren Versuch, worauf Frau O. ungehalten antwortete, sie solle entweder aufhören zu „sabbeln oder gehen“.

Grund der Aufnahme

Frau O. wurde zur Dekubitusversorgung täglich von einer Krankenpflegerin besucht und seit drei Monaten kam, finanziert über den Sozialhilfeträger, 5-mal wöchentlich eine Hauspflegerin, die Frau O. einkaufte und Essen zubereitete. Die Krankenpflegerin bat die Case Managerin um Kontaktaufnahme, da die Töchter sich nach Unterstützungsmöglichkeiten erkundigt hatten, weil Frau O. oft alleine war. Frau O. hatte keine Stamm-Hauspflegerin, da bisher jede Hauspflegerin wegen Frau Os verbaler Aggressivität nach kurzer Zeit um einen Wechsel gebeten hatte.

Zusammenfassung und Kommentar

Die Case Managerin brach den Kontakt zu Frau O., wegen deren deutlicher Ablehnung, bereits nach dem zweiten Besuch ab. Zu überlegen ist, ob die Case Managerin zu früh über die Hintergründe ihrer Arbeit gesprochen hat, zumal Frau O. ihre Unabhängigkeit betonte und keine unerfüllten Wünsche zu haben schien. Gemäß des Projektdesigns hätte die Case Managerin durchaus länger Zeit gehabt, zu versuchen, Frau O.s Interesse und Vertrauen zu gewinnen, ohne konkrete Ziele anzusprechen. Weiter wäre zu überlegen, ob die Töchter, die einen Hilfebedarf bei der Mutter sahen, über den Verlauf der bisherigen Versuche der Case Managerin hätten informiert werden und, besonders bezüglich des Umgangstones der Mutter den Hauspflegerinnen gegenüber, um Mithilfe gebeten werden sollen. Kritisch ist weiter anzumerken, dass den Hauspflegerinnen keine Unterstützung zum Umgang mit Frau O. angeboten wurde.

4.2.14. Frau P.

Assessment

Frau P. war 83 Jahre alt, gepflegt und hatte eine Tochter und einen Sohn. Sie war nach einem Schlaganfall vor 6 Monaten aus einem anderen Stadtteil in eine Seniorenwohnung in die Nähe ihres Sohnes gezogen. Der Hausarzt diagnostizierte Zustand nach Insult. Frau P. war mit Hilfe eines Stockes gehfähig und ihre Sehkraft war seit einer Augenoperation vor zwei Monaten leicht eingeschränkt. Frau P. klagte über Schwindelanfälle und Appetitlosigkeit. Frau P. hatte täglichen Kontakt zu ihrem Sohn und ihrer Schwiegertochter. Ihre Tochter sah Frau P. nur zweimal jährlich, da der Orden, dem die Tochter angehört, häufigere Besuche nicht gestattete. Frau P. betonte beim ersten Besuch der Case Managerin, dass sie selbständig sei und immer auf ihre Unabhängigkeit bedacht gewesen sei. Sie klagte über den Verlust ihrer alten Wohnung, in der sie über 30 gelebt hätte und über ihren Sohn, der „komisch“ und zurückhaltend geworden war und sie neuerdings dominierte. Frau P. gab an, sehr gläubig und stolz darauf zu sein, dass ihre Tochter Nonne geworden war. Früher hätte sie gerne Karten gespielt und bis vor der Augenoperation wäre ihre Lieblingsbeschäftigung Handarbeiten gewesen. Mit der Case Managerin wollte sie gerne einkaufen und spazieren gehen.

Grund der Aufnahme

Nach der Augenoperation erhielt Frau P. auf ärztliche Verordnung von der Sozialstation täglich Augentropfen und eine Woche häusliche Krankenpflege wegen akuten Drehschwindels. In dieser Zeit erkundigte sich der Sohn nach Möglichkeiten, der Mutter mehr Kontakte zu verschaffen, da sie seit dem Umzug in die Seniorenwohnung „zusammengeklappt“ sei. Der Krankenpflegerin der Sozialstation war zwar nichts Ungewöhnliches bei Frau P. aufgefallen, sie vermittelte jedoch die Case Managerin.

Planung der Case Managerin

Die Case Managerin plante Frau P.s Unabhängigkeitsstreben zu berücksichtigen, indem alle Pläne mit Frau P. abgesprochen und alle Entscheidungen über potenzielle Tätigkeiten von Frau P. selbst getroffen werden sollten. Mit Frau P.s Sohn wollte die Case Managerin nach Wegen suchen, wie auch er das Bedürfnis der Mutter nach

Unabhängigkeit unterstützen könnte. Anknüpfend an dem früheren Hobby, und zur Erweiterung der Kontakte, plante die Case Managerin, Frau P. zur Kartengruppe und zum Kaffeenachmittag des Seniorenwohnhauses zu begleiten. Außerdem wollte die Case Managerin eine ehrenamtliche Helferin der Kirchengemeinde zur Begleitung in die Kirche und für Spaziergänge vermitteln. Ferner plante die Case Managerin, mit Frau P. Photographien von früher anzuschauen und die alte Wohnumgebung zu besuchen. Außerdem wollte die Case Managerin den Hilfebedarf in den alltäglichen Verrichtungen abklären und, falls notwendig, die Finanzierung einer Hauspflegerin vermitteln.

Umsetzung der Planung und Anleitung

Frau P. stimmte der Planung der Case Managerin zu, machte selbst jedoch keine Vorschläge. Beim Kartenspielen in der Seniorengruppe stellte Frau P. eigene Regeln auf, vertrat diese dann mit Nachdruck und wurde daraufhin von der Gruppe abgelehnt. Frau P. wollte bei jedem Besuch der Case Managerin einkaufen gehen und wusste dann im Geschäft nicht mehr, was sie besorgen wollte. Die Case Managerin bemerkte außerdem, dass Frau P. außerhalb der Wohnung Orientierungsschwierigkeiten hatte, täglich dasselbe Gericht kochte und bei Gesprächen, ohne es zu bemerken, das Thema wechselte. Bei den Spaziergängen und Einkäufen machte die Case Managerin Frau P. auf markante Stellen aufmerksam (gelbes Haus, Parkplatz usw.), um ihre Orientierung in der neuen Wohngegend zu verbessern und übte mit Frau P., Einkaufszettel zu schreiben und abwechslungsreiche Gerichte zu kochen. Nach kurzer Übungsphase schrieb Frau P. Einkaufszettel alleine, kochte abwechslungsreicher und ging auf eigene Initiative hin alleine spazieren.

Das Planen von zukünftigen Treffen und Verabschiedungen gestalteten sich schwierig. Wollte die Case Managerin z. B. den nächsten Termin festlegen, lehnte Frau P. jedesmal alle weiteren Besuche ab, stimmte aber immer dem Vorschlag der Case Managerin zu, kurz vor dem vorgeschlagenen, aber abgelehnten Termin nochmals anzurufen, um Frau P. erneut die Gelegenheit zur Entscheidung zu geben. Bei den Anrufen der Case Managerin lehnte Frau P. zunächst wie gehabt weitere Besuche ab, um dann zum Gesprächsende doch zuzustimmen. Frau P. schien sich dann jeweils über die Besuche der Case Managerin zu freuen. Wenn die Case Managerin sich verabschieden wollte, fing Frau P. regelmäßig an, zu torkeln und über Schwindel zu klagen. Vom Hausarzt erfuhr die Case Managerin, dass Frau P.s Schwindelanfälle psychosomatischer Natur seien. Die Case Managerin fertigte daraufhin eine Liste mit Notfall-Telefonnummern an, und ermutigte Frau P., eine der Nummern anzurufen, falls der Schwindel schlimmer werden würde. Frau P. rief nach Wissen der Case Managerin nie bei einer der Nummern an.

Wegen Frau P.s Gedächtnisstörungen wollte die Case Managerin dauerhafte Hilfe sicherstellen und über die Sozialarbeiterin der Sozialstation einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und des Sozialhilfeträgers (BSHG 68/69) stellen. Der Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz wurde abgelehnt und dem Antrag auf Hilfe zur Pflege stimmte Frau P. wegen der damit verbundenen Prüfung der finanziellen Verhältnisse des Sohnes nicht zu. Infolge fehlender Finanzierung wurde bei Frau P. keine Hauspflegerin tätig.

Frau P. verstand sich gut mit der Dame vom Besuchsdienst, die zweimal wöchentlich jeweils zur gleichen Tageszeit mit Frau P. spazieren ging und sie sonntags zur Kirche abholte. Die Termine wurden langfristig festgelegt, um die bisherigen Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung zu verhindern. Die Case Managerin leitete die Dame vom Besuchsdienst an, mit dem Verweis auf die Telefonliste auf Frau P.s Verhalten beim Abschied zu reagieren und bei den Spaziergängen auf markante Stellen hinzuweisen. Die Dame vom Besuchsdienst bot an, im Rahmen der Spaziergänge auch kleinere Einkäufe mit Frau P. zu erledigen und der Sohn wollte weiterhin die schweren Einkäufe übernehmen. Frau P.s Sohn und dessen Frau fuhren nach Absprache mit der Case Managerin während deren Einsatzes in Urlaub und als der Sohn wieder vom Urlaub zurückkam, beendete die Case Managerin ihren Einsatz.

Monitoring

Im Anschluss an die Unterstützung durch die Case Managerin wurde keine Haushaltshilfe bei Frau P. tätig. Die Case Managerin hielt jedoch in den 3 Monaten der Monitoringphase telefonischen Kontakt zur ehrenamtlichen Helferin. Diese meinte, Frau P. sei in zunehmend besserer Stimmung, bat aber um Rat, da sie mit Frau P.s Verhalten beim Abschied, trotz der Anleitung durch die Case Managerin, nicht umgehen konnte. Die ehrenamtliche Helferin meinte, sie würde Frau P.s Wohnung regelmäßig erheblich später als geplant und mit schlechtem Gewissen verlassen. Die Case Managerin beriet wiederholt verschiedene Reaktionsmöglichkeiten und die Situation wurde besser, als die ehrenamtliche Helferin, auf Vorschlag der Case Managerin, Frau P. schon zu Beginn über die verfügbare Zeit informierte, und den Abschied früher begann.

Veränderungen in der NOSGER-Einschätzung

Die zweite Einschätzung nach NOSGER nahm die Case Managerin nach einem Besuch bei Frau P. gemeinsam mit der Dame des Besuchsdienstes vor. In der Dimension „Gedächtnis“ verbesserte sich Frau P. von 20 auf 11 Punkte und lag damit immer noch in einem Bereich, in dem von einer zunehmend schweren Störung ausgegangen werden musste. Im IADL-Bereich verbesserte sich die Einschätzung von 20 auf 13 Punkte und lag damit beim zweiten Messzeitpunkt unterhalb der Cut-Off-Linie für die Unfähigkeit, sich mit den instrumentellen Aktivitäten des Lebens zurechtzufinden. Im ADL-Bereich war Frau P. mit je 5 Punkten nach beiden Einschätzungen in optimaler Weise unabhängig. Die deutlichste Verbesserung zeigt sich im Bereich „Stimmung“ mit einer Verringerung von 19 auf 8 Punkte. Damit lag Frau P. außerhalb des Bereichs, in dem von einer schweren Verstimmung ausgegangen werden musste. In der Dimension „Sozialverhalten“ verbesserte sich die Einschätzung von 16 auf 12 Punkte. Damit lag Frau P. bei der zweiten Einschätzung unterhalb des Bereichs, in dem von einem deutlichen sozialen Rückzug ausgegangen werden musste. Im Bereich „Störendes Verhalten“ zeigte sich eine Verbesserung von 8 auf 6 Punkte.

Telefoninterview mit den Angehörigen

Der Sohn von Frau P. beschrieb die Case Managerin als einen „Engel“, der es ihm nach langer Zeit ermöglicht hätte, mit seiner Frau in Urlaub zu fahren. Er sehe klare Verbesserungen bei der Mutter, die jetzt öfter ihre Wohnung verlassen würde und

mehr Kontakte hätte. Seine Mutter sei früher eine fröhliche und humorvolle Person gewesen.

Sich selbst bezeichnete der Sohn als „psychisch fertig“. Ihm selbst hätte der Einsatz der Case Managerin nicht geholfen, da die Mutter nach wie vor fast täglich telefonisch zu einem sofortigen Besuch drängen würde, da es ihr sehr schlecht ginge. Er ginge dann immer zur Mutter, obwohl er sich täglich vornähme, beim nächsten Anruf dem Drängen nicht sofort nachzukommen. Er hätte jedoch Angst davor, dass genau dann „etwas Schlimmes passieren würde“, wenn er nicht auf die Bitten reagieren würde. Der Sohn klagte darüber, dass er nie einschätzen könnte, was „gespieltes Theater“ sei und was eine akute Situation. Außerdem sei er enttäuscht, dass der Antrag auf Pflegeversicherung abgelehnt wurde. Er meinte, die Prüferin sei am falschen Tag gekommen, als es der Mutter gerade gut ging.

Zeitlicher Aufwand der Case Managerin

Die Case Managerin war im Zeitraum von 5 Wochen 21-mal je eine Stunde bei Frau P.

Zusammenfassung und Kommentar

Frau P. wurde dem Projekt vermittelt, weil sich ihr Sohn bei der Krankenpflegerin der Sozialstation nach Möglichkeiten der Unterstützung erkundigt hatte, da seine Mutter seit dem Umzug in ein Seniorenheim hilfebedürftiger geworden sei. Frau P.s Situation war von einem dreifachen Verlust gekennzeichnet. Seit einem Schlaganfall war ihre Gehfähigkeit und seit einer Augenoperation ihre Sehkraft eingeschränkt. Außerdem hatte sie ihre langjährige Wohnung und Wohnumgebung verlassen.

Die Case Managerin ging mit Frau P. spazieren, einkaufen und besuchte eine Seniorengruppe. Bei allen Aktivitäten machten sich leichte Orientierungs- und Gedächtnisstörungen bemerkbar. So versuchte Frau P. vermutlich, als sie eigene Regeln beim Kartenspielen aufstellte, Gedächtnisstörungen zu kompensieren. Nach kurzer Übungsphase mit der Case Managerin begann Frau P. jedoch, alleine spazieren zu gehen und kaufte problemlos ein. Frau P.s Religiosität erleichterte vermutlich die Akzeptanz einer ehrenamtlichen Helferin der Kirchengemeinde für Spaziergänge, Einkäufe und Gottesdienstbesuche.

Eine Hauspflegerin wurde wegen mangelnder Finanzierungsmöglichkeit nicht tätig und war, da Frau P. in den alltäglichen Verrichtungen selbstständig war und regelmäßige Kontakte hatte, vermutlich zu diesem Zeitpunkt auch nicht notwendig. Ausschlaggebend für den Erfolg der Betreuung war möglicherweise die Geduld der Case Managerin im Umgang mit Frau P.s habitueller Ablehnung von jeweils weiteren Besuchen. Die Case Managerin nahm die Ablehnung jeweils ernst, gab Frau P. jedoch wiederholte Gelegenheiten, weiteren Besuchen doch zuzustimmen. Als Reaktion auf Frau P.s bei Abschieden einsetzende somatische Beschwerden listete die Case Managerin Notruftelefonnummern auf, die Frau P. bei anhaltenden Beschwerden anrufen sollte. Die ehrenamtliche Helferin wurde in der Monitoringphase von der Case Managerin regelmäßig telefonisch kontaktiert und bekam von der Case Managerin weitere Anleitung zum Umgang mit Frau P.s anhaltenden somatischen Reaktionen auf Abschiede.

Es ist davon auszugehen, dass die Motivation der ehrenamtlichen Helferin durch die Unterstützung der Case Managerin erhalten wurde, da sie lernte, ihre Zeit nicht über Gebühr zu strapazieren und sich ohne Schuldgefühle von Frau P. zu verabschieden. Der Sohn von Frau P. sah zwar die objektiven Zustandsverbesserungen der Mutter und konnte durch den Einsatz der Case Managerin seit langem wieder mit seiner Frau in den Urlaub fahren, sein Umgang mit dem ihn subjektiv belastenden Verhalten der Mutter hat sich jedoch durch den Einsatz der Case Managerin nicht verändert.

Die Darstellungen der Dokumentation werden durch die NOSGER-Einschätzung größtenteils bestätigt. Die Bereiche „IADL“, „Stimmung“ und „Sozialverhalten“ hatten sich klinisch relevant verbessert und lagen bei der zweiten Messung innerhalb des Normbereichs. Hinweise auf eine Gedächtnisstörung blieben jedoch bestehen. Insgesamt scheint der Einsatz der Case Managerin Frau P. aus einer, durch zahlreiche Verluste ausgelöste Krise geholfen zu haben. Ihre Anrufe beim Sohn und ihr Verhalten bei den Abschieden der ehrenamtlichen Helferin zeigen jedoch, dass ihre psychische Situation nicht als stabil bezeichnet werden kann und werfen die Frage auf, ob die Vermittlung von fachärztlicher Hilfe angebracht gewesen wäre.

Wie auch Frau F. und E. hätte Frau P. vermutlich von psychotherapeutischer Unterstützung profitiert. Kritisch ist anzumerken, dass der Sohn keine Verhaltensstrategien zum Umgang mit seiner Mutter vermittelt bekam. Zusätzlich hätte ihm der Besuch einer Angehörigengruppe nahegelegt werden sollen. Eine weitere nicht verfolgte Möglichkeit wäre auch ein Haus-Notruf- Telefon für Frau P. gewesen. Bemerkenswert ist, dass Frau P.s kritischer Zustand von der Krankenpflegerin nicht wahrgenommen wurde.

4.3. Vermittlungsgründe und Arbeitsinhalte der Case Managerin

4.3.1. Gründe für die Vermittlung der Klientinnen

Die Vermittlungsgründe können in Interaktionsprobleme zwischen Hauspflegerin und Klientin und Unterversorgung der Klientin kategorisiert werden (vgl. Tabelle 11). Pro Klientinnen waren mehrere Vermittlungsgründe möglich. Elf Klientinnen wurden durch die, bereits bei den Klientinnen tätigen, Kranken- oder Hauspflegerinnen der Sozialstation vermittelt. Zusätzlich wurden zwei Klientinnen von ihrem Hausarzt vermittelt und eine Klientin von der Sozialarbeiterin der Sozialstation.

Tabelle 11.

Vermittlungsgründe

Probleme bei der Interaktion zwischen Klientin und Hauspflegerin:

- psychotisches oder depressives Verhalten,
- Ablehnung von notwendiger Hilfe,
- anhaltende Kritik an der Arbeit der Hauspflegerin,
- über den Arbeitsauftrag hinausgehende Bitten.

Unterversorgung der Klientin:

- Mangelernährung und medikamentöse Unterversorgung,
 - emotionaler Unterstützungsbedarf.
-

Probleme bei der Interaktion zwischen Klientin und Hauspflegerin

Die Vermittlungsgründe, die durch Probleme bei der Interaktion zwischen Klientin und Haus- oder Krankenpflegerinnen ausgelöst wurden, bezogen sich auf

psychotisches und depressives Verhalten, Ablehnung notwendiger Hilfe, Kritik an der Hauspflegerin und über den Arbeitsauftrag hinausgehende Bitten der Klientinnen.

a) Unsicherheit im Umgang mit psychotischem und depressivem Verhalten

Vier Klientinnen wurden vermittelt, weil die Haus- oder Krankenpflegerinnen nicht wussten, wie sie auf psychotisches Verhalten der Klientinnen reagieren sollten. Psychotisches Verhalten umfasste dabei Verbarrikadierung der Wohnung (Frau C.), Überzeugung der Klientin, dass sich unerwünschte Menschen Zugang zur Wohnung verschafften (Frau C. und Frau M.), Überzeugung der Klientin, dass die Hauspflegerin Geld entwendete (Frau M.), Gefühl, in der eigenen Wohnung bedroht zu sein (Frau E.) und Hören von Stimmen (Frau H.). Drei dieser Klientinnen litten laut ärztlicher Diagnose an einer akuten Psychose (Frau C., E., und H.) und eine Klientin hatte die Diagnose Demenz (Frau M.). Lediglich eine Klientin war in fachärztlicher Behandlung (Frau H.). Vier Klientinnen wurden vermittelt, weil depressives Verhalten der Klientinnen bei den Haus- oder Krankenpflegerinnen das Gefühl von Hilflosigkeit auslöste. Bei zwei Klientinnen wussten die Haus- oder Krankenpflegerinnen nicht, wie sie die Klientinnen zur Beteiligung bei der Hausarbeit anregen könnten (Frau D. und H.) und bei einer Klientin war die Hauspflegerin unsicher, wie sie auf das anhaltende Klagen der Klientin über deren schwere Vergangenheit reagieren sollte (Frau F.). Lediglich eine der Klientinnen hatte die ärztlich gestellte Diagnose Depression (Frau F.). Mit einer an Demenz erkrankten Klientin war keine Kommunikation möglich und die Hauspflegerin wollte deshalb die Pflege beenden (Fr. L.).

b) Ablehnung von notwendiger Hilfe

Vier Klientinnen wurden vermittelt, weil die sie notwendige Grundpflege ablehnten (Frau A., D., F. und L.). Eine dieser Klientinnen hatte zusätzlich die Angewohnheit nachts im Sessel zu schlafen, was ihr Ödem in den Beinen verschlimmerte (Frau A.). Eine weitere Klientin ließ außerdem die Entsorgung von verdorbenen Lebensmittel nicht zu (Frau D.).

c) Anhaltende Kritik an der Arbeit der Hauspflegerin

Bei zwei Klientinnen waren die Hauspflegerinnen ratlos, wie sie auf anhaltende direkte oder indirekte Kritik der Klientinnen reagieren sollten (Frau F. und H.). Eine dieser Klientinnen kritisierte die Hauspflegerin bei allen Tätigkeiten (Frau H.) und eine weitere Klientin beschwerte sich regelmäßig bei ihren Töchtern über die mangelnde Unterstützung der Hauspflegerin, obwohl die Klientin selbst die kontinuierlichen Hilfsangebote der Hauspflegerinnen habituell ablehnte (Frau F.).

d) Über den Arbeitsauftrag hinausgehende Bitten der Klientin

Zwei Klientinnen versuchten, die Hauspflegerinnen regelmäßig zu über deren Arbeitsauftrag hinausgehende Tätigkeiten zu bewegen. Eine Klientin bat darum, ihr Alkohol zu besorgen (Frau D.) und eine weitere Klientin wollte, dass die Hauspflegerin ihren alkoholkranken Sohn mit versorge (Frau F.).

Unterversorgung

Unter dem Thema Unterversorgung sind Vermittlungsgründe zusammengefasst, bei denen die Klientin selbst oder andere Kontaktpersonen einen Hilfebedarf hinsichtlich Ernährung, Medikamenteneinnahme oder emotionaler Unterstützung identifizierten.

a) Mangelernährung und medikamentöse Unterversorgung

Bei drei Klientinnen waren die Hauspflegerinnen über eine Mangelernährung besorgt. Zwei Klientinnen aßen vermutlich nicht ausreichend, weil die jeweilige betreuende Person inadäquates oder zu wenig Essen und Trinken bereitstellte (Frau B. und L). Bei einer der Klientinnen äußerte die Hauspflegerin zusätzlich die Vermutung, dass die Pflegeperson die Medikamente der Klientin überdosierte (Frau B.). Bei einer weiteren Klientin wurde vermutet, dass sie zu essen vergaß (Frau K.). Bei einer Klientin hatte die Hauspflegerin Angst vor einem eventuellen epileptischen Anfall der Klientin, da die Klientin vergaß, die notwendigen Medikamente verordnungsgemäß einzunehmen (Frau K).

b) Emotionaler Unterstützungsbedarf

Bei zwei Klientinnen schien zusätzliche Hilfe zur Unterstützung bei der Bewältigung von zurückliegenden traumatischen Situationen notwendig. Bei einer dieser Klientinnen bat der Sohn die lediglich Augentropfen verabreichende Krankenpflegerin um die Vermittlung von zusätzlichen Kontakten für die Mutter, da diese sich seit dem Umzug in ein Seniorenwohnheim zurückgezogen hätte (P). Eine Klientin wurde von ihrem Hausarzt zur Bewältigung eines seit längerem zurückliegenden Unfalls vermittelt (Frau G.). Bei einer weiteren Klientin erkundigten sich die Töchter bei der zur Dekubitusversorgung kommenden Krankenpflegerin über Unterstützungsmöglichkeiten, um der Einsamkeit der Mutter zu begegnen (O). Die Sozialarbeiterin der Sozialstation vermittelte eine Klientin, die während ihrer wiederholten, eigeninitiativen Besuche bei der Sozialarbeiterin einen Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung ihres Alltags signalisierte (Frau I.).

Zusammenfassung und Zuordnung zu SPOT

Die Gründe, den Klientinnen das Case Management zu vermitteln, waren Interaktionsschwierigkeiten zwischen Klientinnen und Hauspflegerin sowie eine Unterversorgung in den Bereichen Ernährung, Medikamenteneinnahme und emotionale Sicherheit. Die Hauspflegerinnen fühlten sich unsicher, wie sie mit psychotischem oder depressivem Verhalten, Hilfeablehnung, Kritik und unangemessenen Forderungen der Klientinnen umgehen sollten. Unterversorgung als Vermittlungsgrund war bedingt durch eine bewusste Vorenthaltung notwendiger Nahrung durch Bezugspersonen der Klientinnen.

Da bei diesem Projekt hauptsächlich typische Klientinnen der Sozialstation unterstützt werden sollten und die Öffentlichkeitsarbeit des Projekts lediglich der Information von Fachkreisen diene, war die nahezu ausschließliche Vermittlung durch Mitarbeiterinnen der projekttragenden Sozialstation zu erwarten. Insgesamt verdeutlichen die Vermittlungsgründe die Defizite in der ambulanten ärztlichen und pflegerischen gerontopsychiatrischen Versorgung, selbst bei Klientinnen, die bereits im Versorgungssystem bekannt sind. Die Hauspflegerinnen waren mit dem Verhalten der Klientinnen und einiger Bezugspersonen deutlich überfordert. Lediglich eine der drei Klientinnen mit psychotischem Verhalten war in fachärztlicher Behandlung, und nur bei einer der Klientinnen, bei denen die Haus- und Krankenpflegerinnen depressives Verhalten beschrieben, lag die ärztliche Diagnose Depression vor.

Die Vermittlungsgründe weisen auf einen Anleitungs- und Informationsbedarf der Haus- und Krankenpflegerinnen zum Umgang mit den Klientinnen in deren eigenen Wohnung hin und verdeutlichen die Bedingtheit von sozialer und räumlich-dinglicher Umgebungsanpassung im Rahmen des Case Managements. Case Management wurde vermittelt wegen Unsicherheit im Umgang mit Klientinnen mit wohnungsbezogenen Fehlwahrnehmungen, mit pflegebehindernden Wohngewohnheiten, mit der subjektiven Überzeugung, ihre Wohnung nicht verlassen zu können, mit umzugsbedingten Anpassungsproblemen an die neue Wohnumgebung und mit Klientinnen, die das Pflegeangebot in der eigenen Wohnung ablehnten oder überbeanspruchten.

Werden die Vermittlungsgründe hinsichtlich ihrer möglichen Zuordnung zu den drei SPOT-Kriterienpaaren untersucht, wird die Verwobenheit der Notwendigkeit zur räumlich-dinglichen und sozialen Umwelтанpassung weiter bestätigt. Dem Kriterienpaar Sicherheit und Vertrautheit kann der Unterstützungsbedarf der Hauspflegerinnen hinsichtlich der von den Klientinnen subjektiv wahrgenommenen Gefahrenquellen in der Wohnung und Wohnumgebung zugeordnet werden und dem Kriterienpaar Stimulation und Aktivierung der Unterstützungsbedarf der Hauspflegerinnen hinsichtlich der Frage, wie Klientinnen zur Mitarbeit oder Kommunikation in der eigenen Wohnung motiviert werden können. Die Bedeutung des Kriterienpaars Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung ist offensichtlich, da alle Vermittlungen direkt oder indirekt im Zusammenhang mit der Sicherung der kontinuierlichen häuslichen Betreuung und damit auch der Aufrechterhaltung der angestammten Wohnung in Verbindung stehen.

4.3.2. Inhalte der ersten Kontakte zwischen Case Managerin und Klientinnen

Bei dem Thema der Inhalte der ersten Kontakte zwischen Case Managerin und Klientinnen ließen sich die Unterpunkte „Linderung einer Notlage“, „Biographie und Gewohnheiten“ und „Erfüllung eines Wunsches der Klientin“ identifizieren (Tabelle 12.). Dabei wurden lediglich die Klientinnen eingeschlossen, mit denen die Case Managerin eine Arbeitsbeziehung aufbaute. Die Inhalte der ersten Kontakte von Klientinnen, die den Kontakt zur Case Managerin selbst vorzeitig beendeten, werden unter dem Kapitel Abbrüche berücksichtigt (vgl. Pkt. 4.3.8.).

Tabelle 12.

Inhalte der ersten Kontakte zwischen Case Managerin und Klientinnen:

Linderung einer Notlage,

Biographie und Gewohnheiten,

Erfüllung eines Wunsches der Klientin.

Linderung einer Notlage

Bei einigen Klientinnen reagierte die Case Managerin auf Notlagen der Klientinnen. Dabei ging es um die Abwendung und Linderung von existenzieller, körperlicher und seelischer Not (vgl. Pkt 4.3.1.). Bei zwei Klientinnen stellten die verantwortlichen Angehörigen keine adäquate Nahrung zur Verfügung. Auf Initiative der Case Managerin brachte die Hauspflegerin bis zur dauerhaften Regelung der Situation auf Kosten der Sozialstation Essen zur Klientin und blieb bei den Klientinnen in der Wohnung bis diese ausreichend gegessen und getrunken hatten (Frau B. und L).

Bei zwei Klientinnen ging die Case Managerin auf chronische Schmerzen ein und versuchte, Linderung zu verschaffen (Frau D. und H.). Eine dieser Klientinnen litt an Neuropathie und klagte bei jedem Besuch über Schmerzen in den Händen. Als erste Handlung bei jedem Besuch massierte die Case Managerin daraufhin die Hände dieser Klientin (Frau D.). Eine weitere Klientin klagte über verschiedentlich lokalisierte Schmerzen. Die Case Managerin vermittelte einen Orthopäden und sorgte dafür, dass die Hauspflegerin täglich mit der Klientin kurz über ihre Schmerzen sprach (H.). Der Vogel einer weiteren Klientin erkrankte, und die Case Managerin kümmerte sich um eine tierärztliche Behandlung und half bei der Pflege des Tieres (Frau F.). Mit einer Klientin, die um ihren verstorbenen Ehepartner trauerte und an den Folgen eines Unfalls litt, führte die Case Managerin Gespräche über die erlittenen Verluste (G).

Orientierung an Biographie und Gewohnheiten

Bei einigen Klientinnen richteten sich die verbalen und non-verbalen Handlungen der Case Managerin zu Beginn des Kontaktes darauf, die Biographie und/oder aktuelle Gewohnheiten kennen zu lernen. Bei zwei Klientinnen regte die Case Managerin biographieorientierte Gespräche an, da diese gerne über Orte, die sie im Verlauf ihres Lebens besucht hatten, sprachen (Frau A. und Frau B.). Beide Klientinnen erwähnten dabei auch Kriegserlebnisse. Bei einer Klientin, die erzählte, früher gerne Brettspiele gespielt zu haben, griff die Case Managerin dieses Hobby wieder auf und spielte mit der Klientin (Frau H.). Bei zwei an Nachrichten interessierten Klientinnen regte die Case Managerin Gespräche über das aktuelle Tagesgeschehen an (Frau M. und B.). Eine Klientin, die laut Hauspflegerin nicht sprach, wurde von der Case Managerin anhand einer in der Wohnung aufgestellten, vermutlich die Mutter der Klientin darstellenden, Photographie zu einem Gespräch motiviert (Frau L.). Dieselbe Klientin wollte der Case Managerin zu Beginn der Besuche etwas zu essen anbieten und reagierte irritiert, wenn sie keine passenden Snacks finden konnte. Die Case Managerin brachte daraufhin bei ihren Besuchen Kekse mit, die sie zu Beginn der Besuche gemeinsam mit der Klientin verzehrte (Frau L.).

Erfüllung eines Wunsches

Mit drei Klientinnen ging die Case Managerin auf deren Wunsch hin bei den ersten Besuchen gemeinsam spazieren und einkaufen (Frau H., P. und C.). Für zwei Klientinnen organisierte die Case Managerin wunschgemäß Besuche bei einem Arzt und begleitete die Klientinnen. Eine der beiden Klientinnen wollte einen von ihr vermuteten Tumor im Kopf abklären lassen und die zweite Klientin etwas gegen ihre Schwerhörigkeit tun (Frau K.). Eine weitere Klientin wollte alle Formalitäten für ihre Beerdigung erledigen, fühlte sich damit aber überfordert. Die Case Managerin begleitete die Klientin zu einem Beerdigungsinstitut und half ihr, das Vorhaben erfolgreich durchzuführen (I).

Zusammenfassung und Zuordnung zu SPOT

Während der ersten Kontakte zwischen Case Managerin und Klientinnen standen Linderung von existenzieller, körperlicher und seelischer Not, an Biographie und Gewohnheiten orientierte Gespräche und Aktivitäten oder die Erfüllung von

Wünschen im Vordergrund. Bei Klientinnen, die keinen Zugang zu adäquatem Essen hatten, sorgte die Case Managerin umgehend für eine Verbesserung der Situation.

Bei den Inhalten der Erstkontakte der Case Managerin wird die Verbundenheit der sozialen und räumlich-dinglichen Umwelthanpassung weiter deutlich. So nutzte die Case Managerin einen Gegenstand in der dinglich-räumlichen Wohnumgebung, um ein Gespräch zu initiieren, ermöglichte an die Wohnung gebundene Willkommensgesten und unterstützte Kontakte und Besuche in der Wohnumgebung. Die Aktivitäten der Case Managerin zur Behebung einer Unterversorgung zielten zwar vorwiegend auf die Anpassung der sozialen Umwelt, dienten jedoch der langfristigen Erhaltung der gewohnten Wohnumwelt.

Während alle Aktivitäten der Case Managerin bei den Erstkontakten dem Aufbau einer vertrauensschaffenden Beziehung dienten, können einige dieser Aktivitäten den SPOT-Kriterienpaaren zugeordnet werden. Dem SPOT-Kriterienpaar Sicherheit und Vertrautheit kann die Führung eines Gespräches mit einer ansonsten nicht gesprächsbereiten Klientin unter Bezugnahme auf eine in der Wohnung stehende Photographie zugeordnet werden. Die Verwobenheit der sozialen und dinglich-räumlichen Umwelthanpassung im Rahmen von Stimulation und Aktivierung zeigt sich in der Begleitung von Klientinnen zur Ermöglichung von Spaziergängen und Arztbesuchen und in der Notwendigkeit der Präsenz einer Bezugsperson in der Wohnung, um Klientinnen zur Nahrungsaufnahme zu motivieren. Das Kriterienpaar Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung wird repräsentiert durch Aktivitäten der Case Managerin, die es der Klientin ermöglichten, Gastfreundschaftsgesten (Kekse anbieten) in der eigenen Wohnung fortzuführen und damit das Selbstbild der Klientin als gute Gastgeberin aufrechtzuerhalten.

4.3.3. Berücksichtigung der Individualität der Klientinnen im Projektverlauf

Die Analyse der Arbeitsschritte der Case Managerin zeigte die Berücksichtigung der individuellen Erinnerungen, Gewohnheiten, Interessen und Selbstbeschreibungen der Klientinnen (Tabelle 13).

Tabelle 13.

Individualität der Klientinnen

Gewohnheiten:

- Aufenthalt an Stammpplatz,
- Zeitung durchblättern.

Interessen:

- Fernsehen,
- Spiele und Gruppen,
- musische Interessen,
- Einkäufe und Spaziergänge,
- Haustiere.

Selbstbeschreibung:

- Antriebs- und Hoffnungslosigkeit,
- Tüchtigkeit und Stolz,
- Angst und Scham,
- Trauer und Religiosität.

Erinnerungen

Gewohnheiten

Die von der Case Managerin oder den Hauspflegerinnen beobachteten, sich täglich wiederholenden Handlungen der Klientinnen waren Zeitung lesen und Aufenthalt an einem Stammpplatz.

a) Sitzen an einem Stammpplatz

Eine Klientin saß meist in einem Sessel in einem dunklen ruhigen Zimmer. Die Case Managerin wollte der Klientin eine stimulierendere Umgebung verschaffen, ohne die Gewohnheit an sich zu verändern und stellte den vertrauten Sessel mit Einwilligung der Klientin und deren Angehörigen in ein helles Zimmer an ein Fenster mit Blick zu einer belebten Straße (Frau A).

b) Zeitung durchblättern

Zwei Klientinnen lasen täglich die Tageszeitung. Da beide Klientinnen kognitiv eingeschränkt waren, ist anzunehmen, dass mit dem Blättern durch die Zeitung mehr eine langjährige Angewohnheit fortgeführt wurde, als dass Nachrichten tatsächlich gelesen wurden (Frau A. und B.). Während die Case Managerin bei einer der Klientinnen nicht auf die Angewohnheit einging (Frau A.), las sie mit der anderen Klientin die Zeitung und diskutierte die Nachrichten (Frau B.).

Interessen

Aktuelle und frühere Vorlieben der Klientinnen umfassten Fernsehen, Spiele, Gruppenteilnahme, Einkäufe, Spaziergänge, musische Interessen und Haustiere.

a) Fernsehen

Vier Klientinnen sahen oft fern. Die Case Managerin diskutierte lediglich mit einer Klientin Nachrichten und Filme (Frau M.) und griff bei den verbleibenden drei Klientinnen das Interesse am Fernsehen nicht auf (Frau C., E. und O.).

b) Spiele und Gruppenteilnahme

Fünf Klientinnen interessierten sich für Spiele und Gruppenaktivitäten. Eine dieser Klientinnen berichtete, sich früher gerne mit Brettspielen beschäftigt zu haben. Die Case Managerin griff dieses Interesse wieder auf und spielte mit der Klientin (Frau H.). Eine Klientin löste gerne Kreuzworträtsel, wollte jedoch trotz des Angebots der Case Managerin, dies gemeinsam zu tun, die Rätsel alleine lösen (Frau M.). Zwei Klientinnen waren vor ihrer Krankheit aktive Kartenspielerinnen. Die Case Managerin motivierte beide Klientinnen, dieses Hobby wieder aufzunehmen und begleitete beide beim ersten Besuch einer Kartengruppe (Frau K. und P.). Während eine der Klientinnen wieder an ihr ehemaliges Hobby anknüpfen konnte (Frau K.), wurde die andere Klientin von der Kartengruppe abgelehnt, da sie die Spielregeln nicht einhielt. Eine Klientin berichtete, regelmäßig zu einer Seniorengruppe zu gehen. Bei dieser Klientin wurde das Projekt vorzeitig beendet und die Teilnahme an der Seniorengruppe in der kurzen Betreuungsphase nicht thematisiert (Frau E.).

c) Musische Interessen

Nach eigenen Angaben interessierten sich zwei Klientinnen früher für Musik (Frau B. und I.), zwei für Handarbeiten (Frau F. und P.) und eine Klientin für Bücher (Frau I.). Auf keine dieser früheren Interessen wurde im Rahmen des Projektes eingegangen.

d) Einkäufe - Spaziergänge

Zwei Klientinnen gingen gerne einkaufen oder spazieren und wurden von der Case Managerin dabei begleitet (Frau C. und H.).

e) Haustier

Eine Klientin schien sehr an ihrem Vogel zu hängen und die Case Managerin unterstützte die Klientin bei der Pflege, als der Vogel erkrankte (Frau F.).

Selbstbeschreibungen

Die Identität bestimmenden Selbstbeschreibungen der Klientinnen umfassten Religiosität, die subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Folgen der subjektiven Auseinandersetzung mit der Umwelt wie Angst, Scham, Stolz und Trauer.

a) Subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten

Einige Klientinnen betonten ihre Unabhängigkeit und Gesundheit. Diese Ausdrücke eines Bestrebens nach Unabhängigkeit wurden berücksichtigt, indem den Klientinnen bei allen Unterstützungsangeboten ihr eigener entscheidender Einfluss aufgezeigt wurde (Frau B., D. und P.). Eine der Klientinnen sollte die Hauspflegerinnen bei Einkäufen begleiten und die Waren selbst aussuchen (Frau B.) und die beiden anderen Klientinnen sollten jeweils über alle potenzielle Tätigkeiten der Case Managerin oder der Hauspflegerinnen entscheiden (Frau D. und P., vgl. Pkt 4.4.).

b) Antriebs- und Hoffnungslosigkeit

Vier Klientinnen beschrieben sich als antriebs- oder hoffnungslos. Eine dieser Klientinnen hatte seit langem ihre Wohnung nicht mehr verlassen und beschrieb ihre Antriebs- und Appetitlosigkeit. Die Case Managerin übte mit dieser Klientin schrittweise das Verlassen der Wohnung und besuchte die Klientin während der Essenszeiten, sodass Mahlzeiten gemeinsam entweder in der Wohnung oder in einem Restaurant eingenommen werden konnten (Frau G). Eine weitere Klientinnen klagte, wegen Schmerzen in den Händen nichts tun zu können und die Case Managerin massierte die Hände der Klientin und motivierte die Klientin nach der „Behandlung“, sich an der Hausarbeit zu beteiligen (Frau D.). Eine Klientinnen berichtete, dass alle ihre Freunde verstorben seien und sah keinen Sinn mehr in ihrem Leben. Die Case Managerin versuchte, mit dieser Klientin, allerdings erfolglos, über positive Themen zu sprechen (Frau E.).

c) Tüchtigkeit und Stolz

Zwei Klientinnen erwähnten, früher schwer gearbeitet zu haben (Frau F. und L.). Eine dieser Klientinnen berichtete gleichzeitig, viele Probleme zu haben, bei denen ihr niemand helfen könne und die Versuche der Case Managerin, in Gesprächen die frühere Tüchtigkeit zu betonen, wurden von der Klientin abgewehrt (Frau F.). Bei der anderen Klientin war die einzige Aussage über sich selbst, dass sie früher schwer gearbeitet hätte. Dieselbe Klientin räumte täglich, einem Ritual gleich, ihre Wohnung auf und verlegte dabei viele Gegenstände. Das Selbstverständnis der Klientin als schwer Arbeitende wurde aufgegriffen, indem sie kontinuierlich zur Mithilfe bei der Hausarbeit angeregt und für ihre Tüchtigkeit gelobt wurde (Frau L.). Fünf Klientinnen beschrieben Gegebenheiten, die sie mit Stolz erfüllten (Frau E., G., H., O. und P.).

Eine Klientin war stolz auf ihre gute Herkunft und darauf, was sie im Leben erreicht hatte und führte mit der Case Managerin Gespräche über ihren früheren Beruf und ihren verstorbenen Mann (Frau E.). Eine Klientin berichtete, stolz auf die gute Ehe, die sie mit ihrem verstorbenen Mann geführt hatte, zu sein. Die Case Managerin ging auf das stolz vermittelnde Thema, die Ehe, auch unter dem Aspekt der Trauer, ein, und sprach während der ersten Besuche vorwiegend über den verstorbenen Mann der Klientin (Frau G.). Eine Klientin war stolz auf ihre Söhne (Frau H.), eine Klientin war stolz darauf, in einem guten Hause tätig gewesen zu sein (Frau O.) und eine weitere war stolz darauf, dass ihre Tochter Nonne wurde (Frau P.). Bei den letzten drei Klientinnen wurde laut Dokumentation nicht auf die stolz vermittelnden Themen eingegangen.

d) Angst und Scham

Bei einer Klientin, die Angst hatte, Fehler bei der Medikamenteneinnahme und bei den ärztlich verordneten Gedächtnisübungen zu machen, ermunterte die Case Managerin die Klientin dazu, diese angstausslösenden Situationen zu vermeiden. Sie vermittelte eine ärztliche Verordnung zur Medikamentenkontrolle und überzeugte die Klientin davon, anstatt des Gedächtnistrainings zu lesen. Zusätzlich half die Case Managerin der Klientin bei dem selbst initiierten, jedoch angstbesetzten Vorhaben, ihre eigene Beerdigung zu organisieren und unterstützte sie dabei, einen ebenfalls angstausslösenden Urlaub mit einer Freundin zu verschieben (Frau I.). Eine weitere Klientin hatte Angst, etwas falsch zu machen, in ein Heim zu müssen, den Söhnen zur Last zu fallen und grübelte bei Spaziergängen darüber nach, ob sie Licht und elektrische Geräte ausgeschaltet hätte. Zur Entlastung der Klientin und zur Steigerung der Unabhängigkeit von den Söhnen vermittelte die Case Managerin eine Hauspflegerin und sorgte für die Finanzierung dieser Hilfe. Zusätzlich etablierte die Case Managerin eine Routine beim Verlassen der Wohnung der Klientin, indem sie die Klientin daran, erinnerte Licht- und Elektroschalter bewusst zu kontrollieren (Frau K.). Eine weitere, meist im Bademantel gekleidete Klientin, benutzte ihren Balkon nicht, da sie sich wegen ihres Aussehens vor den Nachbarn schämte. Die Case Managerin bot dieser Klientin erfolglos Hilfe bei der Körperpflege und beim Anziehen an (Frau F.).

e) Trauer und Religiosität

Eine Klientin, die kürzlich in eine Seniorenwohnung umgezogen war, trauerte ihrer ehemaligen Wohnung nach und fand sich in der neuen Wohnumgebung noch nicht zurecht. Die Case Managerin plante zwar, die alte Wohngegend zu besuchen und Photographien der ehemaligen Wohnumwelt mit der Klientin zu betrachten, der Plan wurde jedoch nicht umgesetzt (Frau P.). Dieselbe Klientin beschrieb sich als gläubig und die Case Managerin vermittelte ihr eine ehrenamtliche Helferin der Pfarrgemeinde für Spaziergänge und Gottesdienstbesuche.

Erinnerungen

Unter Erinnerungen wurden die Vergangenheit beschreibende Aussagen der Klientinnen subsumiert. Zwei Klientinnen erwähnten Erlebnisse im Krieg und eine dieser beiden Klientinnen erzählte zusätzlich von ihrem unerfüllten Berufswunsch. Während die Case Managerin bei Frau A. erfolglos bezüglich der Kriegserinnerungen nachhakte, unternahm sie bei der anderen Klientin keinen Versuch, auf ihre Erinnerungen einzugehen (Frau A. und B.).

Zusammenfassung, Kommentar und Zuordnung zu SPOT

Die Individualität der Klientinnen zeigte sich in Gewohnheiten, Interessen, Selbstbeschreibungen und Erinnerungen. Während die meisten Gewohnheiten und Selbstbeschreibungen ebenso wie Interesse an Einkäufen, Spaziergängen und Versorgung von einem Haustier, Spielen und Gruppen von der Case Managerin im Betreuungsverlauf aufgegriffen wurden, blieben musische Interessen der Klientinnen unberücksichtigt. Eine Begründung für diese Vernachlässigung der musischen Neigungen könnte sein, dass z. B., im Gegensatz zum Interesse an der Teilnahme von Gruppen, auf keine entsprechenden externen Angebote zurückgegriffen werden konnte oder dass die Unterstützung der musischen Interessen hinsichtlich erwünschter Effekte, wie soziale Interaktion und physische Aktivität, von der Case Managerin als nicht relevant wahrgenommen wurden. Auf das Stolz vermittelnde Thema wurde dann eingegangen, wenn sich der Stolz auf die Klientin direkt bezog. Gefühle des Stolzes auf die Kinder oder die Herkunft der Klientinnen wurden laut Dokumentation nicht weiter beachtet.

Mit dem Arbeitsschritt „Berücksichtigung der Individualität der Klientinnen“ wird bereits eine soziale Umwelthanpassung in der dinglich-räumlichen Umwelt der Klientinnen beschrieben. Die Verwobenheit dieser sozialen und dinglich-räumlichen Umwelthanpassung wird besonders bei der Umstellung eines ständig von der Klientin benutzten Sessels in eine stimulierende Umgebung deutlich. Diese Aktivität der Case Managerin, bei der eine vermutlich Sicherheit vermittelnde Wohngewohnheit erhalten, jedoch in eine stimulierende Umgebung verlegt wurde, repräsentiert alle drei SPOT-Kriterienpaare. Der soziale und dinglich-räumliche Umweltbezug des SPOT-Kriterienpaars Sicherheit und Vertrautheit zeigt sich in der von der Case Managerin etablierten sicherheitsvermittelnden Routine vor dem Verlassen der Wohnung. Das Kriterienpaar Aktivierung und Stimulation wird bei der Unterstützung der Case Managerin zur Wiederaufnahme von Interessen (Gruppen- und Gottesdienstbesuche, Spaziergänge und Einkäufe) und zum Erkunden der neuen Wohnumgebung deutlich. Dem Kriterienpaar Kontinuität und Erhaltung der Bedeutung lassen sich die Aktivitäten der Case Managerin zuordnen, bei denen Selbstbeschreibungen von Klientinnen, wie tüchtig und unabhängig sein, durch die Ermöglichung und Unterstützung von maximalen Entscheidungs- und Mithilfemöglichkeiten in der Wohnung bestätigt wurden. Dabei ist bemerkenswert, wie die Selbstdefinition über die frühere Tüchtigkeit und die Widerspiegelung dieser Selbstdefinition in einem alltäglichen habituellen Verkramen von Gegenständen, erfolgreich in eine konstruktive Richtung gelenkt wurden, indem die Klientin zur Mitarbeit bei der Hausarbeit angeregt und ihre Mithilfe gelobt wurde.

4.3.4. Kontakte zu Angehörigen und Ehrenamtlichen

Der Einbezug von Ressourcen wie Angehörige und Ehrenamtliche ist zentraler Punkt in der Methode Case Management und im Folgenden wird dargestellt, aus welchen Gründen und mit welchem Ergebnis die Case Managerin Angehörige/Freunde und Ehrenamtliche kontaktierte (Tabelle 14). Unter Angehörigen werden Verwandte und Nichtverwandte, deren Hilfeleistung dazu führt, dass der kranke Mensch in der Privatwohnung bleiben kann, verstanden (Jansen 1999).

Tabelle 14.

Kontakte zu Angehörigen und Ehrenamtlichen**Angehörige:**

- Abstimmung der Betreuungsplanung,
- finanzielle Sicherung und Einsatzveränderungen der Hauspflege,
- Information und Beratung der Angehörigen,
- keine Kontaktaufnahme zu den Angehörigen.

Ehrenamtliche***Kontakte zu Angehörigen***

Die Case Managerin nahm zur Abstimmung der Betreuungsplanung, der finanziellen Sicherung der Hauspflege, Abstimmung von Einsatzveränderungen und zur Information, Beratung und Entlastung der Angehörigen, Kontakt mit den Angehörigen der Klientinnen auf.

a) Abstimmung der Betreuungsplanung

Die Case Managerin bat den Enkel einer Klientin um Zustimmung, die Wohnungsumgebung stimulierender zu gestalten und der Enkel war einverstanden (Frau A). Mit dem Sohn einer weiteren Klientin stimmte die Case Managerin ab, welche Einkäufe er in Ergänzung mit einer ehrenamtlichen Hilfe übernehmen konnte. Zusätzlich bat der Sohn darum, die Projektphase für einen seit langem aufgeschobenen Familienurlaub nutzen zu können (Frau P.).

b) Information und Beratung

Der die gesetzliche Betreuung innehabende Schwager einer Klientin wurde gebeten, leicht zu kauende und verdauliche Nahrung bereitzustellen oder alternativ den Hauspflegerinnen ein Budget zum Einkauf geeigneter Lebensmittel zur Verfügung zu stellen. Der Schwager kam der wiederholten Bitte erst nicht nach, sodass das Gesundheitsamt eingeschaltet wurde (Frau L.). Ein Sohn und eine Enkelin, die abwegigen Beschuldigungen durch eine Klientin ausgesetzt waren, wurden über krankheitsbedingte Ursachen der Beschuldigungen und günstige Reaktionsmöglichkeiten informiert. Den Angehörigen wurde vermittelt, die ungerechtfertigten Beschuldigungen nicht zurückzuweisen und bei Zunahme der Beschuldigungen den Arzt zu informieren. Während die Enkelin die Erklärungen akzeptieren und die Anleitung erfolgreich umsetzen konnte, war es dem Sohn nicht möglich, die Erklärungen nachzuvollziehen und er lehnte weitere Kontakte mit seiner Mutter ab (Frau M.).

c) Finanzielle Sicherung und Einsatzveränderungen der Hauspflege

Die Söhne einer Klientin wurden zur Information über Finanzierungsmöglichkeiten der Hauspflege kontaktiert. Daraufhin übernahmen die Söhne bis zum rückwirkenden Bescheid der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger die Kosten der Hauspflege (Frau K). Bei zwei Klientinnen kontaktierte die Case Managerin die Angehörigen, um den Bedarf nach einer Erhöhung der Einsatzstunden der Hauspflegerinnen und deren Finanzierung zu diskutieren. Bei beiden Klientinnen stimmten die Angehörigen einer Finanzierung der Einsatzerhöhung zu (Frau A. und D.). Bei zwei weiteren Klientinnen wurden die Angehörigen gebeten, den Hauspflegerinnen Geld zur Verfügung zu stellen, damit diese mit der Klientin Lebensmittel einkaufen konnten (Frau L. und B.). Während die betreuende Nachbarin

einer Klientin der Bitte nachkam (Frau B.), stimmte der betreuende Schwager, wie bereits oben beschrieben, einer Erhöhung der Einsatzstunden erst nach Intervention des Gesundheitsamtes zu (Frau L.).

d) Keine Kontaktaufnahme zu den Angehörigen

Zwei Klientinnen lehnten die Bitte der Case Managerin, mit den jeweiligen Angehörigen Kontakt aufnehmen zu können ab, ohne dass Gründe für diese Ablehnung dokumentiert wurden (Frau G. und H.). Bei einer Klientin waren keine Angehörigen bekannt (Frau C.) und bei vier Klientinnen nahm die Case Managerin keinen Kontakt auf, ohne dass die Gründe für die mangelnde Kontaktaufnahme dokumentiert wurden (Frau O., E., F. und I.)

Ehrenamtliche

Bei vier Klientinnen versuchte die Case Managerin, den Klientinnen ehrenamtliche Helferinnen einer Kirchengemeinde zu vermitteln. Eine dieser Klientinnen wurde daraufhin zweimal wöchentlich von einer ehrenamtlichen Helferin besucht, die mit der Klientin spazieren ging und sie sonntags zur Kirche begleitete (Frau P.). Eine Klientin lehnte die von der Case Managerin vermittelte Ehrenamtliche nach deren ersten Besuch mit der Begründung ab, dass die Ehrenamtliche zu viel geredet hätte (Frau G.). Zwei Klientinnen lehnten bereits einen Erstkontakt zu einer ehrenamtlichen Helferin ab (Frau C. und H.).

Zusammenfassung und Kommentar

Die Case Managerin nahm zu den Angehörigen von 7 der 14 Projektklientinnen Kontakt auf. Zwei Klientinnen lehnten eine Kontaktaufnahme der Case Managerin mit den jeweiligen Angehörigen ab und eine Klientin hatte keine Angehörigen. Bei 4 Klientinnen wurden die Angehörigen (3 Töchter und eine Freundin) nicht kontaktiert, ohne dass Gründe für diese Auslassung dokumentiert wurden (vgl. Pkt 4.3.8.).

Bei drei Klientinnen unternahm die Case Managerin den Versuch, den Klientinnen eine ehrenamtliche Helferin zu vermitteln. Inhalte der Kontakte mit den Angehörigen waren Entlastung der Angehörigen und Beratungen hinsichtlich angemessener Ernährung, zusätzlichen Unterstützungsnotwendigkeiten und deren Finanzierung, Reaktionsmöglichkeiten auf wahnhafte Beschuldigungen und Abstimmung von Wohnungsanpassungsmaßnahmen. Insgesamt fällt auf, dass bei den Kontakten mit den Angehörigen vorwiegend die Situation der Klientinnen im Mittelpunkt stand. Lediglich bei dem Sohn, der durch den Einsatz der Case Managerin in Urlaub fahren konnte, und bei der Anleitung zu günstigen Reaktionsmöglichkeiten auf unangemessene Beschuldigungen, wurde auch auf Angehörigenbedürfnisse eingegangen. Dieses Ergebnis bestätigt die Feststellung von Jansen (1999), nach der für viele Professionelle Angehörige nicht als Individuen, sondern als Zubehör zu den Klientinnen wahrgenommen werden (Jansen, 1999).

Lediglich einer der drei Versuche, eine ehrenamtlichen Helferin zu vermitteln, war, vermutlich bedingt durch die gemeinsame religiöse Orientierung, erfolgreich. Die geringe Anzahl von Vermittlungsversuchen von ehrenamtlichen Helferinnen ist besonders auf dem Hintergrund des Projektdesigns, nach dem ehrenamtliche Hilferinnen vor professioneller Hilfe eingesetzt werden sollten, überraschend.

Im Rahmen der Angehörigenkontakte zeigt sich die Verwobenheit von sozialer und dinglich-räumlicher Umweltanpassung in zwei bereits beschriebenen Situationen. Zum einen bei der Einholung der Zustimmung des Enkels zur Umstellung eines als Stammplatz dienenden Sessels und zum anderen in der Vermittlung einer Ehrenamtlichen zur Begleitung zu Gottesdiensten und Spaziergängen. Vorwiegend dienten die Kontakte zu Angehörigen und Ehrenamtlichen jedoch der Anpassung der sozialen Umgebung (Angehörige) an die Bedürfnisse der jeweiligen Klientin ohne direkte Verbindung zu einer dinglich-räumlichen Umweltanpassung.

4.3.5. Vermittlung und Koordination von professionellen Dienstleistungen

Neben dem Erschließen von nicht professionellen Ressourcen ist die Koordination und Vermittlung von professionellen Diensten ein wesentlicher Arbeitsinhalt des Case Managements. Im Rahmen des Projektes wurden Pflege, medizinische Leistungen, Gruppenbesuche und Beratungen vermittelt und koordiniert (Tabelle 15).

Tabelle 15.

Vermittlung und Koordination

Haus-, Kranken- und Schönheitspflege:

- Veränderung der Einsätze,
- Wechsel und Neuvermittlung.

Gruppenbesuche

Sozialarbeit:

- Konflikte mit Angehörigen,
- Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten.

Medizinische Behandlung:

- Kontakte zu Allgemein- und Fachärzten,
 - Krankenhaus.
-

Haus-, Kranken- und Schönheitspflege

Die Case Managerin vermittelte Hauspflegerinnen erstmals an Klientinnen und passte bereits bestehende Einsätze den aktuellen Bedürfnissen der Klientinnen an.

a) Veränderung der Einsätze

Bei zwei Klientinnen veranlasste die Case Managerin eine Erhöhung der Einsätze, um neben der Unterstützung beim Haushalt und der Körperpflege, Spaziergänge zu ermöglichen (Frau A.) und um Zeit zu haben, zur Mitarbeit im Haushalt anzuregen (Frau D.). Bei drei Klientinnen wurden die Einsätze erhöht, um eine regelmäßige Ernährung sicherzustellen und gemeinsame Einkäufe mit der Klientin zu ermöglichen. Bei einer dieser Klientinnen wurde der Einsatz der Hauspflegerin von bislang 10 Minuten auf eine Stunde täglich erhöht (Frau K.). Bei der zweiten Klientin blieb der Mittags- und Abendeinsatz mit je einer halben Stunde unverändert, der morgendliche Einsatz wurde von einer auf zwei Stunden erhöht (Frau L.). Bei der dritten Klientin wurden die Einsätze von täglich einer halben auf eine Stunde erhöht (Frau M.). Bei einer weiteren Klientin wurden die Einsätze der Hauspflegerin zwar zeitlich nicht erhöht, jedoch auf die Essenszeiten der Klientin abgestimmt, um sicherzustellen, dass die Klientin zum Essen angeregt wurde (Frau B.).

b) Wechsel und Neuvermittlung

Für zwei in der Alltagsbewältigung selbstständige, jedoch emotional fragil erscheinende Klientinnen wollte die Case Managerin zur Sicherstellung von regelmäßigen sozialen Kontakten eine Hauspflegerin vermitteln. Beide Klientinnen lehnten dies mit der Begründung, unabhängig bleiben zu wollen, ab (Frau I. und G.). Eine dieser Klientinnen akzeptierte jedoch eine ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege zur Medikamenten- und Blutdruckkontrolle und regelmäßige Kontakte konnten so sichergestellt werden (Frau I.). Für zwei Klientinnen wurden von der Case Managerin Pediküre- und Friseurbesuche eingeleitet (Frau B. und D.)

Gruppenbesuche

Die Case Managerin versuchte bei 8 Klientinnen, Kontakt zu einer Seniorengruppe herzustellen. Zwei Klientinnen, die bislang noch nie eine Seniorengruppe besucht hatten, konnten an einer Gruppe für Klientinnen mit Demenz vermittelt werden (Frau B. und D.). Eine Klientin, die ihre Seniorengruppenbesuche unterbrochen hatte, wurde von der Case Managerin bei der Wiederaufnahme der Besuch begleitet und besuchte daraufhin die Gruppe wieder regelmäßig alleine (Frau K.). Eine weitere Klientin besuchte ebenfalls in Begleitung der Case Managerin ihre ehemalige Kartengruppe, wurde jedoch von dieser abgelehnt, da sie, vermutlich bedingt durch kognitive Defizite, auf Spielregeln bestand, die nicht mit den üblichen Regeln übereinstimmten (Frau P.). Bei 4 Klientinnen scheiterten die Versuche der Case Managerin, eine Seniorengruppe zu besuchen. Eine dieser Klientinnen konnte nicht dazu motiviert werden, die Seniorengruppe, die sie bis vor einem Krankenhausaufenthalt regelmäßig besuchte, wieder aufzusuchen (Frau M.) und drei Klientinnen hatten noch nie an einer Gruppe teilgenommen und lehnten einen Probebesuch bei einer Seniorengruppe oder einem Mittagstisch ab (Frau C., H. und G.).

Sozialarbeit

Die Case Managerin vermittelte die Sozialarbeiterin der Sozialstation bei Konflikten mit Angehörigen, bei Fragen zur Finanzierung der ambulanten Pflege und zur Unterstützung der Klientinnen bei bürokratischen Angelegenheiten.

a) Konflikte mit Angehörigen/Bekanntem

Bei zwei Klientinnen konsultierte die Case Managerin die Sozialarbeiterin der Sozialstation wegen Konflikten mit Angehörigen. Bei einer dieser Klientinnen sollte abgeklärt werden, inwieweit die pflegende Nachbarin die finanziellen Angelegenheiten im Sinne der Klientin erfüllen konnte oder ob ein Antrag auf die Einrichtung einer finanziellen Betreuung eingeleitet werden sollte. Nach dem Besuch der Sozialarbeiterin bei der Klientin benachrichtigte die pflegende Nachbarin den im Ausland lebenden Sohn der Klientin, und dieser leitete den Umzug der Klientin in ein Seniorenheim ein (Frau B.). Bei der zweiten Klientin kontaktierte die Sozialarbeiterin den Schwager, der gleichzeitig der Betreuer war, um, wie bereits beschrieben, die Bereitstellung von adäquater Nahrung zu sichern. Da die Gespräche mit dem Schwager keine gewünschten Resultate zeigten, wurde das Gesundheitsamt informiert und der Schwager stellte daraufhin angemessene Nahrung bereit (Frau L.).

b) Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten

Bei zwei Klientinnen stellte die Sozialarbeiterin auf Anregung der Case Managerin einen Antrag beim Sozialhilfeträger auf Hilfe zur Pflege zur Finanzierung der Hauspflegerin. Bei beiden Klientinnen wurde dem Antrag stattgegeben (Frau K. und M.). Bei einer weiteren Klientin wurde der von der Sozialarbeiterin gestellte Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz abgelehnt und die Klientin lehnte einen Antrag beim Sozialhilfeträger wegen der damit verbundenen Prüfung der finanziellen Verhältnisse des Sohnes ab (Frau P.). Bei einer Klientin wurde die Sozialarbeiterin zur Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten vermittelt (Frau F.).

Medizinische Behandlung

Die Case Managerin organisierte Konsultationen mit Allgemein- und Fachärzten und begleitete die Klientinnen bei den Besuchen.

a) Kontakte zu Allgemein- und Fachärzten

Bei einer Klientin wurde wegen extrem trockener Haut der Hausarzt aufgesucht, der daraufhin die Dosis eines verordneten Diuretikums änderte (Frau B.). Bei einer Klientin schienen die Ratschläge ihres Hausarztes, Gedächtnistraining zur Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten zu machen, Ängste ausgelöst zu haben. Die Case Managerin schlug einen Arztwechsel vor und der neu vermittelte Hausarzt verordnete ein Beruhigungsmittel sowie Blutdruck- und Medikamentenkontrolle (Frau I.). Bei einer weiteren Klientin wurde der behandelnde Allgemeinarzt über Fehlwahrnehmungen und Kopfschmerzen informiert und der Arzt verordnete daraufhin ein Psychopharmakon (Frau M.). Bei einer an Schwindel leidenden Klientin führte die von der Case Managerin eingeleitete Konsultation des Hausarztes zu keiner Intervention seitens des Hausarztes (Frau P.). Auf Wunsch einer Klientin organisierte die Case Managerin den Wechsel des Psychiaters und organisierte zur Behandlung von Hüftschmerzen den Besuch eines Orthopäden (Frau H.). Bei einer Klientin wurde der Zahnarzt aufgesucht, der bestätigte, dass die Klientin auf leicht zu kauende Speisen angewiesen war (Frau L.), und eine weitere Klientin erhielt nach dem, von der Case Managerin organisierten Besuch eines Ohrenarztes ein Hörgerät (Frau K.).

b) Krankenhaus

Bei einer Klientin verstärkte sich während eines Krankenhausaufenthaltes eine bereits vorhandene kognitive Störung. Nachdem die Case Managerin um eine schnelle Entlassung gebeten und das Krankenhaus über die umfassende ambulante Versorgung informiert hatte, wurde die Klientin entlassen (Frau B.).

Zusammenfassung und Zuordnung zu SPOT

Bei 10 Klientinnen wurden erfolgreich professionelle Dienstleistungen erschlossen, vermittelt und koordiniert. Bei zwei Klientinnen waren sämtliche Versuche, Hilfe zu vermitteln, erfolglos und bei zwei Klientinnen wurde das Projekt abgebrochen bevor Vermittlungsversuche unternommen worden waren. Die vermittelnden und koordinierenden Maßnahmen umfassten Vermittlung und Veränderung der Einsätze von Haus-, Kranken und Schönheitspflege, Anregung der Wiederaufnahme oder Vermittlung von Besuchen einer Seniorengruppe, Vermittlung einer Sozialarbeiterin und medizinische Behandlung. Hauspflegeeinsätze wurden erhöht, um Zeit zu haben, Klientinnen zu aktivieren. Krankenpflege wurde zur Medikamentenkontrolle, aber

auch zur Sicherstellung von Kontakten und Beobachtung eingesetzt, ohne das Selbstbild, unabhängig zu sein, zu gefährden. Besuche von Seniorengruppen wurden vermittelt, um frühere Gewohnheiten wiederzubeleben oder neue Kontakte zu sichern.

Die Sozialarbeiterin wurde bei Konflikten mit Angehörigen hinsichtlich einer angemessenen Versorgung, bei Finanzierungsfragen und zur Unterstützung bei persönlichen bürokratischen Angelegenheiten vermittelt. Die Vermittlung einer Seniorengruppe war lediglich bei drei von acht Versuchen erfolgreich. Die meisten Klientinnen, die den Besuch einer Seniorengruppe ablehnten, hatten noch nie zuvor eine Gruppe besucht. Im Rahmen dieses Projektes wurden fehlende komplementäre Angebote für gerontopsychiatrische Klientinnen und die mangelnde fachärztliche Versorgung von Patienten mit gerontopsychiatrischen Problemlagen deutlich. Lediglich einer der konsultierten Ärzte war ein Facharzt für Psychiatrie, zwei Allgemeinärzte verordneten die Einnahme von Psychopharmaka und lediglich ein auf die Problematik von gerontopsychiatrischen Klientinnen zugeschnittenes Programm (von der Case Managerin selbst angebotene Seniorengruppe für Demente) war verfügbar. Die Vermittlungs- und Koordinationsbemühungen der Case Managerin waren gekennzeichnet durch ein eingeschränktes Angebot und zusätzlich nahmen die Klientinnen die wenigen vorhandenen Angebote nicht in jedem Fall an.

Die Vermittlung und Koordination von professionellen Diensten zielte teilweise auf eine Umweltsanpassung. Alle Einsatzveränderungen dienten der Erhöhung der Sicherheit in der eigenen Wohnung und repräsentieren das Kriterienpaar Sicherheit und Vertrautheit. Zum Kriterienpaar Stimulation und Aktivierung gehört dabei die Erhöhung der Einsatzzeiten von Hauspflegerinnen, um Klientinnen den Zugang zur Wohnumgebung durch Begleitung bei Spaziergängen, Einkäufen, Seniorengruppen, Arztbesuchen, Pediküre und Friseurbesuche zu ermöglichen und zur Mitarbeit in der Wohnung anzuregen. Das Kriterienpaar Kontinuität und Erhaltung der Bedeutung wird durch die Anpassung der Betreuungszeiten, um Essgewohnheiten beibehalten zu können, repräsentiert.

4.3.6. Anleitung der Hauspflegerinnen

Bei der Analyse der Verlaufsbeschreibungen zeigte sich, dass die Case Managerin Hauspflegerinnen aufzeigte, wie eine Maßnahme durchgeführt oder die bisherige Durchführung verbessert werden könnte. Diese Anleitungen beschäftigten sich mit Aspekten der Kommunikation zwischen Hauspflegerinnen und Klientinnen, Dokumentation der Tätigkeiten sowie der Sicherstellung von Ernährung und ärztlicher Versorgung (Tabelle 16).

Tabelle 16.

Inhalte der Anleitung

Kommunikation:

- Akzeptanz und Positive Verstärkung,
- Biographieorientierung,
- Kontrolle und Erklärungen.

Sicherstellung von Ernährung und ärztlicher Versorgung

Dokumentation

Kommunikation

Die Case Managerin leitete die Hauspflegerinnen an, die Empfindungen und Wahrnehmungen der Klientinnen zu akzeptieren, erwünschtes Verhalten zu unterstützen, Tätigkeiten erklärend zu begleiten und den Klientinnen alltägliche Einflussmöglichkeiten aufzuzeigen.

a) Akzeptanz und Positive Verstärkung

Die Case Managerin leitete Hauspflegerinnen an, Gefühle und Fehlwahrnehmungen der Klientinnen zu akzeptieren, diese Akzeptanz auszudrücken und Widerspruch oder Richtigstellung zu vermeiden. Bei einer Klientin, die zu vielfältigen Klagen neigte, wurde die Hauspflegerin angeleitet, die Klientin zu fragen, was gerade am schlimmsten sei und gemeinsam mit der Klientin eine konkrete Lösung zu suchen (Frau D.). Bei zwei Klientinnen mit anhaltenden, aber thematisch sich verändernden Klagen wurde den Hauspflegerinnen vermittelt, nicht zu versuchen, die grundlegende Stimmungslage der Klientin zu ändern, sondern die Klagen der Klientin jeweils zu paraphrasieren (Frau F. und H.). Bei zwei Klientinnen mit Fehlwahrnehmungen wurden die Haushaltshelferinnen angeleitet, nicht zu widersprechen, jedoch zu vermitteln, dass die Wahrnehmungen zwar geglaubt, allerdings von der Hauspflegerin selbst nicht wahrgenommen werden würden (Frau H. und M.). Bei einer Klientin, die bei Abschieden regelmäßig über Schwindel klagte, wurde die ehrenamtliche Helferin angeregt, die Klientin auf die speziell dafür zusammengestellte Liste mit Notfall-Telefonnummer für den Falle einer Verschlimmerung des Schwindels hinzuweisen (Frau P.). Bei drei Klientinnen wurde den Hauspflegerinnen aufgezeigt, dass sie erwünschtes Verhalten positiv kommentieren und unerwünschtes Verhalten ignorieren sollten. Bei einer Klientin, die nachts oft in Tageskleidung im Sessel schlief, sollte dieses Verhalten ignoriert, Schlafen in Nachtkleidung oder im Bett jedoch positiv hervorgehoben werden (Frau A.). Bei zwei Klientinnen mit subjektiv nicht wahrgenommenen kognitiven Defiziten wurde die jeweilige Hauspflegerin angeleitet, unpassendes Verhalten nicht zu kommentieren, angemessenes Verhalten jedoch zu loben (Frau B. und L.).

b) Biographieorientierung

Bei zwei Klientinnen mit reduzierter Kommunikationsmöglichkeit sollten die Hauspflegerinnen biographieorientierte Gespräche anregen. Bei einer Klientin boten sich Gespräche über den früheren Beruf und bei einer anderen Gespräche anhand von Photographien an (Frau A. und L.).

c) Kontrolle und Erklärungen

Die Hauspflegerinnen von sieben Klientinnen wurden angeleitet, die jeweils anstehenden Tätigkeiten anzukündigen, die Klientinnen entscheiden zu lassen, welche Tätigkeiten durchgeführt werden sollen, die Tätigkeit nur nach Zustimmung der Klientinnen durchzuführen, Ablehnungen zu akzeptieren, die Klientinnen um Rat bezüglich der Durchführung zu fragen und die Klientinnen an der Ausführung zu beteiligen (Frau A., B., D., F., H., K. und L.). Um dies zu ermöglichen, wurde die Hauspflegerin einer Klientin angeleitet, die relevanten Aktivitäten auf den Vormittag zu legen, da die kognitiven Fähigkeiten der Klientin vormittags besser waren als nachmittags und sie dementsprechend vormittags eher zur Mitarbeit in der Lage war (Frau L.). Bei drei Klientinnen mit kognitiven Einschränkungen wurde den Hauspflegerinnen aufgezeigt, wie sie alle Tätigkeiten mit Erklärungen begleiten

sollten (Frau A., B. und L.). Zusätzlich leitete die Case Managerin die Hauspflegerinnen an, Klientinnen, die über den Arbeitsauftrag hinausgehende Gefälligkeiten erwarteten, die Grenzen der Arbeit wiederholt zu erklären. Einer Klientin musste verdeutlicht werden, dass die Hauspflegerin keinen Alkohol einkaufen durfte (Frau D.). Bei einer Klientin, die unangemessene Wünsche durchzusetzen versuchte, indem sie darauf verwies, dass andere Hauspflegerinnen ihren Wünschen nachkommen würden, wurden die Hauspflegerinnen angeleitet, der Klientin zu versichern, dass der Umfang des Arbeitsauftrages in der nächsten Dienstbesprechung geklärt werden würde (Frau F.).

Sicherstellung von Ernährung und ärztlicher Versorgung

Drei Hauspflegerinnen wurden von der Case Managerin dazu angeleitet, ihren Klientinnen das Essen nicht nur bereitzustellen, sondern die Klientinnen auch dazu zu motivieren, im Beisein der Hauspflegerinnen ausreichend zu essen und trinken (Frau B., L. und M.). Bei zwei Klientinnen mit Fehlwahrnehmungen wurden die Hauspflegerinnen darüber informiert, dass sie bei Zunahme der Symptome den Arzt informieren sollten (Frau H. und M.). Eine weitere Klientin reagierte bei von der Norm abweichenden Blutdruckwerten mit Angstzuständen. Die Krankenpflegerin wurde deshalb angeleitet, bei den Hausbesuchen zur Messung des Blutdrucks die jeweiligen Werte mit der Klientin zu diskutieren und bei kritischen Werten im Beisein der Klientin den Arzt zu benachrichtigen (Frau I.).

Dokumentation

Bei drei Klientinnen wurden die Hauspflegerinnen angeleitet, durchgeführte Tätigkeiten oder Begründungen, warum geplante Tätigkeiten aufgeschoben werden mussten (z. B. zugunsten von Gesprächen oder Spaziergängen, oder weil die Klientin der Durchführung der Tätigkeit nicht zugestimmt hatte), zu dokumentieren (Frau A., F. und L.). Zur Dokumentation des Umfangs der jeweiligen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wurden die Hauspflegerinnen bei drei weiteren Klientinnen angeleitet (Frau B., L. und M., siehe oben)

Zusammenfassung und Zuordnung zu SPOT

Die meisten Anleitungen zielten darauf ab, Kommunikation zu ermöglichen und Hilfeakzeptanz zu sichern. Dazu sollte die Kommunikation der Hauspflegerinnen mit den Klientinnen auf die individuelle Situation der Klientinnen abgestimmt, Gefühle und Wahrnehmungen, einschließlich Fehlwahrnehmungen, akzeptiert, erwünschtes Verhalten unterstützt, Aktivitäten erklärt und Gespräche an der Biographie orientiert werden. Ferner wurden die Hauspflegerinnen angeleitet, die Klientinnen bei allen Tätigkeiten zu beteiligen, alltägliche Einflussmöglichkeiten zu schaffen und Ablehnung von Hilfeangeboten zuzulassen. Weitere Anleitungsinhalte waren die Sicherstellung von ärztlicher Versorgung, Sicherung von ausreichender Nahrungsaufnahme durch Präsenz während der Essenszeiten und Dokumentation der Tätigkeiten oder Begründung unterlassener Tätigkeiten.

Die Anleitung der Hauspflegerinnen in der Wohnumwelt der Klientinnen verkörpert die Verwobenheit der sozialen und dinglich-räumlichen Umwelthanpassung deutlich. Die soziale Umwelthanpassung (Anleitung der Hauspflegerinnen) findet in derselben dinglich-räumlichen Umwelt statt, in der die Arbeit der Hauspflegerinnen auch

durchgeführt wird, und zielt darauf ab, den Klientinnen die größtmögliche Entscheidungsgewalt, Unabhängigkeit, Anregung, Sicherheit und Lebenskontinuität in der eigenen Wohnung (räumlich-dingliche Umwelt) zu gewährleisten. Um ihren Arbeitsauftrag durchführen zu können, müssen Hauspflegerinnen mit den Klientinnen kommunizieren. In der eigenen Wohnung der Klientinnen dürfte dabei die Art der Kommunikation ausschlaggebend dafür sein, ob ein Unterstützungsangebot angenommen wird oder ob die Angst, mit der Hilfeakzeptanz den letzten, aber gefährdeten Herrschaftsbereich (Wohnung) aufzugeben, zu Hilfeablehnung führt. Das Kriterienpaar Sicherheit und Vertrautheit wird dabei durch die Anleitung zur grundsätzlichen Akzeptanz von Gefühlen, Wahrnehmungen, Wünschen und Verhalten der Klientinnen repräsentiert. Die Kriterienpaare Stimulation und Aktivierung sowie Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung zeigen sich in den Anleitungsinhalten, die das Herrschaftsgefühl der Klientinnen in der eigenen Wohnung erhalten sollen, indem ihnen Entscheidungen überlassen, sie um Rat hinsichtlich der Durchführung von Tätigkeiten gebeten und zur Mitarbeit angeregt werden.

4.3.7. Monitoring und Reassessment

Ein in der Struktur des Case Managements vorgegebener Arbeitsinhalt der Case Managerin war Monitoring und Reassessment für den Zeitraum von 3 Monaten nach Beendigung des regelmäßigen Kontaktes mit den Klientinnen. Dabei überprüfte die Case Managerin durch Gespräche mit weiterbetreuenden Personen und in einem Fall mit der Klientin selbst die Entwicklungen bei den Klientinnen und die Verträglichkeit der organisierten Hilfe. In der Monitoringphase zeigte sich die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Beobachtung, der Kontaktaufnahmen mit Krankenhaus und Sozialarbeiterin und der Anleitung von Hauspflegerinnen. Bei den meisten Klientinnen war in der Monitoringphase eine Verbesserung oder Stabilität der Klientinnen beobachtbar und die Case Managerin musste nicht tätig werden (Tabelle 17.).

Tabelle 17.

Monitoring und Reassessment:

**Verbesserung und Stabilität der Situation bei den Klientinnen,
Notwendigkeit der Beobachtung,
Kontaktaufnahme mit Krankenhaus und Sozialarbeiterin,
Anleitung von Betreuungspersonen.**

Verbesserung und Stabilität der Situation bei den Klientinnen

Die Hauspflegerinnen von vier Klientinnen berichteten, dass sich die Klientinnen zunehmend bei der Hausarbeit und Körperpflege beteiligten (Frau A., B., L. und H.). Außerdem fingen zwei dieser Klientinnen an, erstmals mit der Hauspflegerin zu reden (Frau L. und A.) und eine Klientin hatte nach jahrelanger Unterbrechung wieder angefangen, Klavier zu spielen (Frau A.). Die Hauspflegerin einer Klientin beschrieb, dass seit den Anleitungen der Case Managerin die akustischen Fehlwahrnehmungen keine Verhaltensunsicherheit mehr bei ihr auslösten (Frau H.), und eine weitere Hauspflegerin berichtete, dass die Klientin sie nun nicht mehr des Diebstahls beschuldigen würde. Außerdem schilderte die Hauspflegerin, wie sie die Klientin bei Fehlwahrnehmungen beruhigte, indem sie, abweichend von den Anleitungen der Case Managerin, mit plausiblen Erklärungen auf die Wahrnehmungen der Klientin

reagierte (Frau M.). Eine ehrenamtliche Helferin beschrieb Stimmungsverbesserungen bei der von ihr betreuten Klientin (Frau P.). Eine Hauspflegerin nahm während der Monitoringphase die Situation der Klientin als unverändert, aber stabil wahr (Frau K.).

Notwendigkeit der Beobachtung

Bei einer Klientin, die zur Medikamentenkontrolle regelmäßig von einer Krankenschwester besucht wurde, zeigte sich in der Monitoringphase eine verstärkte Tendenz zur Vernachlässigung der Körperpflege. Daraufhin wurde mit den Krankenschwestern vereinbart, die Situation aufmerksam zu beobachten. Bei einer zunehmenden Verschlechterung der Selbstpflegefähigkeiten sollte die Klientin erneut von der Case Managerin betreut werden (Frau I.).

Kontaktaufnahme mit Krankenhaus und Sozialarbeiterin

Eine Klientin wurde während der Monitoringphase stationär zur Augenoperation in ein Krankenhaus eingewiesen. Die Case Managerin regte daraufhin die Hauspflegerin an, die Klientin im Krankenhaus zu besuchen. Als die Hauspflegerin der Case Managerin nach dem Besuch von einer verstärkten Desorientierung der Klientin berichtete, informierte die Case Managerin, wie bereits beschrieben, das Krankenhaus über die umfassende ambulante Betreuung und bewirkte somit eine schnellere Entlassung (Frau B.). Ebenso bereits beschrieben wurde, dass bei einer Klientin via der Sozialarbeiterin das Gesundheitsamt eingeschaltet wurde, da ihr gesetzlicher Betreuer und Schwager trotz wiederholter Bitten kein adäquates Essen zur Verfügung stellte. Nach dem Kontakt mit dem Gesundheitsamt stimmte der Betreuer der vorgeschlagenen Erhöhung der Einsatzstunden der Hauspflegerin zu, und die Hauspflegerin konnte Lebensmittel für die Klientin einkaufen (Frau L.)

Anleitung von Hauspflegerinnen

Die Stamm-Hauspflegerin einer Klientin erkrankte und die vertretende Hauspflegerin klagte darüber, dass die Klientin sich gegen die Durchführung der Grundpflege wehrte. Daraufhin leitete die Case Managerin die vertretende Hauspflegerin dazu an, der Klientin die Entscheidung zu überlassen, wo die Grundpflege durchgeführt werden sollte (Frau A.). Bei einer Klientin bat die bisherige Hauspflegerin um die Beendigung des Pflegeverhältnisses, da sie die Klientin nicht zur Mitarbeit im Haushalt motivieren konnte. Die Case Managerin vermittelte daraufhin eine Hauspflegerin, die sich die Aufgabe zutraute und leitete diese an (Frau D.). Bei beiden Klientinnen konnte die weitere Betreuung daraufhin problemlos fortgeführt werden. Bei einer weiteren Klientin äußerten die Hauspflegerinnen Unverständnis darüber, dass die Klientin ihren untätigen Sohn in der Wohnung tolerierte. Die Case Managerin vermittelte den Hauspflegerinnen mögliche Gründe für die tolerante Haltung der Klientin und regte die Hauspflegerinnen an, das Verhalten der Klientin zu akzeptieren (Frau F.). Eine Hauspflegerin berichtete in der Monitoringphase über zunehmende, aber noch tolerierbare Fehlwahrnehmungen und ihr wurde der Auftrag erteilt, bei einer Zunahme den Arzt zu benachrichtigen (Frau M.). Die ehrenamtliche Helferin einer Klientin, die den Abschied der Helferin manipulativ verzögerte, wurde angeleitet, der Klientin bereits zu Beginn des Besuches die verfügbare Zeit zu verdeutlichen und den Abschied früher zu beginnen (Frau P.).

Zusammenfassung und Zuordnung zu SPOT

Bei 10 der 14 Klientinnen hielt die Case Managerin während der dreimonatigen Monitoringphase Kontakt zu den weiterbetreuenden Bezugspersonen. Bei drei Klientinnen fand wegen des frühzeitigen Abbruchs des Projekts keine Monitoringphase statt (vgl. Pkt xx).

In der Monitoringphase berichteten die Hauspflegerinnen über Verbesserungen wie erstmalige Gespräche mit den Klientinnen, zunehmende Beteiligung der Klientinnen bei der Haus- und Körperpflege und über Stimmungsverbesserungen. Eine Klientin begann sogar wieder mit dem Klavierspiel. Bei anderen Klientinnen wurde eine Beobachtung der Selbstversorgungsfähigkeiten eingeleitet, eine Krankenhausentlassung beschleunigt, eine Intervention der Sozialarbeiterin wegen Unterversorgung veranlasst und eine Hauspflegerin ausgewechselt und die neu eingesetzte Hauspflegerinnen auf eingeleitet. Die erfolgreiche Anleitung der neu eingesetzten Hauspflegerin basierte dabei auf den Erfahrungen, die die Case Managerin selbst bei der Klientin gemacht hatte und verdeutlicht damit die Bedeutung des vorausgegangenen persönlichen Einsatzes der Case Managerin als Grundlage zur spezifischen Anleitung der Hauspflegerin. Die Dokumentation informiert zwar kaum über die Häufigkeit und Dauer der Kontakte während der Monitoringphase, die vorhandenen Hinweise lassen jedoch darauf schließen, dass manche Hauspflegerinnen die Case Managerin täglich kontaktierten und andere seltener. Bei einigen Helferinnen initiierte die Case Managerin die Kontakte während der Monitoringphase selbst.

Bezüglich des SPOT-Bezuges wiederholen sich hier in anderen Kapiteln bereits beschriebene Beobachtungen. Durch die Anleitung der Hauspflegerinnen wurde eine soziale Umwelthanpassung geschaffen, durch die den Klientinnen die räumlich-dingliche Umwelt (wieder) erschlossen wurde.

4.3.8. Abbrüche der Projektarbeit, versäumte Gelegenheiten und Mangel an verfügbaren Diensten

Im Folgenden werden anhand der Beschreibungen des Projektverlaufs bei drei Klientinnen mögliche Gründe für den vorzeitigen Abbruch des Projektes identifiziert und bei allen Klientinnen untersucht, inwieweit die Case Managerin Gelegenheiten, die Situation bei Klientinnen positiv zu beeinflussen, versäumt zu haben schien (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18.

Abbrüche und versäumte Gelegenheiten

Abbrüche:

- Krankenhauseinweisung,
- Ablehnung durch Klientin.

Versäumte Gelegenheiten:

- versäumte Kontaktaufnahme oder Unterstützung der Angehörigen,
- versäumte Vermittlung von Ärzten/Fachärzten,
- mangelnde Vermittlung oder Vorbereitung von sozialen Diensten.

Mangel an verfügbaren Diensten:

- psychotherapeutische Intervention.
-

Abbrüche des Projektes

Bei drei Klientinnen konnte das Projekt nicht bis zum Ende durchgeführt werden. Eine dieser Klientinnen wurde stationär aufgenommen und zwei Klientinnen lehnten eine Fortführung des Projektes nach nur wenigen Besuchen der Case Managerin ab.

a) Krankenhauseinweisung

Eine Klientin mit zunehmenden Trugwahrnehmungen wurde 4 Wochen nach Projektbeginn infolge der starken Nebenwirkungen eines vom Hausarzt verordneten, hochdosierten Neuroleptikums in ein Krankenhaus eingewiesen. Bevor der Arzt über die Entwicklungen informiert wurde, versuchte die Case Managerin die wahnhaften Vorstellungen der Klientin durch vermehrte Kontakte zu mildern. Es bleibt unklar, inwieweit eine frühere Information des Arztes oder eine andere Dosierung des Medikaments eine Krankenhauseinweisung hätte verhindern können. Eindeutig ist jedoch, dass die Case Managerin versäumte, Kontakt mit dem Sozial-Psychiatrischen Dienst, bei dem die Klientin bekannt war, aufzunehmen, um sich über bisherige erfolgreiche Interventionen hinsichtlich der wiederkehrenden Trugwahrnehmungen zu informieren. Der Versuch der Case Managerin, die Klientin wiederholt von der Unwahrscheinlichkeit ihrer Trugwahrnehmungen zu überzeugen kann ebenso kritisch betrachtet werden und zeigt die Notwendigkeit von fachlicher Supervision (Frau C.). Unklar bleibt, inwieweit die Case Managerin zur Klärung der häuslichen Situation der Klientin Kontakt mit dem Krankenhaus aufgenommen hat und ob die Möglichkeit bestanden hätte, die Klientin nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wieder in das Projekt aufzunehmen.

b) Ablehnung durch Klientin

Eine Klientin mit einer vermutlich depressiven Reaktion auf den Umzug in ein Seniorenwohnhaus machte der Case Managerin nach dem siebten Kontakt deutlich, dass sie sich durch die Versuche der Case Managerin, die Gespräche in eine positive Richtung zu lenken, unverstanden fühlte und dass sie keine weiteren Besuche mehr wünschte (Frau E.). Bei dieser Klientin ist zu hinterfragen, inwieweit eine anteilnehmende professionelle Gesprächsführung eine Beziehung hätte schaffen können, auf deren Basis die Case Managerin die Klientin bei der Eingewöhnung in die neue Umgebung hätte unterstützen können. Diskussionswürdig ist auch, ob die Case Managerin den Arzt der Klientin über die schweren depressiven Symptome und die fragliche Compliance der Klientin bei der Medikamenteneinnahme hätte informieren sollen. Bei einer weiteren Klientin erklärte die Case Managerin bereits nach dem zweiten Besuch, dass sie ihr zu mehr Kontakten verhelfen wolle, worauf die Klientin betonte, keine Hilfe zu brauchen und sich der Case Managerin gegenüber respektlos äußerte. Hier ist zu hinterfragen, warum die Case Managerin sich nicht mehr Zeit ließ, um eine Beziehung zur Klientin aufzubauen. Außerdem ist bemerkenswert, dass die Case Managerin keine weitere Kontaktaufnahme mit der Klientin versuchte. Die Heftigkeit der Reaktion der Klientin und die vorangegangene wiederholte verbale Aggressivität der Klientin gegenüber Hauspflegerinnen lassen vermuten, dass eine Betreuung ohnehin schwierig geworden wäre. Angesichts der Tatsache, dass die Case Managerin selbst nicht korrigierend auf die ungebührlichen Äußerungen der Klientin reagierte, ist fraglich, inwieweit die Case Managerin die Hauspflegerinnen durch Anleitung im Umgang mit der Klientin hätte unterstützen können (Frau O.).

Versäumte Gelegenheiten

Von der Case Managerin versäumte Interventionen zur potenziellen Verbesserung der Situation der Klientinnen lassen sich in versäumte Kontaktaufnahmen oder Unterstützung der Angehörigen, versäumte Vermittlung von Ärzten/Fachärzten und mangelnde Vermittlung oder Vorbereitung von sozialen Diensten kategorisieren.

a) Versäumte Kontaktaufnahme oder Unterstützung der Angehörigen

Bei einigen Klientinnen wurden Angehörige nicht kontaktiert oder, hinsichtlich des Umgangs mit den Klientinnen, nicht ausreichend beraten. So versäumte die Case Managerin bei zwei vermutlich mit der Pflege überforderten Angehörigen, einer pflegenden Nachbarin und einem Sohn, zu beraten (Frau B. und P.). Das Verhältnis zwischen der pflegenden Nachbarin und der Klientin schien durch die Überforderung der pflegenden Nachbarin bereits belastet zu sein, und eine Beratung über Entlastungsmöglichkeiten hätte vermutlich positive Auswirkungen auf das Pflegeverhältnis gehabt. Bei derselben Klientin nahm die Case Managerin außerdem keinen Kontakt zum im Ausland lebenden Sohn auf. Die Kontaktaufnahme mit dem Sohn wäre vor allem vor der Einleitung eines Antrages auf eine finanzielle Betreuung der Klientin sinnvoll gewesen (Frau B.). Der Sohn einer anderen Klientin schien durch das fordernde Verhalten der Mutter belastet zu sein und hätte vermutlich von einer Anleitung zum Umgang mit den Forderungen der Mutter profitiert (Frau P.). Bei zwei Klientinnen, die die Projektteilnahme vorzeitig abbrachen, wurde von der Case Managerin kein Versuch, die jeweilige Tochter zu kontaktieren, unternommen (Frau E. und O.). Bei einer dieser Klientinnen ist jedoch angesichts der Vermutung, dass die Klientin ihre Beziehung zur Tochter idealisierte, fraglich, inwieweit die Klientin mit einer Kontaktaufnahme einverstanden gewesen wäre (Frau E.). Bei der zweiten dieser Klientinnen ist die versäumte Kontaktaufnahme verwunderlich, da die Tochter ursprünglich um eine zusätzliche Betreuung ihrer Mutter gebeten hatte (Frau O.). Bei drei Klientinnen wäre vermutlich ein gemeinsames Beratungsgespräch der Case Managerin mit der Klientin und allen Angehörigen hilfreich gewesen (Frau F., I. und K.). Eine dieser Klientinnen beschwerte sich regelmäßig bei ihren Töchtern über die mangelnde Pflege durch die Sozialstation. Die Case Managerin nahm keinen Kontakt zu den Töchtern oder dem bei der Klientin wohnenden Sohn auf. Dabei wäre vermutlich ein klärendes Gespräch mit allen Beteiligten über das Angebot der Sozialstation und hinsichtlich dessen, dass die Hauspflegerinnen angeleitet wurden, der Klientin weitgehend die Entscheidung hinsichtlich der Durchführung der Hauspflege zu überlassen, sinnvoll gewesen (Frau F.). Eine weitere Klientin schien sich von ihrer wohlmeinenden Freundin unter Druck gesetzt gefühlt zu haben und vermutlich wäre ein Beratungsgespräch der Case Managerin mit Freundin und Klientin über die Wichtigkeit der Stressvermeidung sinnvoll gewesen (Frau I.). Inwieweit die Klientin, die sehr auf ihre Unabhängigkeit bedacht war, einem gemeinsamen Gespräch zugestimmt hätte, bleibt jedoch offen. Bei einer weiteren Klientin wäre ein gemeinsames Gespräch mit den Söhnen, ebenfalls um die Wichtigkeit der Stressvermeidung zu diskutieren, sinnvoll gewesen, da die Söhne die Klientin kontraproduktiv anregten, sich mehr anzustrengen (Frau K.). Bei einer Klientin wurde kein Kontakt zu dem im Hause der Klientin wohnenden Neffen aufgenommen (Frau L.). Zwar schien das Verhältnis zwischen Klientin und Neffen gestört, eine Aufklärung des Neffen über die Folgen der Demenz seiner Tante und eine Abklärung, inwieweit der Neffe bereit gewesen wäre, seine Tante zu unterstützen, wäre jedoch naheliegend gewesen.

b) Versäumte Vermittlung von Ärzten/Fachärzten

Bei einigen Klientinnen schien die Case Managerin die Vermittlung von fachärztlicher Hilfe versäumt zu haben. Bei zwei Klientinnen wurde zwar dokumentiert, dass sie schlecht hörten, Informationen darüber, ob die Klientinnen ein Hörgerät benutzten oder ob die Case Managerin eine fachärztliche Abklärung des Hörvermögens eingeleitet hatte, fehlen jedoch (Frau H. und M.). Eine weitere Klientin litt an einem Ödem in den Beinen. Es fehlen jedoch Hinweise darüber, ob die Klientin wegen dieses Zustandes in ärztlicher Behandlung war oder ob eine ärztliche Begutachtung von der Case Managerin eingeleitet wurde (Frau A.). Bei einer weiteren Klientin versäumte die Case Managerin, wie bereits oben beschrieben, den Arzt hinsichtlich depressiver Symptomatik und Medikamentenkontrolle zu konsultieren (Frau E.). Des Weiteren schien die Case Managerin keinen Versuch unternommen zu haben, eine vorliegende Alkoholkrankheit zu behandeln (Frau D.). Die Tatsache, dass lediglich eine Klientin hinsichtlich der psychiatrischen Problematik in fachärztlicher Behandlung war, bestätigt die in der Literatur beschriebene beschränkte Überweisung an Fachärzte für Psychiatrie durch die Hausärzte (vgl. Pkt. 1.4.3.2.).

c) Versäumte Vermittlung oder Vorbereitung von ergänzenden Diensten

Bei drei Klientinnen schien die Case Managerin nicht alle Möglichkeiten der ergänzenden Unterstützung ausgeschöpft zu haben und bei einer Klientin schien der erste Kontakt zwischen Klientin und ehrenamtlicher Helferin unzureichend vorbereitet gewesen zu sein. Bei einer Klientin versäumte die Case Managerin, wie oben bereits beschrieben, den Sozial-Psychiatrischen-Dienst zu kontaktieren (Frau C.). Bei einer an Demenz leidenden Klientin stellt sich die Frage, ob der Besuch einer Tagesstätte sinnvoll gewesen wäre (Frau L.). Bei einer weiteren Klientin wäre zu fragen, inwieweit ein Haus-Notruf-Gerät versuchsweise als Hilfe gegen ihre Ängste und zur Reduzierung der Anrufe bei ihrem Sohn eingesetzt hätte werden können (Frau P.). Versuchsweise deshalb, weil bei dieser Klientin eine Überbeanspruchung des Notrufgeräts nicht ausgeschlossen werden kann. Der Sohn derselben Klientin hätte vermutlich auch von einer Vermittlung zu einer Angehörigengruppe profitiert (Frau P.). Eine Klientin lehnte die weiteren Besuche einer, von der Case Managerin vermittelten, ehrenamtlichen Helferin ab, da diese zu viel geredet hätte. Vermutlich wäre es sinnvoll gewesen, wenn die Case Managerin beim ersten Treffen der Klientin mit der ehrenamtlichen Helferin dabei gewesen wäre. Unklar ist außerdem, inwieweit die ehrenamtliche Helferin von der Case Managerin auf die Besuche bei der Klientin vorbereitet worden war (Frau G.).

Mangel an verfügbaren Diensten

Bei mindestens sechs Klientinnen ist davon auszugehen, dass psychotherapeutische Gespräche oder Gesprächstherapie hilfreich gewesen wären, um Konflikte im Lebenslauf aufzuarbeiten und die gegenwärtigen gesundheitlichen Bedrohungen zu bewältigen (Frau D., E., F., G., I., P.). Dieser Bedarf nach einer psychotherapeutischen Begleitung zeigte sich besonders deutlich bei Klientinnen, die keine zusätzlichen physisch bedingten Einschränkungen und/oder haus- oder körperpflegerischen Betreuungsbedarf hatten (Frau E., G., I., P.). Bei Frau E. wird besonders deutlich, dass eine Betreuung durch eine Sozialstation nicht geeignet war, ihrer Problemlage zu begegnen.

Zusammenfassung und Kommentar

Die Betreuung der Case Managerin wurde durch eine Krankenhauseinweisung und durch Ablehnung der Klientinnen abgebrochen. Retrospektiv lassen sich versäumte Gelegenheiten der Case Managerin, die Situation der Klientinnen zu verbessern, identifizieren, wie mangelnde Kontaktaufnahme oder Unterstützung der Angehörigen, fehlende Vermittlung zu Ärzten und Fachärzten und mangelnde Vermittlung oder Vorbereitung von sozialen Diensten. Zusätzlich wurde aus den Fallbeschreibungen das Fehlen von psychotherapeutischen Angeboten deutlich. Inwieweit die Krankenhauseinweisung durch eine Überweisung zu einem Nervenfacharzt hätte vermieden werden können, bleibt unklar.

Die Projektverläufe bei den Klientinnen, die das Projekt selbst beendeten, lassen eine Überforderung der Case Managerin bei diesen Klientinnen erkennen. Die Case Managerin schien wenig Erfahrung mit Techniken der professionellen Gesprächsführung bei psychotischem und depressivem Verhalten zu haben. Andererseits wird ein Kompetenzzugewinn der Case Managerin hinsichtlich professioneller Gesprächsführung im Verlaufe des Projektes deutlich, denn bei einer später im Projekt aufgenommenen Klientin, mit ähnlicher Problematik, war die Case Managerin mit anteilnehmender, nicht widersprechender Herangehensweise erfolgreich (vgl. Pkt 4.2.12.).

Das Versäumnis, einige der Angehörigen in den Unterstützungsprozess mit einzubeziehen oder die Angehörigen selbst zu unterstützen, und die in einem Fall unzureichende Vorbereitung einer ehrenamtlichen Helferin könnte damit zusammenhängen, dass bis vor kurzem eine systemorientierte Herangehensweise bei der Berufsgruppe Krankenpflege unüblich war. Außerdem zeigen sich an dieser Stelle vor allem eine fehlende Supervision und die Auswirkungen des offensichtlich unzureichenden „Schnellkurses“ in der Methode Case Management. Überraschend ist die anscheinend teilweise versäumte Vermittlung zu Ärzten/Fachärzten. Auch hier wird eine fehlende Supervision deutlich. Bei mindestens der Hälfte der Klientinnen ist davon auszugehen, dass sie von psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten profitiert hätten. Diesem Bedarf konnte jedoch wegen fehlender Angebote nicht nachgekommen werden.

4.4. Erweiterung der Einflussmöglichkeiten der Klientinnen

Bei der Analyse der Projektverlaufsbeschreibungen in Bezug darauf, wie und in welchem Kontext die Case Managerin proaktive Handlungen ermöglichte, kristallisierten sich die Themen „Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten bei Klientinnen, die Hilfeleistung kritisierten, ablehnten oder ihre Selbstständigkeit betonten“ und „Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten zur Anregung und Erhaltung der Fähigkeiten von Klientinnen“ heraus (Tabelle 19).

Tabelle 19.

Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten:

**Bei Klientinnen, die Hilfeleistungen kritisierten, ablehnten oder ihre Selbstständigkeit betonten,
Zur Anregung und Erhaltung der Fähigkeiten von Klientinnen.**

4.4.1. Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten bei Klientinnen, die Hilfeleistungen kritisierten, ablehnten oder ihre Selbstständigkeit betonten

Wie bereits beschrieben, konnte bei einer Klientin die Grundpflege oft nicht durchgeführt werden, da sie nicht zu motivieren war, ins Badezimmer zu gehen. Nachdem die Case Managerin der Klientin jeweils die Entscheidung überließ, ob sie die Grundpflege im Badezimmer oder in ihrem Sessel, einem Platz, der ihr Sicherheit zu vermitteln schien, bevorzugte, konnte die Grundpflege meist problemlos am Ort der Wahl der Klientin durchgeführt werden. Zusätzlich wurde der Klientin die Kontrolle darüber, wo sie nachts schlafen wollte (Bett oder Sessel) überlassen und die Hauspflegerin wurde angeleitet, Tätigkeiten nur dann durchzuführen, wenn die Klientin zuvor ihre Zustimmung gegeben hatte (Frau A.). Eine Klientin war in ihren Aussagen widersprüchlich und betonte einerseits, auf Hilfe angewiesen, und andererseits selbstständig zu sein. Diese Klientin akzeptierte begrenzt Haushaltshilfe, aber keine Hilfe bei der Körperpflege. Die Hilfeakzeptanz dieser Klientin verbesserte sich, als alle anstehenden Aufgaben mit ihr besprochen wurden und sie über die Art und Weise der Durchführung entscheiden konnte. Zusätzlich bestimmte die Klientin ansatzweise über den Ablauf eines Besuches, indem sie jeweils zuerst über ihre Schmerzen sprach und die Case Managerin versuchte, diese Schmerzen zu mildern (Frau D.). Bei der Klientin, die jeweils versuchte, die gerade anwesende Hauspflegerin zu überreden, mit ihr Kaffee zu trinken und sich dann bei anderen über die Untätigkeit der Hauspflegerin beschwerte, verdeutlichte die Case Managerin der Klientin, dass sie selbst die Entscheidungsträgerin über die Tätigkeit der Hauspflegerin sei. Um der Klientin diese Entscheidungsmacht zu verdeutlichen und zur Absicherung der Hauspflegerinnen, wurde die Entscheidung der Klientin jeweils dokumentiert. Die Beschwerden der Klientin über die Untätigkeit der Hauspflegerinnen reduzierten sich (Frau F.). Bei einer Klientin, die die Hauspflegerinnen oft kritisierte und sich kaum zur Mitarbeit aktivieren ließ, sorgte die Case Managerin dafür, dass die Klientin selbst entschied, was im Haushalt erledigt werden sollte und welchen anderen Aktivitäten nachgegangen werden konnte. Die Kritik der Klientin an der Hauspflegerin reduzierte sich daraufhin und die Klientin übernahm eine aktive Rolle bei der Planung des Einsatzes der Hauspflegerin (Frau H.). Eine weitere Klientin lehnte jeweils die Planung weiterer Besuche der Case Managerin ab, obwohl sie den Kontakt zu genießen schien. Die Case Managerin schlug daraufhin vor, zwar einen Termin festzulegen, vor dem Termin die Klientin jedoch anzurufen und der Klientin eine weitere Gelegenheit zur Entscheidung zu geben. Zu Beginn des jeweiligen Telefonats blieb die Klientin bei der Ablehnung von weiteren Besuchen, stimmte zum Ende des Telefonats jedoch jedesmal einem weiteren Besuch zu (Frau P.). Für eine Klientin, die Angst hatte, ihre Medikamente zu vergessen und infolgedessen zu hohe Blutdruckwerte zu haben, gleichzeitig aber betonte, selbstständig bleiben zu wollen und deshalb keine Hilfe zu akzeptieren, organisierte die Case Managerin eine medizinisch verordnete regelmäßige Blutdruck- und Medikamentenkontrolle. Die Krankenpflegerinnen, die die Blutdruck- und Medikamentenkontrolle durchführten, wurden dann von der Case Managerin angeleitet, wenn möglich, Aktivitäten zu supervidieren, die Durchführung (z. B. das Einsortieren der Medikamente in die Medikamenten-Dosette) jedoch der Klientin selbst zu überlassen und die Klientin in die Diskussion der Ergebnisse der Blutdruckkontrolle mit einzubeziehen (Frau I.).

4.4.2. Schaffung von Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten zur Erhaltung der Fähigkeiten und Anregung von Klientinnen

Bei den hier beschriebenen Klientinnen wurden Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten im Sinne von aktivierender Pflege geschaffen. Bei den beiden am meisten von kognitiven Einschränkungen betroffenen Klientinnen wurde die Schaffung von alltäglichen Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten durch kleinteilige Beschreibung anstehender Maßnahmen und Bitten um Rat und Mithilfe in den Pflegeplan aufgenommen (Frau B. und L.). Bei einer Klientin wurde darauf geachtet, dass diese Anregungen zu der Tageszeit durchgeführt wurden, zu der die Klientin am aufnahmefähigsten war (Frau L.). Bei einer weiteren Klientin vermittelte die Case Managerin eine Haushaltshilfe und leitete diese an, der Klientin Entscheidungen im Alltag, wie zum Beispiel beim Einkaufen, zu überlassen (Frau K.).

4.4.3. Zusammenfassung und Kommentar

Die Analyse der Situationen, in denen die Case Managerin Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten und damit eine Maximierung der Kontrolle der Klientinnen etablierte, zeigt zwei zentrale Gründe für dieses Verfahren. Bei Klientinnen, die dysfunktionales Kontrollverhalten zeigten, indem sie notwendige Hilfe ablehnten oder über Gebühr kritisierten, wurde Kontrolle maximiert (Kontrolle über Ablauf des Besuches, über neue Termine, Kontrolle über Inhalt und Ablauf der Unterstützungstätigkeiten), um eine Hilfeakzeptanz zu erreichen.

Bei den die Haushaltshilfe ablehnenden/kritisierenden Klientinnen ist zu vermuten, dass die Haushaltshilfe den personifizierten Verlust der primären Kontrolle in der eigenen Wohnung darstellte. Vermutlich wurden, um diesem drohenden Verlust zu begegnen, dysfunktionale Kontrollstrategien angewandt, die kurzfristig das Selbstbild der Selbstbestimmung aufrechterhalten, langfristig jedoch zu vermehrtem Kontrollverlust führen können (Überforderung der Bewältigungsmöglichkeiten, Verschlechterung des Gesundheitszustandes und potenzieller Verlust der Wohnung). Im Rahmen dieser Case Management-Intervention fand eine Anpassung der sozialen Umgebung statt, um eine Maximierung von Kontrolle in der räumlich-dinglichen Umgebung zu ermöglichen. Die Kontrollmaximierung unterstützte vermutlich die Aufrechterhaltung des Selbstbildes der Klientinnen mit dysfunktionalen Kontrollstrategien, nämlich über Selbstbestimmung in der räumlich-dinglichen Umgebung zu verfügen. Es ist davon auszugehen, dass die Anpassung der sozialen Umwelt an diese dysfunktionalen Kontrollstrategien durch die Verdeutlichung von primären Kontrollmöglichkeiten in der eigenen Wohnung bei den Klientinnen zu einer langfristig verbesserten Hilfeakzeptanz und infolgedessen zu einem potenziell längeren Verbleib in der eigenen Wohnung führte. Zusätzlich kann vermutet, mit dieser Arbeit jedoch nicht belegt werden, dass die Schaffung von maximaler Kontrolle die Offenheit der Klientinnen erhöhte, bei zunehmendem Unterstützungsbedarf vermehrt Hilfe anzunehmen, da ihnen aufgezeigt wurde, dass Hilfeakzeptanz und Erhaltung der primären Kontrolle sich nicht unbedingt ausschließen. Bei der zweiten Gruppe der Klientinnen wurde mit der Ermöglichung von Entscheidungen und Beteiligung (soziale Umwelтанpassung) eine Stimulation und Aktivierung in der räumlich-dinglichen Umgebung zur Erhaltung und Verbesserung der Kompetenz geschaffen.

Voraussetzung zur Erweiterung von Einflussmöglichkeiten ist das Vorhandensein von Alternativen, extern zugestandenen und subjektiv wahrgenommenen Entscheidungsmöglichkeiten und die Fähigkeit, Entscheidungen treffen zu können. Bei den hier beschriebenen Klientinnen waren Entscheidungsmöglichkeiten vor allem im Rahmen kleiner Details der Haushaltsführung und Körperpflege gegeben, deren Identifikation Einfühlungsvermögen und Aufmerksamkeit seitens der Case Managerin erforderten. Zusätzlich erforderte dieses Verfahren die Abkehr von Ergebnisorientierung hin zur Prozessorientierung, und setzte nicht nur voraus, dass den Klientinnen zugestanden wurde, sinnvolle Entscheidungen treffen zu können, sondern auch, dass diese Entscheidungen akzeptiert wurden, selbst wenn sie gängigen hygienischen Standards entgegenstanden (Jansen und Klie, 1999).

4.5. Wirkungen

4.5.1. Vergleich der NOSGER-Einschätzung von Interventions- und Vergleichsgruppe Ergebnisse der NOSGER-Messung

Grundlage der folgenden Berechnungen sind die 11 Klientinnen bei denen das Case Management wie geplant durchgeführt werden konnte und 11 Klientinnen in der Vergleichsgruppe. Die Voraussetzungen für den t-Test für abhängige Stichproben, metrische Merkmale, eine Stichprobe von $n \geq 10$, eine unbekannte Varianz der Grundgesamtheit, eine Normalverteilung bei allen Variablen der Interventions- und der Vergleichsgruppe ($p = .463$), lagen vor (Hoffmann, 1996, Bühl und Zöfel, 1998). Das Alter der Klientinnen wurde in die zwei Gruppen der ≥ 80 -Jährigen und Älteren und < 80 -Jährige kategorisiert und es wurde geprüft, inwieweit signifikante Unterschiede in den NOSGER Scores zwischen den beiden Gruppen bestanden. Da keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen messbar waren, wurde Alter bei den weiteren Berechnungen nicht als Kovariate berücksichtigt.

Wegen der kleinen Stichprobe wurde nicht getestet, inwieweit signifikante Unterschiede zwischen der Klientinnengruppe, bei der das Projekt beendet wurde und denjenigen, bei denen das Projekt abgebrochen wurde, bestanden. Die Varianzanalyse zeigte, dass sich die Interventions- und die Vergleichsgruppe zum Messzeitpunkt 1 nicht signifikant voneinander unterschieden (Tabelle 20). Mit Ausnahme der Dimension störendes Verhalten zeigte sich in allen Dimensionen der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung der NOSGER Scores zwischen den beiden Messzeitpunkten. In Tabelle 21 sind die Ergebnisse aufgeführt. Keine signifikanten Veränderungen zeigen sich hingegen in den NOSGER-Dimensionen der Vergleichsgruppe (Tabelle 22). Die Ergebnisse einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen zur Prüfung, inwieweit sich die Differenzen in den NOSGER Scores der Interventions- und der Vergleichsgruppe unterschieden, zeigten signifikante Differenzen in den NOSGER-Dimensionen Gedächtnis ($F(1,20) = 4,02$, $p = ,059$), IADL ($F(1,20) = 7,19$, $p = ,014$), Stimmung ($F(1,20) = 8,82$, $p = ,008$) und soziales Verhalten ($F(1,20) = 4,95$, $p = ,038$), aber keine signifikanten Differenzen in den Dimensionen ADL ($F(1,20) = 0,83$, $p = ,371$) und Störendes Verhalten ($F(1,20) = 0,12$, $p = ,730$, Tabelle 23).

Tabelle 20. Differenz zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe zum Messzeitpunkt 1.

	Gruppe ¹	N	Mittelwert (SD)	df	F ²	Signifikanz
Gedächtnis	Interv.	11	15,0 (5,70)	21	,206	,655
	Vergl.	11	13,9 (5,57)			
IADL	Interv.	11	18,3 (5,33)	21	1,039	,320
	Vergl.	11	16,1 (4,68)			
ADL	Interv.	11	10,5 (7,35)	21	,011	,917
	Vergl.	11	10,8 (4,35)			
Stimmung	Interv.	11	12,9 (4,36)	21	,080	,780
	Vergl.	11	12,3 (4,67)			
Soziales Verhalten	Interv.	11	16,0 (4,80)	21	,021	,887
	Vergl.	11	15,8 (4,04)			
Störendes Verhalten	Interv.	11	10,0 (3,50)	21	,061	,808
	Vergl.	11	10,4 (3,41)			

¹Interv. = Interventionsgruppe, Vergl.= Vergleichsgruppe; ² Exakte Statistik

Tabelle 21. Differenz der NOSGER Scores zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 in der Interventionsgruppe.

Dimensionen/ Mittelwert	N	MP 1 ¹ (SD)	MP 2 ² (SD)	df	Signifikanz (2-seitig)
Gedächtnis	11	15,0 (5,70)	12,4 (5,20)	10	,032
IADL	11	18,3 (5,33)	15,2 (5,15)	10	,021
ADL	11	10,5 (7,35)	9,7 (6,73)	10	,042
Stimmung	11	12,9 (4,36)	9,7 (4,40)	10	,021
Soziales Verhalten	11	16,0 (4,80)	13,0 (4,43)	10	,047
Störendes Verhalten	11	10,0 (3,50)	9,7 (4,17)	10	,738

¹Messzeitpunkt 1; ² Messzeitpunkt 2

Tabelle 22. Differenz der NOSGER Scores zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 in der Vergleichsgruppe.

Dimensionen/ Mittelwert	N	MP 1 ¹ (SD)	MP 2 ² (SD)	df	Signifikanz (2-seitig)
Gedächtnis	11	13,9 (5,57)	14,2 (5,62)	10	,731
IADL	11	16,1 (4,68)	16,4 (4,15)	10	,625
ADL	11	10,8 (4,35)	10,6 (4,52)	10	,768
Stimmung	11	12,3 (4,67)	13,5 (5,26)	10	,220
Soziales Verhalten	11	15,8 (4,04)	16,5 (4,48)	10	,492
Störendes Verhalten	11	10,4 (3,41)	9,6 (3,82)	10	,307

¹Messzeitpunkt 1; ² Messzeitpunkt 2

Tabelle 23. Differenz der Interventions- und Vergleichsgruppe zwischen den beiden Messzeitpunkten.

NOSGER-Dimension	Gruppe ¹	N	Mittelwert M1 ² (SD)	Mittelwert M2 ³ (SD)	df	F ⁴	Signifikanz
Gedächtnis	Interv.	11	15,0 (5,70)	12,4 (5,20)	1	4,02	,059
	Vergl.	11	13,9 (5,57)	14,2 (5,62)			
IADL	Interv.	11	18,3 (5,33)	15,2 (5,15)	1	7,19	,014
	Vergl.	11	16,1 (4,68)	16,4 (4,15)			
ADL	Interv.	11	10,5 (7,35)	9,7 (6,73)	1	,836	,371
	Vergl.	11	10,8 (4,35)	10,6 (4,52)			
Stimmung	Interv.	11	12,9 (4,36)	9,7 (4,40)	1	8,828	,008
	Vergl.	11	12,3 (4,67)	13,5 (5,26)			
Soziales Verhalten	Interv.	11	16,0 (4,80)	13,0 (4,43)	1	4,959	,038
	Vergl.	11	15,8 (4,04)	16,5 (4,48)			
Störendes Verhalten	Interv.	11	10,0 (3,50)	9,7 (4,17)	1	,122	,730
	Vergl.	11	10,4 (3,41)	9,6 (3,82)			

¹ Interv. = Interventionsgruppe, Vergl.= Vergleichsgruppe; ²Messzeitpunkt 1; ³ Messzeitpunkt 2, ⁴ Exakte Statistik

Zusammenfassung und Diskussion

In der Interventionsgruppe zeigt sich eine statistisch signifikante Verbesserung bei fünf der sechs NOSGER-Dimensionen. In der Dimension störendes Verhalten zeigt sich keine statistisch signifikante Veränderung (Spiegel, 1997). In der Vergleichsgruppe veränderte sich keine der NOSGER-Dimensionen signifikant. Die Analyse, inwieweit sich die Veränderungen der beiden Gruppen zwischen Messzeitpunkt 1 und 2 unterschieden, zeigt, dass signifikante Unterschiede in den Dimensionen Gedächtnis, IADL, Stimmung und soziales Verhalten auftraten. Keine signifikanten Unterschiede zeigen sich jedoch hinsichtlich der Veränderungen in den Dimensionen ADL und Störendes Verhalten. Während die Signifikanz der Differenz bei der Dimension Gedächtnis grenzwertig und bei der Dimension Soziales Verhalten niedrig ist, sind die Differenzen bei den Dimensionen Stimmung und IADL hochsignifikant und lassen darauf schließen, dass die Aktivitäten der Case Managerin in diesen Bereichen den meisten Effekt bewirkten.

Diese Ergebnisse sind wegen der kleinen Stichprobe nicht repräsentativ. Zusätzlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass die positiven Effekte in der Interventionsgruppe alleine durch die zusätzliche Aufmerksamkeit und nicht durch die Case Management spezifischen Maßnahmen entstanden. Außerdem stellt sich die Frage nach der Langfristigkeit der Verbesserungen in der Interventionsgruppe. Die Versuchsanordnung legte den zweiten Messzeitpunkt der Interventionsgruppe zwar auf zwei Monate nach Kontaktende der Case Managerin, wünschenswert zur Evaluation der längerfristigen Effekte, jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht machbar, wäre jedoch ein dritter Messzeitpunkt sechs Monate nach Kontaktende der Case Managerin gewesen. Fraglich ist auch, inwieweit die Gegenwart der Case Managerin in der Sozialstation die Aufmerksamkeit aller Mitarbeiterinnen gerontopsychiatrischen Problemlagen gegenüber erhöht hat und ob damit die Versorgung in der Vergleichsgruppe beeinflusst wurde. Eine weitere Einschränkung besteht hinsichtlich des Einsatzes des Fragebogens. Bei der Interventionsgruppe wurde der Fragebogen von der Case Managerin ausgefüllt, bei der Vergleichsgruppe von verschiedenen Hauspflegerinnen. Zwar sollte mit der anfänglichen Einführung in die Anwendung des Fragebogens eine möglichst einheitliche Anwendung erreicht werden, jedoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese unterschiedliche Struktur Ergebnisse zwischen den Gruppen beeinflusst hat. Zusätzlich basiert bei der Interventionsgruppe die Einschätzung zum zweiten Messzeitpunkt nicht auf der Basis eines 14-tägigen intensiven Kontaktes der Case Managerin, sondern auf Einschätzung der nachfolgenden Betreuerinnen und einem Besuch der Case Managerin bei der Klientin.

Eine weitere Einschränkung ist hinsichtlich der Vergleichbarkeit zwischen der Interventions- und der Vergleichsgruppe zu beachten. Statistisch wurde nachgewiesen, dass Interventions- und Vergleichsgruppe vergleichbare NOSGER-Ausgangswerte hatten. Eine größere Stichprobe vorausgesetzt, wäre eine Paarung (matching control) der Vergleichsgruppe mit der Interventionsgruppe hinsichtlich kognitiver Fähigkeiten, depressiver Symptomatik, Selbsteinschätzung der Lebensqualität zum besseren Vergleich der Stichproben und zur Interpretation der Ergebnisse hilfreich gewesen. Ein weiterer Kritikpunkt an den Methoden besteht darin, dass keine direkte Klientenbefragung hinsichtlich Zufriedenheit mit dem

Projekt und subjektiver Veränderungen der Lebensqualität stattfand. Trotz der aufgeführten erheblichen Limitationen kann diese Untersuchung als Pilotstudie verstanden werden, deren Ergebnisse eine Grundlage für eine umfassendere Studie darstellen könnten.

4.5.2. Wirkungen des Projekts auf Angehörige

Um die Wirkung des Projekts auf Angehörige zu untersuchen, wurden Angehörige der Klientinnen von der Case Managerin nach Beendigung der Monitoringphase mittels eines halbstrukturierten Telefoninterviews hinsichtlich der subjektiv empfundenen Wirkung des Projektes auf sie selbst und auf die Klientinnen befragt (Anhang B). Die wissenschaftliche Begleiterin nahm nach Zustimmung der jeweiligen Klientinnen zu acht Angehörigen telefonischen Kontakt auf und sieben Angehörige stimmten einem Interview zu. Waren mehrere Angehörige bekannt, wurde die vorwiegend an der Pflege beteiligte Person interviewt. Lediglich bei einer Klientin wurden beide Töchter interviewt, da keine der beiden eine dominante Pflegerolle innehatte. Bei einer Klientin waren keine Angehörigen bekannt. Die Angehörigen von zwei Klientinnen, eine Nachbarin und ein Schwager lehnten ein Interview ab. Zwei Klientinnen lehnten die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen ab. Bei drei weiteren Klientinnen führte die wissenschaftliche Begleiterin kein Angehörigeninterview durch. Bei zwei dieser Klientinnen wurden das Projekt frühzeitig abgebrochen und eine Klientin hatte zwar regelmäßigen Kontakt zu einer Freundin, während des Projekts wurde die Klientin jedoch von der Case Managerin dabei unterstützt, sich von den wohlmeinenden, jedoch für die Klientin nachteiligen, Anregungen der Freundin zu distanzieren (Frau I.). Bei der Analyse der Interviews wurden die folgenden Themen identifiziert: Entlastung der Angehörigen, Wahrnehmung von positiven Veränderungen bei Klientinnen, unveränderte Belastungen der Angehörigen und Kritik der Angehörigen an der Versorgung (Tabelle 24).

Tabelle 24.

Wirkungen des Projektes auf pflegenden Angehörige:

Entlastung

Wahrnehmung von positiven Veränderungen bei Klientinnen,

Unveränderte Belastungen

Kritik der Angehörigen an der Versorgung.

Entlastung der Angehörigen

Der Sohn einer Klientin berichtete, dass die alltagsorientierte Unterstützung der Mutter durch die Case Managerin und die Vermittlung einer Hauspflegerin zu einer großen Entlastung für die ganze Familie geführt hätte. Vor dem Einsatz der Case Managerin hätten die drei Schwiegertöchter täglich abwechselnd Essen zur Mutter gebracht und die Mutter hätte das Essen meist abgelehnt. Zusätzlich wäre es schwierig gewesen, der Mutter bei der Wohnungsreinigung zu helfen. Nach Übernahme der Essenszubereitung und Wohnungsreinigung durch die Hauspflegerin hätte sich die Situation für alle Beteiligten entspannt (Frau K.).

Die Enkelin einer Klientin berichtete, dass sie sich durch den Einsatz der Case Managerin und die von der Case Managerin eingeleitete Stundenerhöhung der Hauspflegerinnen zeitlich entlastet fühlte. Zusätzlich berichtete sie, dass sich das Verhältnis zur Großmutter entspannt hätte, da sie von der Case Managerin gelernt

hätte, angemessen auf die Fehlwahrnehmungen der Großmutter zu reagieren (Frau M.). Ein Sohn beschrieb, dass der Einsatz der Case Managerin für ihn und seine Familie den ersten Urlaub seit langem ermöglicht hätte (Frau P.). Zwei Angehörige beschrieben, ohnehin durch die Pflege unbelastet gewesen zu sein und infolgedessen auch keine Entlastung durch das Projekt empfunden zu haben (Frau A. und D.). Einer dieser Angehörigen beschrieb, dass er sich bereits vor langer Zeit emotional von der Mutter distanziert hätte (Frau D.).

Wahrnehmung von positiven Veränderungen bei Klientinnen

Die meisten Angehörigen beschrieben, positive Veränderungen bei den Klientinnen wahrgenommen zu haben. Zwei Söhne beschrieben, dass ihre Mutter durch die Projektteilnahme optimistischer geworden wäre (Frau K. und D.). Einer der Söhne führte die Veränderungen bei der Mutter auf die besondere Begabung der Case Managerin zurück und stellte eine langfristige Wirkung des Projekts infrage, da der Mutter der Wille zur Veränderung fehlen würde (Frau D.). Ein weiterer Sohn beschrieb, dass seine Mutter ihre Wohnung seit der Projektteilnahme öfter verlassen und mehr Kontakte pflegen würde (Frau P.) Eine Enkelin schilderte, dass die zuvor kritische Großmutter nun mit der Arbeit der Sozialstation zufrieden sei (Frau M.), und ein Enkel empfand seine Großmutter seit der Projektteilnahme als selbstständiger und aufnahmefähiger (Frau A.). Die beiden Töchter einer Klientin hatten keine positiven Veränderungen bei der Mutter wahrgenommen und waren der Ansicht, dass die Mutter keine Hilfe im Haushalt bräuchte, sondern Unterhaltung. Auch die Tatsache, dass sich Beschwerden der Mutter über die Sozialstation reduziert hätten, wurde von den Töchtern nicht als Verbesserung erlebt (Frau F.).

Unveränderte Belastungen

Die Enkelin einer Klientin beschrieb sich als, wegen eines Konfliktes zwischen ihrem Vater und der Großmutter, ausgelöst durch absurde Beschuldigungen der Großmutter, unverändert belastet. Zusätzlich hätte die Enkelin ihrer eigenen Familie als auch der Großmutter gegenüber Schuldgefühle, weil sie von beiden das Gefühl vermittelt bekommen würde, nicht genügend zu tun. Außerdem bedauerte die Enkelin, nicht schon früher Unterstützung durch die Case Managerin erhalten zu haben, da dann vermutlich die Zerrüttung des Verhältnisses zwischen ihrem Vater und der Großmutter verhindert worden wäre (Frau M.). Der Sohn einer Klientin war nach wie vor belastet, weil er bei den täglichen Anrufen der Mutter, in denen sie meist um einen sofortigen Besuch bat, nie einschätzen konnte, wie ernst die Situation tatsächlich sei (Frau P.). Die beiden Töchter einer Klientin beschrieben anhaltende belastende Schuldgefühle, da sie der Mutter nicht genug helfen könnten und die Mutter außer-familiäre Hilfe ablehnte. Eine der Töchter beschrieb eine konfliktreiche Vergangenheit mit der Mutter (Frau F.).

Kritik der Angehörigen an der Versorgung

Die Töchter einer Klientin kritisierten die mangelnden Kenntnisse der Mitarbeiterinnen der Sozialstation im Umgang mit der Problematik ihrer Mutter, beanstandeten, dass die Kauprobleme der Mutter beim bereitgestellten Essen nicht berücksichtigt wurden und meinten, dass die Mutter keine Hilfe im Haushalt bräuchte, sondern Unterhaltung (Frau F.). Der Enkel einer Klientin kritisierte den häufigen Wechsel der Hauspflegerinnen bei seiner Großmutter (Frau A.).

Zusammenfassung und Kommentar

Mit sieben Angehörigen wurden Interviews durchgeführt. Die Interviews zeigten Entlastungen der Angehörigen, Wahrnehmungen von positiven Veränderungen bei Klientinnen, Situationen von unveränderter Belastung und Kritikpunkte der Angehörigen am Projekt. Während generell Töchter und Ehefrauen den höchsten Anteil der pflegenden Angehörigen ausmachen, wurden hier drei weibliche (zwei Töchter und eine Enkelin) und vier männliche Angehörige (drei Söhne und ein Enkel) interviewt. Wegen mangelnder Vergleichsdaten bleibt unklar, inwieweit diese atypische Angehörigengruppe die Nichtinanspruchnahme ambulanter Hilfe durch Töchter und Ehefrauen bei vergleichbaren Problemlagen widerspiegelt. Die Angehörigen beschrieben Entlastungen durch von der Case Managerin vermittelte neue oder erhöhte Einsätze von Hauspflegerinnen, die Anleitung zum Umgang mit psychotischem Verhalten und durch die Möglichkeit, während des Projektzeitraums in Urlaub zu fahren. Die von den Angehörigen empfundenen positiven Veränderungen im Verhalten der Klientinnen umfassten Stimmungsverbesserungen, vermehrte soziale Kontakte sowie erhöhte Selbstständigkeit, Aufmerksamkeit und Zufriedenheit. Lediglich bei einer Klientin empfanden die Angehörigen keine positiven Veränderungen. Auf die, durch eine Inkongruenz zwischen Hilfeanspruch der Klientinnen und der von den Angehörigen wahrgenommenen Hilfenotwendigkeit oder -möglichkeit ausgelösten emotionalen Belastungen schien die Projektarbeit jedoch keine Wirkung gehabt zu haben. Kritisch ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass die Case Managerin in keinem Fall den Angehörigen den Besuch einer Beratungsstelle oder Angehörigengruppe nahegelegt oder vermittelt hat. Die Kritik der Angehörigen war spärlich und bezog sich auf die mangelnde Kontinuität der Hauspflegerinnen und die Beobachtung bei einer Klientin, dass die Hauspflegerinnen der Problematik der Klientin nicht gewachsen waren und auch nicht die angemessene Hilfeform darstellten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass, mit einer Ausnahme, alle Angehörigen positive psychische, soziale und physische Veränderungen bei den Klientinnen wahrnahmen und dass Angehörige sich durch die konkreten Übernahmen von Aufgaben oder Anleitung zum Umgang mit schwierigem Verhalten entlastet fühlten. Auf psycho-dynamische Konflikte zwischen Klientinnen und Angehörigen hatte das Case Management jedoch keinen Einfluss.

Teil III

5. Diskussion der Ergebnisse und des weiteren Forschungsbedarfs

5.1. Analyse der Arbeitsinhalte und der sozio-räumlichdinglichen Umwelthanpassung des Case Managements

Die Case Managerin nahm zu insgesamt 14 Klientinnen Kontakt auf. Das Alter der Klientinnen lag bei durchschnittlich 82 Jahren und bis auf einen waren alle im Projekt Betreuten weiblich. Lediglich eine Klientin war in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung und nahezu die Hälfte der Klientinnen hatte keine ärztlich gestellte gerontopsychiatrische Diagnose. Damit wird bestätigt, dass die diagnoseunabhängigen Aufnahmekriterien des untersuchten Projektes die Bandbreite der gerontopsychiatrischen Problematik von Klientinnen eher repräsentieren, als dies bei einer Konzentration auf Diagnosen als Aufnahmekriterium geschehen wäre. Zwei Klientinnen lehnten das Case Management nach den ersten Besuchen ab und eine Klientin wurde in ein Krankenhaus eingewiesen. Die verbleibenden 11 Klientinnen wurden im Durchschnitt 22-mal besucht und die Case Managerin brachte durchschnittlich 23 Stunden mit oder für die Klientinnen auf.

Die Gründe für die Vermittlung des Case Managements waren Interaktionsprobleme zwischen Hauspflegerinnen und Klientinnen, Unterversorgung in den Bereichen Ernährung und Medikamenteneinnahme und ungedeckte emotionale Bedürfnisse. Die Interaktionsprobleme waren bedingt durch Unsicherheit der Hauspflegerinnen im Umgang mit psychotischem und depressivem Verhalten, durch Hilfeablehnung, über Gebühr kritisierendes Verhalten oder durch unangemessenes Anspruchsverhalten der Klientinnen.

Die Inhalte der ersten Kontakte der Case Managerin dienten der Linderung einer Not, wie zum Beispiel der Sicherstellung von adäquater Ernährung und der Linderung von Schmerzen. Weitere Inhalte der ersten Kontakte waren die Erfüllung von Wünschen der Klientinnen, wie die Begleitung bei Spaziergängen, Einkäufen und Arztbesuchen. Zusätzlich führte die Fachkraft bei den ersten Besuchen biografieorientierte Gespräche, unterstützte die Wiederaufnahme von Hobbys und ermöglichte einer Klientin, ihre Gastfreundschaftsgesten wieder aufzunehmen.

Im Verlauf der Betreuung identifizierte die Case Managerin Gewohnheiten, Interessen, Selbstbeschreibungen und Erinnerungen der Klientinnen. Die meisten Gewohnheiten, wie Aufenthalt an einem Lieblingsplatz und Zeitung durchblättern, wurden in die Betreuung integriert. Während Interessen der Klientinnen, wie Fernsehen, Gruppenbesuche und Spiele, im Verlauf des Case Managements aufgegriffen wurden, wurde auf musische Interessen der Klientinnen nicht eingegangen. Inwieweit diese Auslassung mit fehlenden Angeboten oder mit einer selektiven Prioritätensetzung durch die Case Managerin zusammenhängt, kann im Rahmen dieser Datenanalyse nicht beantwortet werden.

Bei negativen Selbstbeschreibungen wie Antriebs- und Hoffnungslosigkeit sowie Angst und Scham konzentrierte sich die Case Managerin auf die Bearbeitung der

auslösenden Faktoren. So wurde zum Beispiel für eine Klientin, die Angst davor hatte, ihren Söhnen zur Last zu fallen, eine Haushaltshilfe vermittelt und deren Bezahlung finanziert. Bei einer anderen Klientin, die Angst hatte, ihre Medikamente nicht richtig einzunehmen, wurde via Behandlungspflege Medikamentenkontrolle vermittelt. Positive Selbstbeschreibungen der Klientinnen umfassten, sich als tüchtig zu sehen und stolz auf etwas zu sein. Während die Selbstbeschreibung der Tüchtigkeit in der Betreuung aufgegriffen wurde, indem die Klientinnen zur Mithilfe im Haushalt angeregt und um Rat gebeten wurden, wurde auf die Stolz vermittelnden Themen weniger eingegangen.

Ein weiterer Arbeitsinhalt der Case Managerin waren Kontakte zu Angehörigen und Ehrenamtlichen zur Abstimmung und finanziellen Absicherung von Unterstützung und zur Beratung hinsichtlich des Umgangs mit gerontopsychiatrischen Symptomen. Im Rahmen der für das Case Management typischen Vermittlung und Koordination wurden Haus-, Kranken- und Schönheitspflege, Gruppenbesuche, sozialarbeiterische Unterstützung und fachmedizinische Behandlung vermittelt. Lediglich die Vermittlung einer Klientin in eine Gruppe für Demenzerkrankte war spezifisch gerontopsychiatrisch und diese Gruppe wurde von der Case Managerin selbst durchgeführt.

Ein weiterer Arbeitsinhalt der Case Managerin umfasste die Anleitung der Hauspflegerinnen in der Wohnung der Klientinnen. Die Hauspflegerinnen wurden angeleitet, eine akzeptierende Haltung gegenüber Gefühlen und Wahrnehmungen der Klientinnen einzunehmen, biografieorientierte Gespräche zu führen, Tätigkeiten zu erklären, alltägliche Einflussmöglichkeiten für die Klientinnen zu schaffen und erwünschtes Verhalten positiv zu verstärken. Weitere Anleitungspunkte waren die Information darüber, in welchen Situationen die Information eines Arztes und bei welchen Klientinnen eine persönliche Präsenz bei den Mahlzeiten zur Sicherstellung der Nahrungsaufnahme notwendig war. Die Anleitung der Hauspflegerinnen basierte dabei auf den Erfahrungen, die die Case Managerin selbst bei den Klientinnen gemacht hatte.

Während der Monitoringphase wurde die Sozialarbeiterin erneut vermittelt und bei einer Klientin die Entlassung aus dem Krankenhaus beschleunigt. Zusätzlich wurden wegen Krankheit oder Überforderungsgefühlen der angestammten Hauspflegerinnen neu eingesetzte Hauspflegerinnen angeleitet.

Die Analyse hinsichtlich potenziell versäumter Gelegenheiten der Case Managerin, um die Situation der Klientinnen zu verbessern, zeigte, dass Angehörige, die Probleme damit hatten, die Pflegesituation emotional zu bewältigen, kaum unterstützt wurden. Zusätzlich versäumte die Case Managerin eine vermutlich vorliegende Alkoholerkrankung und auditive Einschränkungen medizinisch abklären zu lassen. Bei keiner der Klientinnen, die lediglich von einem Allgemeinmediziner behandelt wurden, wurde ein psychiatrischer Facharzt vermittelt. Die Vermittlung einer Ehrenamtlichen schlug bei einer Klientin vermutlich fehl, weil weder die Klientin noch die Ehrenamtliche inhaltlich auf den Besuch vorbereitet wurden. Bei einer Klientin wurde das Projekt vorzeitig wegen einer Krankenhauseinweisung beendet. Die Krankenhauseinweisung hätte vermutlich durch die Konsultation eines psychiatrischen Facharztes vermieden werden können.

Zwei Klientinnen beendeten das Projekt selbst vorzeitig. Beide Klientinnen schienen keinen Unterstützungsbedarf im ADL-Bereich gehabt zu haben. Inwieweit der fehlende ADL-Unterstützungsbedarf und damit die Notwendigkeit, mit Gesprächsführung alleine eine Vertrauensbasis zu schaffen, die Möglichkeiten der krankenschwanger ausgebildeten Case Managerin überforderten, kann anhand der vorliegenden Datenlage nicht geklärt werden.

Die Anleitung der Hauspflegerinnen zielte darauf ab, Kommunikation zwischen Hauspflegerinnen und Klientinnen zu ermöglichen sowie Hilfeakzeptanz seitens der Klientinnen und Fortführung der Hilfeleistung seitens der Hauspflegerinnen zu sichern. Es ging bei den Anleitungen nicht darum, die Hauspflegerinnen therapeutisch zu schulen und grundlegende Verhaltensänderungen bei den Klientinnen zu erreichen, sondern darum, den Hauspflegerinnen Handwerkszeug zu vermitteln, damit sie ihren originären Arbeitsauftrag Grund- und Hauspflege durchführen und Konflikteskalationen vermeiden werden konnten. Damit werden Befunde in der Literatur bestätigt, nach der, für Angehörige und Professionelle gleichermaßen, der eigentliche Belastungsfaktor in der Pflege nicht in der handwerklichen Pflege, sondern in der Kommunikation liegt (Jansen, 1999).

Systematische Untersuchungen über die Wirkung von Anleitung liegen kaum vor. Eine amerikanische Untersuchung mit schwer an Demenz erkrankten Bewohnern in Pflegeheimen zeigte, dass die direkt am Arbeitsplatz durchgeführte individuelle Anleitung von Pflegehilfskräften zur verbesserten Kommunikation mit gerontopsychiatrisch Erkrankten zu einer Reduzierung von agitiertem und störendem Verhalten während der Pflege führte, ohne dass für die Pflegetätigkeiten mehr Zeit gebraucht wurde (Burgio, Stevens, Burgio, Roth, Paul und Gerstle, 2002).

Hauspflegerinnen haben zwar Zugang zu intrastationären und externen Weiterbildungsangeboten, unklar ist jedoch, inwieweit Transferleistung des theoretisch Gelernten auf die praktische Situation in der Wohnung einer gerontopsychiatrisch erkrankten Klientin möglich ist. Die Notwendigkeit einer individuellen Anleitung vor Ort ist auch deshalb gegeben, weil Hauspflegerinnen in der ambulanten Situation auf sich alleine gestellt sind, und nicht, wie im stationären Bereich, durch Beobachtung von erfahrenen Kolleginnen kontinuierlich lernen können und bei Bedarf schnell Zugriff auf Rat und Hilfe haben (Ewers und Schaeffer, 1992). Aus diesen Ergebnissen erwächst die Notwendigkeit von zukünftigen Untersuchungen darüber, welche Anleitungen, Fortbildungen und strukturellen Voraussetzungen Hauspflegerinnen am besten bei der Betreuung von gerontopsychiatrisch Erkrankten unterstützen.

Hinsichtlich der Anleitungsfunktion müsste der Case Managerin die Autorität zur Anleitung offiziell zugestanden werden. Zusätzlich müsste die Frage der Hierarchisierung und Zuteilung von Arbeitsaufträgen sowohl innerhalb der Sozialstation, zum Beispiel hinsichtlich Einsatzleiterin und Sozialarbeiterin, als auch außerhalb der Sozialstation zum Beispiel bezüglich des Umgangs mit Ärzten, geklärt werden.

Eine weitere Lücke hinsichtlich der Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter im ambulanten Bereich zeigte sich bezüglich der Sicherstellung der Nahrungsaufnahme. Zwar waren Zubereitung und Bereitstellung von Nahrung Teil des üblichen

Arbeitsauftrags der Hauspflegerinnen, eine Abklärung, inwieweit Präsenz zur Motivation zum Essen erforderlich war, schien jedoch bei den Klientinnen der Sozialstation nicht stattgefunden zu haben. Motivation zum Essen und eine Sicherstellung von einer Mindestkalorien- und -flüssigkeitsmenge ist jedoch bei Klientinnen, die krankheitsbedingt antriebslos sein können oder zu essen vergessen, unverzichtbar.

Die Prinzipien des Strengths-Modells wurden bei dem hier beschriebenen Projekt größtenteils berücksichtigt. Das Prinzip, sich auf die Stärken der Klientinnen zu stützen, und nicht auf pathologisches Verhalten, wurde nur bedingt integriert. Stärken der Klientinnen wurden in der Dokumentation nicht benannt, es wurden jedoch Gewohnheiten, Interessen und Selbsteinschätzungen der Klientinnen erhoben und in den meisten Fällen in individuelle Planungen integriert. Diese Planungen spiegeln ebenso die Maxime des Strengths-Modells wider, dass Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen lernen und sich verändern können. Wie im Strengths-Modell vorgegeben, war die Beziehung zwischen Case Managerin und Klientin und der aufsuchende Charakter beim hier beschriebenen Projekt essenziell. Die im Strengths-Modell favorisierte Konzentration auf Ressourcen der Gemeinde (Community) war durch den Gemeindebezug der projekttragenden Sozialstation ohnehin gegeben. Die Umsetzung des Prinzips der Selbstbestimmung wird unter Pkt. 5.2. diskutiert.

Mängel in der strukturellen Einbettung des Projekts in den Sozialstationsablauf zeigten sich in einem Fall, als die Case Managerin bei einer ihrer Klientinnen nicht automatisch über den Einsatz einer vertretenden Hauspflegerin informiert wurde, und somit keine Gelegenheit bestand, die neu eingesetzte Hauspflegerin vor ihrem Einsatz über die speziellen Bedürfnisse der Klientin aufzuklären. Zusätzlich zeigt sich hier auch, dass die Dokumentation über das Vorgehen bei der Klientin entweder nicht zugänglich war oder nicht verstanden wurde. Bei einer dauerhaften Implementation einer Case Managerin müsste ein Informationsfluss zwischen Einsatzleitung und Case Managerin sichergestellt werden, der eine Anleitung von neu eingesetzten Hauspflegerinnen durch die Case Managerin garantiert. Zusätzlich sollten regelmäßige stationsinterne Fallbesprechungen stattfinden, um sicherzustellen, dass alle Hauspflegerinnen zumindest theoretisch von den unterschiedlichen Vorgehensweisen gehört haben.

Die Projektbeschreibungen zeigen, dass die Case Managerin typische Arbeitsschritte wie Assessment, Hilfeplanerstellung und -implementation, Koordination und Überprüfung der Hilfeleistungen, therapeutische Maßnahmen und Anleitungen durchführte. Bei den therapeutischen Maßnahmen und für die Anleitungen griff die Case Managerin auf psychosoziale und verhaltenstherapeutische Ansätze zurück und setzte Aspekte der unter Pkt. 1.3.2. genannten Verfahren, wie z. B. Wohnungsanpassung, kognitives Kompetenztraining und Realitätsorientierungstraining, ein. Dabei bleibt unklar, inwieweit dieser eklektische Einsatz auf detaillierten Kenntnissen der einzelnen Therapieverfahren basierte, bestätigt jedoch die in der Literatur beschriebene Feststellung, dass Case Management mit psychisch Erkrankten Therapieansätze pragmatisch ohne Einengung auf bestimmte Schulen und Richtungen auswählen, jedoch bei Bedarf eine fachliche fundierte Therapie vermitteln sollte (BMfG, 2000).

Die Analyse der Arbeitsinhalte verdeutlicht, dass die Case Managerin neben dem Wissen über die verschiedenen Dienste und deren Finanzierungsmöglichkeiten auch über medizinische, pflegerische, therapeutische und kommunikative Kompetenzen verfügen muss. An dieser Stelle zeigt sich der Bedarf an regelmäßiger Supervision und an Richtlinien für die Weiterbildung und den Einsatz von Case Managerinnen in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung. Dies könnte als Erweiterung der bereits verabschiedeten professionsübergreifenden Richtlinien für die Weiterbildung Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen geschehen (Loecherbach, Klug, Rummel-Fassbender, Wendt, 2003). Zusätzlich müsste die notwendige Basisausbildung für eine Case Managerin in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung diskutiert werden. Zu vermuten ist, dass eine als Krankenpflegerin ausgebildete Case Managerin die besten Chancen auf eine Finanzierung durch die Versicherungsträger im Rahmen der häuslichen Krankenpflege hätte.

Bei dem hier untersuchten Projekt zeigte sich, dass die Case Managerin zusätzlich zu den Case Management-Aufgaben viele pflegetypischen Maßnahmen durchführte, bei Patienten, die keinen körperlichen oder hauspflegerischen Pflegebedarf hatten, jedoch teilweise überfordert schien. Hier wird deutlich, dass Case Management idealerweise in einem interdisziplinären Team durchgeführt werden und, basierend auf einem multidisziplinären Assessment, bestimmt werden sollte, welche Berufsgruppe das weitere Case Management übernehmen sollte.

Bereits die Vermittlungsgründe Interaktionsprobleme wegen Fehlwahrnehmungen, Antriebslosigkeit und Hilfeablehnung zwischen Klientin und Hauspflegerin weisen auf den sozial-dinglichräumlichen Bezug der Arbeit der Case Managerin hin: namentlich die Notwendigkeit zur Anleitung von Hauspflegerinnen (soziale Umweltanpassung) in Kommunikationstechniken, um Klientinnen in ihrer eigenen Wohnung (Ort ihres Herrschaftsbereiches) Wahrnehmungs- oder Verhaltensveränderungen nahe zu legen. Um sicherzustellen, dass die Klientinnen in der Situation der erhöhten Vulnerabilität die Sicherheit (wieder) erhalten, dass die eigene Wohnung einen Ort der Kontrolle darstellt, wurden die Hauspflegerinnen angeleitet, die Klientinnen durch Schaffung von Entscheidungsmöglichkeiten zu Auftraggeberinnen aller Handlungen in ihrer Wohnung zu machen. Es ging bei der Anleitung also um die Anpassung der sozialen Umwelt (Hauspflegerin) zur Förderung der Proaktivität der Klientinnen in der dinglichräumlichen Umwelt (Wohnung als akzeptierter Herrschaftsbereich der Klientin).

Die Verbundenheit von sozialer und dinglichräumlicher Umweltanpassung zeigte sich ebenso hinsichtlich der Sicherstellung von Begleitungen von Klientinnen, um außerhäusliche Aktivitäten im Wohnumfeld zu ermöglichen und bezüglich der Veränderung der Einsatzzeiten, um eine Präsenz der Hauspflegerinnen in der Wohnung zur Sicherstellung von adäquater Nahrungsaufnahme zu sichern. Bei einer Klientin, die zu Beginn eines Besuches ihre Gastfreundschaft durch Essen anbieten ausdrücken wollte, damit aber krankheitsbedingt überfordert war, unterstützte die Case Managerin dieses Bestreben und verhalf so der Klientin dazu, ihr wohnungsbezogenes Sozialverhalten und ihre Identität als gute Gastgeberin aufrechtzuerhalten. Dieselbe kognitiv eingeschränkte Klientin konnte nur unter Zuhilfenahme von einer Photographie, die in der Wohnung stand, zu einem ersten Gespräch motiviert werden. Die letztgenannte Situation, verdeutlicht den potenziellen Einfluss der dinglichräumlichen Umgebung auf die sozialen

Interaktionsmöglichkeiten bei kognitiven Einschränkungen. Der Zusammenhang zwischen sozialer und dinglichräumlicher Dimension zeigt sich weiter in der Anleitung der Hauspflegerinnen, Wohngewohnheiten (Sessel = Lieblingsplatz) zu akzeptieren und bei der Pflege zu berücksichtigen (Körperpflege im Sessel), selbst wenn damit Pflegestandards (Hygiene) vernachlässigt werden müssen.

Nachfolgend werden die Arbeitsschritte der Case Managerin, bei denen die sozialdinglichräumliche Bedingtheit besonders deutlich wird, aufgeführt. Dabei ist der jeweilige Bezug zu den SPOT-Kriterienpaaren Sicherheit und Vertrautheit (S+V), Stimulation und Aktivierung (S+A) sowie Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung (K+AB) der jeweiligen Aktivität in Klammer hinten angestellt (Wahl und Lang, 2004).

- Anleitung der Hauspflegerin (Soziale Umwelthanpassung), um mit Angst auslösenden wohnungsbezogenen Fehlwahrnehmungen der Klientin umgehen zu können (Wohnung wieder als Ort der Sicherheit vermitteln S+V).
- Anleitung der Hauspflegerin (Soziale Umwelthanpassung), den Lieblingsplatz einer Klientin in Pflegemaßnahmen mit einzubeziehen und dadurch Hilfeannahme zu erreichen (Unterstützung von wohnungsbezogenen Gewohnheiten S+V, K+ AB).
- Anleitung der Hauspflegerin (Soziale Umwelthanpassung), wohnungsspezifische Entscheidungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten für Klientinnen zu schaffen (Förderung von Proaktivität, S+A).
- Organisation von Begleitung (soziale Umwelthanpassung) der Klientin zu Spaziergängen und Einkäufen, Gruppen, Wohnumgebung, und Kirche (Erschließung der räumlichdinglichen Umwelt, S+A).
- Ermöglichung von Gesprächen bei kognitiv bedingten Kommunikationsstörungen unter Bezugnahme auf vertraute Gegenstände in der Wohnung (Sozialverhalten wird durch dinglichräumliche Umgebung aufrechterhalten K+AB S+A).
- Anleitung der Hauspflegerin (Soziale Umwelthanpassung), die Wohnung der Klientin als deren Herrschaftsbereich zu sehen (für Klientin wird Bedeutung der Wohnung als eigener Herrschaftsbereich erhalten K+AB).
- Unterstützung der Klientin bei der Wiederaufnahme von Gastfreundschaftsgesten in der Wohnung (Aufrechterhaltung von wohnungsgebundenem Sozialverhalten, K+AB).
- Anpassung der Besuchszeiten der Hauspflegerin an die gewohnten Essenszeiten, um durch Präsenz (soziale Umwelthanpassung) in der Wohnung ausreichende Nahrungsaufnahme zu sichern (S+A, K+AB).

Die Analyse, inwieweit sich die Arbeitsinhalte der Case Managerin den SPOT-Kriterien zuordnen lassen, kann als erster Schritt hinsichtlich eines tieferen Verständnisses der Verbundenheit der sozialen und dinglichräumlichen Umweltdimensionen im Unterstützungsprozess bei gerontopsychiatrisch Erkrankten gesehen werden.

Im Rahmen weiterer Forschungen sollte der entwicklungsbezogene Aspekt von SPOT im Zusammenhang mit gerontopsychiatrisch Erkrankten näher betrachtet werden. Die Autoren des SPOT-Modells gehen davon aus, dass die Bedeutung der drei SPOT-Kriterienpaare dynamisch mit der verbleibenden Lebenszeit zusammenhängt. Es wird davon ausgegangen, dass mit zunehmendem Alter die Bedeutung des SPOT-Kriterienpaares Stimulation und Aktivierung abnimmt und die Bedeutung der

Kriterienpaare Sicherheit und Vertrautheit sowie Kontinuität und Aufrechterhaltung der Bedeutung zunehmen (Wahl und Lang, 2004). In weiteren Forschungen sollte also der Frage nachgegangen werden, inwieweit bei gerontopsychiatrisch Erkrankten hinsichtlich der sozial-räumlichdinglichen Umwelthanpassung andere Faktoren, wie zum Beispiel der kognitive Status, die Bedeutung der jeweiligen SPOT-Kriterienpaare eher bestimmen als das kalendarische Alter.

5.2. Maßnahmen zur Erweiterung der Kontrolle der Klientinnen

Bei 8 Klientinnen wurde im Rahmen des hier untersuchten Projektes die primäre Kontrolle maximiert und damit Proaktivität gefördert. Damit wurde das generelle Ziel von Case Management, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von Klientinnen zu fördern, umgesetzt. Die Analyse des Bezugsrahmens dieser Kontrollmaximierung zeigt zwei unterschiedliche Situationen. Eine Gruppe von Klientinnen zeigte durch Ablehnung oder übermäßige Kritik von Hilfeleistungen dysfunktionales Kontrollverhalten und die andere Gruppe war krankheitsbedingt antriebslos.

Den Klientinnen der erstgenannten Gruppe wurde verdeutlicht, dass sie Kontrolle über den gesamten Ablauf und die Durchführung der Hilfeleistungen, wie zum Beispiel über die am jeweiligen Tag durchzuführenden Haushaltstätigkeiten, haben. Bei den Kontrollstrategien zur Anregung und Aktivierung ging es vermehrt um die Schaffung von Entscheidungsmöglichkeiten im Rahmen von kleinsten Einheiten im Tagesablauf, wie zum Beispiel, wie der Tisch gedeckt werden soll oder die Klientin um Rat zu fragen, wie etwas durchgeführt werden soll. Diese Arbeitsweise erfordert eine Aufmerksamkeitsverschiebung von der Durchführung einer Tätigkeit hin zu den vorhandenen Alternativen der geplanten Tätigkeit und sprachlichen Vermittlung dieser Alternativen.

Kontrollmaximierung setzt voraus, dass den Klientinnen Entscheidungsmöglichkeiten zugestanden und verdeutlicht werden, dass diese von den Klientinnen wahrgenommen werden können, die Klientinnen die subjektive Überzeugung haben, die Entscheidung fällen zu können und dass ihre Entscheidungen akzeptiert werden (Rapp, 1998). Die Wichtigkeit des Aspektes der Kontrolle wird sowohl in der Sozialarbeit im Rahmen der Empowerment-Diskussion als auch in der Pflege diskutiert. Beim Empowerment auf der Individualebene geht es darum, zum Beispiel mittels Case Management zur (Wieder-)erlangung eines selbstbestimmten Lebens relevante Fähigkeiten zu unterstützen und Ressourcen aufzuspüren und zu arrangieren (Herringer, 2002). Bei der im Rahmen dieses Projektes beschriebenen Verschaffung von primärer Kontrolle geht es weniger um die Wiedererlangung eines selbstbestimmten Lebens als um eine alltagsbezogene Selbstbestimmung im Rahmen einer, in den meisten Fällen langfristigen, Abhängigkeit.

In der Pflege soll Kontrolle durch die Einholung einer durch verbale oder nonverbale Kommunikation ausgedrückte Erlaubnis vermittelt werden. Zusätzlich soll Einfluss auf räumliche materielle Gegebenheiten ermöglicht werden. Gleichzeitig wird in der Pflege auch die Wichtigkeit der Erhaltung der Kontrolle der Pflegeperson selbst, zum Beispiel hinsichtlich der Wahrung ihrer Privatsphäre, betont (Entzian, 1999). Der in dieser Arbeit beschriebene Aspekt der Verschaffung von Kontrolle durch die Ermöglichung von Entscheidungen im haus- und körperpflegerischen Kontext ergänzt damit die in der Pflege formulierten Ansätze zur Erhaltung der Kontrolle.

In Forschungen mit größeren Stichproben wäre zu prüfen, inwieweit die beiden in dieser Arbeit herausgearbeiteten Bezugsrahmen der Kontrollmaximierung bestätigt werden können und inwieweit ein direkter differenzieller Effekt auf Klientinnenverhalten und Selbstwahrnehmung der Klientinnen nachweisbar ist. Zusätzlich wäre zu prüfen, inwieweit dieses Verfahren bei verschiedenen Krankheitsbildern und Krankheitsstadien mit Erfolg einsetzbar ist.

5.3. Wirkungen

In den Verlaufsbeschreibungen wurden die folgenden Veränderungen bei den Klientinnen und Hauspflegerinnen beschrieben und mit den Aktivitäten des Case Managements in Verbindung gebracht. Klientinnen wurden als aktiver, kooperativer und als besser gestimmt wahrgenommen, hatten bessere Gedächtnisleistungen, nahmen an Gewicht zu, hörten besser, verließen die Wohnung häufiger oder seit langem erstmals oder besuchten Gruppen wieder oder erstmals. Die Hauspflegerinnen konnten besser mit den Klientinnen kommunizieren und die Pflege durchführen. Sie nahmen selbst Erfolge in ihrer Arbeit wahr, führten die ursprünglich gefährdete Pflege weiter, setzten die Anleitungen der Case Managerin um und entwickelten, basierend auf den Anleitungen, vereinzelt einen eigenen erfolgreichen Stil im Umgang mit depressivem und psychotischem Verhalten der Klientinnen.

Die im Projektverlauf beschriebenen individuellen subjektiven Einschätzungen der Verbesserungen stimmen häufig mit den Veränderungen der NOSGER-Einschätzung überein und werden damit ansatzweise validiert. Aussagen darüber, welche Interventionen der Case Managerin zu welchen Veränderungen geführt haben, können im Rahmen dieser Evaluation jedoch nicht gemacht werden.

Die NOSGER-Einschätzungen zeigten bei der Case Management-Gruppe signifikante Verbesserungen in Gedächtnis, IADL, ADL, Stimmung und Sozialverhalten, aber nicht in der Dimension störendes Verhalten. In der Gruppe ohne Case Management zeigte sich in keiner der NOSGER-Dimensionen eine signifikante Veränderung. Die Vergleiche der Veränderungen der NOSGER-Einschätzung zwischen den beiden Gruppen zeigten, dass die Unterschiede in den Dimensionen IADL, Stimmung und soziales Verhalten hochsignifikant und in der Dimension Gedächtnis schwach signifikant waren. Die Unterschiede in den Dimensionen ADL und störendes Verhalten waren nicht signifikant. Die fehlende Veränderung der ADL-Werte hängt vermutlich damit zusammen, dass die durchschnittlichen ADL-Werte beim ersten Messzeitpunkt nahezu im Normalbereich lagen (Floor-Effekt). Für störendes Verhalten sind keine Normdaten verfügbar, die niedrigen Werte beim ersten Messzeitpunkt (10 Punkte in beiden Gruppen) lassen hier jedoch auch Floor-Effekte vermuten. In der Vergleichsgruppe traten keine signifikanten Verschlechterungen in der NOSGER-Einschätzung auf und bei keiner der Klientinnen wurde die Pflege durch die Sozialstation z. B. wegen Institutionalisierung beendet. Somit bietet der Vergleich des Verlaufs zwischen den beiden Gruppen keine Anhaltspunkte dafür, dass das Case Management Verschlechterungen in den NOSGER-Dimensionen aufgehoben und Institutionalisierungen verhindert hat.

Hinsichtlich der Verbesserungen bei den Klientinnen bestätigen die Ergebnisse zwar die in der Literatur berichteten Resultate von Untersuchungen zum Case Management mit gerontopsychiatrisch Erkrankten (vgl. Pkt. 1.5.5), allerdings können die Ergebnisse wegen unterschiedlicher Vorgehensweise und Anbindung des Case Managements nicht mit den hier vorgelegten Daten verglichen werden. Da diese Untersuchung mit einer kleinen Stichprobe durchgeführt wurde und die Vergleichsgruppe nur auf der Basis der Einschätzung der Hauspflegerinnen rekrutiert wurde, sollte diese Untersuchung mit einer größeren Stichprobe und mit randomisiert rekrutierten Interventions- und Kontrollgruppen durchgeführt werden. Außerdem sollte die Vergleichbarkeit der Interventions- und Kontrollgruppen auf mehreren standardisierten Assessmentverfahren beruhen.

Sieben Angehörige wurden zu den Wirkungen des Projektes befragt. Sie beschrieben subjektiv empfundene zeitliche Entlastungen verbunden mit einer generellen Entspannung der Betreuungssituation. Zusätzlich nahmen die Angehörigen bei den Klientinnen eine erhöhte Selbstständigkeit, Optimismus und Zufriedenheit mit der Arbeit der Sozialstation, vermehrte soziale Kontakte und Aktivitäten außerhalb der Wohnung wahr. Einige Angehörige beschrieben jedoch auch unveränderte Belastungen bedingt durch Schuldgefühle, mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und durch die Krankheit der Klientin ausgelöste Zerwürfnisse innerhalb der Familie.

Mit den Ergebnissen wird eine positive Wirkung des Projektes hinsichtlich der zeitlichen Entlastung von Angehörigen deutlich. Hinsichtlich der psychischen Belastung der Pflege empfanden die Angehörigen keine Entlastung und bestätigten die oben gemachte Vermutung, dass die Case Managerin die subjektiven Belastungen der Angehörigen wenig beachtete.

5.4. Limitationen und Methodenkritik

Die folgenden Limitationen müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Grundlage der Datenanalyse war die vor fast 10 Jahren durchgeführte Arbeit von nur einer Case Managerin einhergehend mit einer kleinen Stichprobe. Die Datenerhebung basiert auf der Dokumentation der Case Managerin und auf Interviews der wissenschaftlichen Begleiterin mit der Case Managerin hinsichtlich des Wie und Warum der Handlungen. Da die Interviews nicht auf einem Tonträger aufgenommen wurden, kann nicht ausgeschlossen werden, dass potenziell aufschlussreiche Informationen beim Niederschreiben verloren gingen.

Weiter ist davon auszugehen, dass die Interviews die Wahrnehmung und damit nachfolgende Aktivitäten der Case Managerin veränderten und zu einem Kompetenzzugewinn führten. Die Gespräche hatten somit intervenierenden Charakter und beeinflussten die Arbeitsweise der Case Managerin und damit die Ergebnisse. Allerdings ist die Tatsache hervorzuheben, dass bei der geringen Daten- und Ausbildungslage zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung zum Projektzeitpunkt auf diesen Ansatz zurückgegriffen werden musste, da nicht auf speziell ausgebildete Fachkräfte und Dokumentationsvorlagen zurückgegriffen werden konnte. Zusätzlich ist dieses Projekt als Pilotstudie zu verstehen, die Anhaltspunkte über die Inhalte und mögliche Wirkungen einer Case Management-Intervention bei gerontopsychiatrisch Erkrankten ohne Anspruch auf generalisierbare Ergebnisse beschreiben sollte.

Zu diskutieren ist ebenso, ob die Anlehnung an die Methode Grounded Theory die geeignete Wahl der qualitativen Datenanalyse darstellte. Bei der Grounded Theory sollen Texte Zeile für Zeile gelesen, dabei nach Prozess, Aktionen, Annahmen und Konsequenzen gesucht und in einem iterativen Prozess analysiert werden (Ryan und Bernard, 2000). Die Auswertung dieser Arbeit hatte nicht das Ziel, eine neue Theorie zu formulieren, sondern die Methode zum konzeptionellen Ordnen der Daten einzusetzen. Dieser reduzierter Einsatz von Grounded Theory wird von den Entwicklern der Methode selbst vorgeschlagen (Strauss und Corbin, 1990). Wenn auch nicht explizit von den Entwicklern der Grounded Theory gefordert, sollten die Daten aus wörtlich transkribierten Texten bestehen. Diese Möglichkeit stand bei diesem Projekt nicht zur Verfügung, weil die Case Managerin Tonbandaufnahmen ablehnte. Des Weiteren fand die Dateninterpretation nicht im gegenseitigen Austausch mit Kollegen statt (Peer-Debriefing) und hat damit eine eingeschränkte Validität. Als weiterer Kritikpunkt kann aufgeführt werden, dass das Projektdesign mit einem Case Managementansatz angelehnt an das Strengths-Modell bereits viele Konzepte vorgab und die Möglichkeit der unabhängigen Themengewinnung einschränkte. Die Frage, inwieweit sich die durch die Analyse identifizierten Themen den Kriterien des SPOT-Modells zuordnen lassen, wurde erst nach der Analyse der Verlaufsbeschreibungen durchgeführt und schränkte damit die Themenfindung nicht weiter ein.

5.5. Abschließende Diskussion und aktueller Bezug

Mit dieser Arbeit wurde ein Case Management-Ansatz für eine klar definierte Zielgruppe mit spezifischen Problemlagen vorgestellt. Ziel dieses klientenorientierten Ansatzes war nicht eine Strukturweiterung, sondern die Prozess- und Ergebnisoptimierung der bereits bestehenden ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung durch eine ambulante Pflegestation (Ewers, 2000). Dazu führte eine psychiatrisch ausgebildete Fachkrankenpflegerin auf Basis einer Beziehung mit den Klientinnen Koordination und Vermittlung, therapeutische Maßnahmen und Anleitung von Hauspflegerinnen in der Wohnung der Klientinnen durch. Danach beendete die Case Managerin den Kontakt mit den Klientinnen, blieb aber für die weiterführenden Dienste zur Beratung verfügbar.

Als Ergebnis zeigten sich Verbesserungen in Gedächtnis, Stimmung, IADL-Funktionen und Sozialverhalten bei den Klientinnen. Hinsichtlich des Prozesses und der Inhalte wurde aufgezeigt, wie das Case Management die sozial-dinglich-räumliche Umweltpassung und Proaktivität von Klientinnen durch koordinierende, therapeutische und anleitende Massnahmen unterstützte. Ein zentrales Ergebnis der Prozessanalyse ist die Beschreibung der Anleitungsbedürfnisse von Hauspflegerinnen im ambulanten gerontopsychiatrischen Bereich und der Nachweis, dass Hauspflegerinnen bei entsprechender Anleitung eine qualitative Betreuung von gerontopsychiatrisch Erkrankten durchführen können.

Damit wird eine bislang in der Versorgungsforschung wenig beachtete Berufsgruppe in den Vordergrund gerückt, deren Arbeitsqualität und konkreter Anleitungs- und Unterstützungsbedarf in der Wohnung von gerontopsychiatrisch erkrankten Klientinnen bislang kaum betrachtet wurden. Gleichzeitig sind wenig systematische Untersuchungen hinsichtlich der Wirkung von Anleitungen verfügbar. Hauspflegerinnen sind in der Versorgungskette auf der letzten Hierarchiestufe

angesiedelt, spielen jedoch bei der ambulanten Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter eine wichtige Rolle. Diese Bedeutung dürfte sich in Zukunft angesichts des zu erwartenden höheren Anteils von Demenzkranken und damit verbunden auch alleinstehenden Demenzkranken erhöhen. Der hier vorgestellte Case Management Ansatz scheint sich als eine effektive Methode zur klientenzentrierten alltagsnahen Anleitung von Hauspflegerinnen anzubieten.

In der aktuellen Diskussion zur Versorgungsverbesserung wird die Wichtigkeit der Vernetzung betont (BMFSFJ, 2004). Vernetzung kann jedoch nur auf Basis von qualifizierten gemeindenahen Versorgungsstrukturen erfolgreich sein und diese wurden in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung noch nicht geschaffen. Mit dieser Arbeit wird ein Ansatz vorgestellt, der die Lücken in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, ohne neue Strukturen zu schaffen, füllen und Teil von Vernetzungsprozessen sein könnte.

Wegen der oft vorliegenden Multimorbidität bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen und der hohen Akzeptanz scheint die Anbindung des gerontopsychiatrischen Case Managements an eine Sozialstation ideal, da so Kranken- und Hauspflegerinnen intern vermittelt und angeleitet werden können und bei Problemen die Case Managerin schnell wieder tätig werden kann. Dabei müsste die Case Managerin jedoch auch in therapeutischen Gesprächsführungstechniken mit gerontopsychiatrisch Erkrankten ohne Pflegebedarf geschult sein.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass mit dem hier beschriebenen Case Management Ansatz die in der Literatur beschriebenen Notwendigkeiten und Defizite in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung berücksichtigt werden. Die Vorgehensweise integriert sowohl klientinnenspezifische Koordination als auch Kompetenz und Proaktivität verbessernde und erhaltende Massnahmen in der Wohnung und Wohnumgebung der Klientinnen. Die Massnahmen sind zeitlich begrenzt, was die Effizienz und damit die Möglichkeiten der Finanzierung erhöhen dürfte und gleichzeitig wird die kontinuierliche Durchführung der Massnahmen durch Anleitung von weiterführenden Diensten sichergestellt.

Da diese Arbeit als Pilotstudie zu verstehen ist, ist zu hoffen, dass weitere rigoros durchgeführte Forschungen zum Thema Case Management zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung durch Sozialstationen den Erkenntnisstand erweitern und zur dauerhaften Implementierung führen.

Literaturverzeichnis

Applebaum, R. A., Mayberry, P. (1996) Long-Term Care Case Management: A Look at Alternative Models. *The Gerontologist* 36: 710-715.

Applebaum R. A., Austin, C. (1990) Long-term case management: Design and evaluation. Springer, New York, 1990.

Applebaum R. A., Christianson, J. B., Harrigan, M., Schorre, J. (1988) The evaluation of the National Long Term Care Demonstration. *Health Services Research* 32: 143-198.

Arean, P., Gum, A., McCulloch, C., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L. (2005) Treatment of Depression in Low-Income Older Adults. *Psychology and Aging* 20: 601-609.

Baltes, M., Carstensen, L. (1999) Social-Psychological Theories and Their Applications to Aging. In: Bengtson, V. L., Schaie, K. W. *Handbook of Theories of Aging*. Springer, New York: 209-226.

Baltes, M., Sowarka, D., Neher, K., Kwon, S. (1993) Kognitive Intervention mit alten Menschen. In: *Expertisen zum ersten Altenbericht in der Bundesregierung -V- Ansätze der Rehabilitation und Modelle der Pflegefallabsicherung in der Bundesrepublik und in Europa*. Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. Berlin: 241-326.

Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U., Borchelt, M. (1996) Alltagskompetenz im Alter. Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: Mayer, K. U., Baltes, P. *Die Berliner Altersstudie*. Akademie Verlag, Berlin: 525-542.

Baltes, M. M., Wahl, H.W. (1992) The Dependency-Support Script in Institutions: Generalization to Community Settings. *Psychology and Aging*. 7: 409-418.

Baltes, M. M., Honn, S., Barton, E. M., Orzech, M., Lago, D. (1983) On the social ecology of dependence and independence in elderly nursing home residents: a replication and extension. *Journal of Gerontology* 38: 556-564.

Barthelme, D., Garms-Homolova, V., Polak, U. (1999) Belastungen in der ambulanten Pflege in: Schmidt, R., Entzian, H., Giercke, K. I., Klie, T. *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune*. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main: 235-243.

Bengtson, V. L., Rice, C. J., Johnson, M. L. (1999) Are Theories of Aging important? Models and Explanations in Gerontology at the Turn of the Century. In: Bengtson, V. L., Schaie, K.W. *Handbook of Theories of Aging*. Springer, New York: 3-20.

Bengtson, V. L., Schaie, K. W. (Hg.) (1999) *Handbook of Theories of Aging*. Springer, New York.

Bergener, M., Kruse, A. (1993) Psychogeriatrische Beiträge zur Rehabilitation psychisch erkrankter älterer Menschen. Erfahrungen aus einigen europäischen Ländern. In: *Expertisen zum ersten Altenbericht in der Bundesregierung -V- Ansätze der Rehabilitation und Modelle der Pflegefallabsicherung in der Bundesrepublik und in Europa*. Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V. Berlin: 327-360.

Bickel, H. (2003) Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In: Förstl, H. *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 2. Auflage: 11-26.

Bond, G., Miller, L., Krumwied, R., Ward, R. (1988) **Assertive Case Management in Three CMHCs: A Controlled Study**. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 411-418.

Boult, C., Boult, L., Pacala, T. (1998) Systems of Care for Older Populations of the Future. *Journal of the American Geriatric Society* 46: 499-505.

- Brill, K. E.** (1996) Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes. Psychosoziale Umschau Heft 2: 10-14.
- Bühl, A., Zöfel, P.** (1998) SPSS für Windows Version 7.5 – Praxisorientierte Einführung in die moderne Datenanalyse. Addison Wesley Longman, Bonn.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ** (2004) Altenhilfestrukturen der Zukunft. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ** (2002) Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ** (2002) Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ** (1999) Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen. Bd. 189.1. Stuttgart.
- Bundesministerium für Gesundheit BmFG** (2002) Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien. Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit BfG** (2000) Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Band 133. Nomos, Baden-Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit BfG** (1999) Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit Band 114, Nomos, Baden-Baden.
- Burgio, L. D., Stevens, A., Burgio, K. L., Roth, D. L., Paul, P., Gerstle, J.** (2002) Teaching and Mantaining Behavior Management Skills in the Nursing Home. *The Gerontologist* 42: S. 487- 496,
- Carp, F. M., Carp, A.** (1984) A Complementary/Congruence Model of Well-Being or Mental Health for Community Elderly. In: Altman, I., Lawton, P. M., Wohlwill, J. F. *Elderly People and the Environment*. Plenum Press, New York: 279-336.
- Challis, D., Abendorff, Rv., Brown, P., Chesterman, J., Hughes, J.** (2002) Care management, dementia care and specialist mental health services: An evaluation. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 315-325.
- Chamberlain, R., Rapp, C. A.** (1991) A Decade of Case Management: A Methodological Review of Outcomes Research. *Community Mental Health Journal* 27: 171-189.
- Carcagno, G. J., Kemper, P.** (1988) An Overview of the Channeling Demonstration and Its Evaluation. *Health Services Research* 1: 1-22.
- Charmanz, K.** (2000) Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods. In: Denzin, N., Lincoln, Y. S. *Handbook of Qualitative Research*. Second Edition. Sage, Thousand Oaks
- Cohen, E., Cesta, T.** (1997) *Nursing Case Management. From Concept To Evaluation*. Mosby, St. Louis, 2. Aufl.
- Corbin, J., Strauss, A.** (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Day, K., Carreon, D., Stump, C.** (2000) The Therapeutic Design of Environments for People with Dementia: A Review of the Empirical Research. *The Gerontologist* 40: 397-415.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management** (2006) <http://www.case-manager.de/index.htm> aus dem Internet heruntergeladen am 16.03.06.
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung. Bonn, 1988.**

- Entzian, H. (1999)** Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege. Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung. In Klie, T.; Schmidt, R. Die neue Pflege alter Menschen. Hans Huber Bern: 93-115
- Ewers, M. (1996)** Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Ewers, M. (2000)** Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (2000) Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Göttingen: 53 - 90
- Ewers, M., Schaeffer, D. (Hg.) (2000)** Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Göttingen.
- Förstl, H. (Hg.) (2003)** Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.
- Förstl, H., Lauter, H., Bickel, H. (2001)** Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie. Leske + Budrich, Opladen: 113-199.
- Folstein, M., Antony, J. C., Pahad, I., Duffy, B. (1985)** The meaning of cognitive impairment in the elderly. *Journal of the American Geriatric Society* 33: 288-233.
- Friedrichs, J. (1980)** Methoden empirischer Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen 10. Aufl.
- Garms Homolová, V., Schaeffer, D. (1992)** Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktion. Lambertus, Freiburg.
- Gerecke, H., Wißmann, P. (1998)** Case Management IV. *Socialmanagement* 4: 25-27.
- Gitlin, L. (2003)** Conducting Research on Home Environments: Lesson Learned and New Directions. *The Gerontologist* 43: 628-637.
- Görres, S. (1992)** Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung. Alltagsbezogene Faktoren im Rehabilitationsprozess und in der Nachsorge chronisch kranker älterer Menschen. Weinheim, München.
- Gräbel, E. (1998)** Häusliche Pflege demenziell und nicht demenziell Erkrankter. Teil I: Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31:52-56.
- Haupt, M. (2003)** Strategien bei kognitiven Störungen. In: Förstl, H. (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 188-197.
- Hautzinger, M. (2003).** Verhaltenstherapie. In Förstl, H. (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 166-178.
- Heckhausen, J., Schulz, R. (1995)** A Life-Span-Theory of Control. *Psychological Review* 102: 284-404.
- Helmchen, H., Kanowski, S. (2001)** Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklungen und zukünftige Anforderungen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie. Leske + Budrich, Opladen: 11-111.
- Helmchen, H., Baltes, P., Geiselman, P., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M., Wilms, H. U. (1996)** Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer, K. U. und Baltes, P. B. Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin: 185-220.
- Herringer, N. (2002)** Empowerment – Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheit e. V. (Hg.) Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder. Loseblattwerk Ergänzungslieferung 4, Luchterhand-Verlag, Neuwied: 1-24.

- Heuft, G. (2003)** Psychosomatische Erkrankungen. In: Förstl H (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 457-465.
- Heuft, G., Radebold, R. (1999)** Gerontopsychosomatik. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 297-308.
- Hillewaere, L., Moons, P., Steeman, E., Milisen, K., Borgermans, L. und Abraham, I. (2000)** Pflegerisches Case Management bei gerontopsychiatrischen Patienten. In: Ewers, M., Schaeffer, D. (Hg.) Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Göttingen.
- Hirsch, R. D. (1999)** Gerontopsychiatrie. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 274-296.
- Hirsch, R. (Hg.) (1994)** Psychotherapie bei Demenzen. Steinkopff, Darmstadt.
- Hoffmann, U. (1996)** Schnellkurs Statistik mit Hinweisen zur SPSS Benutzung. Sport und Buch, Strauss, Köln.
- Höft, B. (1999)** Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege. Psychosoziale Arbeitshilfen. Band 13. Psychiatrie Verlag, Bonn.
- Höhm, U. (2002)** Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Vincentz, Hannover.
- Holz, P., Kruse, A. (2005)** Wissenschaftliche Begleitung des Projekts „Case Management mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen“ des Diakonischen Werkes Heidelberg. Endbericht. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. <http://www.gero.uni-heidelberg.de/projekte.html> aus dem Internet heruntergeladen am 1.3.06
- Jansen, B. (1999)** Informelle Pflege durch Angehörige. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 604-628.
- Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) (1999)** Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim.
- Jansen, B., Klie, T. (1999)** Häuslichkeit. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 521-539.
- Kaiser, H. J. (2003)** Wissenschaftstheoretische und methodische Grundfragen der Sozialen Gerontologie. In: Karl, F. (Hg.) Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Juventa Verlag, Weinheim: 141-162.
- Kahana, E. (1982)** A Congruence Model of Person-Environment Interaction. In: Lawton, P. M., Windley, P. G., Byerts, T. O. Aging and the Environment. Theoretical Approaches. Springer, New York: 97-121.
- Kardorff v, E. (1999)** Rehabilitation im Alter. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 579-603.
- Karl, F. (Hg.) (2003)** Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem. Juventa Verlag, Weinheim.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffee, M. W. (1963)** Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association 185: 914-919.
- Klein, U. (1996)** Netzwerkarbeit in der ambulanten Rehabilitation älterer Menschen. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen. Kasseler Gerontologische Schriften, Band 19.

- Kretschmann, R. (1988)** Ambulante psychiatrische Pflege durch Sozialstationen. Lambertus, Freiburg.
- Kruse, A. (1992)** Rehabilitation in der Gerontologie- Theoretische Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse. In: Mühlum, A., Oppl, H. (Hg.) Handbuch der Rehabilitation. Luchterhand, Neuwied: 333-355.
- Kurz, A. (1997)** Depressionen im Alter: Klassifikation, Differentialdiagnose und Psychopathologie. In: Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (Hg.) Depressionen im Alter. Steinkopff, Darmstadt: 33-40.
- Kurz, A., Jansen, S., Tenge, B. (2003)** Gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen. In: Förstl, H. (Hg.) Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 198-214.
- Lang, E. (1999)** Altersmedizin. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) Soziale Gerontologie. Beltz, Weinheim: 256-273.
- Lang, F.R. (2003)** Social motivation across the lifespan: Developmental perspectives on the regulation of personal relationships and networks. In: Lang F.R., Fingermann K.L. (Hg.), Growing together: Personal relationships across the life span. New York Cambridge University Press 341-367
- Lang, F.R. (2001)** Regulation of Social Relationships in Later Adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 56B: P321-P326.
- Linden, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., Steinhagen-Thiessen, E. (1996)** Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: Mayer, K. U., Baltes, P. Die Berliner Altersstudie. Akademie, Berlin: 475- 496.
- Lawton, P. M. (1989)** Environmental Proactivity in Older People. In: Bengston, V. L., Schaie, K. W. The Course of Later Life. Research and Reflections. Springer, New York: 15-23.
- Lawton, M. P., Brody, E. (1969)** Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9: 179-138.
- Lawton, M. P. (1982)** Competence, Environmental Press, and the Adaption of Older People. In: Lawton, M. P., Windley, P. G., Byerts, T. O. Aging and the Environment. Theoretical Approaches. Springer, New York: 33-59.
- Lawton, M. P. (1980)** Environment and aging. Wadsworth, Inc., Belmont California USA
- Lehr, U. (2003)** Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Wiebelsheim, 2003. 10. Aufl.
- Löcherbach, P., Klug, W., Rummel-Fassbender, R., Wendt, W. R. (Hg.) (2003)** Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. Luchterhand, Darmstadt, 2003.
- Maas, I., Staudinger, U., M. (1996) Lebensverlauf und Altern: Kontinuität und Diskontinuität der gesellschaftlichen Beteiligung, des Lebensinvestments und ökonomischer Ressourcen. In: Mayer, K. U, Baltes, P. Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin.
- Macias, C., Kinney, R., Farley, O. W., Jackson, R. und Vos, B. (1994)** The Role of Case Management within a Community Support System: Partnership with Psychosocial Rehabilitation. *Community Mental Health Journal* 4: 323-339.
- Mayer, K. U., Baltes, P. (Hg.) (1996)** Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin.
- Mollenkopf, H. (2000)** Technik and Design. In: Wahl, H. W, Tesch-Roemer, C. (Hg.). Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart: 224-232.
- NASW National Association of Social Workers (1992) NASW Standards for Social Work Case Management Washington**

http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp aus dem Internet heruntergeladen am 04.12.05.

Naumann, D., Himmelbach, I., Oswald, F., Sixsmith, J., Klink, R., Varnhorn, S., Wahl, H. W., Mollenkopf, H. (2005) Inable Age In-Depth Study. National Report Germany. Deutsches Zentrum für Altersforschung Heidelberg. <http://www.enableage.arb.lu.se/documents/WP4%20National%20Report%20German%20y.pdf> aus dem Internet heruntergeladen am 05.03.06.

Newcomer, R., Maravilla, V., Faculjak, P., Graves, M. (2004) Outcomes of Preventive Case Management Among High-Risk Elderly in Three Medical Groups. *Evaluations & The Health Professions 4*: 323-348.

Niklewski, G., Baldwin, B. (2003) Depressive Erkrankungen. In: Förstl, H. (Hg.) (2003) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 436-448.

Oswald, F., Hagen, B., Rupprecht, R., Gunzelmann, T. (2003) Erhalt der Selbständigkeit im höheren Lebensalter: Langfristige Trainingseffekte der SIMA-Längsschnittstudie. In: Karl, F. (Hg.) *Sozial- und Verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem*. Juventa Verlag, Weinheim: 261-270.

Oswald, F. (2000): Wohnen und Wohnanpassung in Privathaushalten. In: Wahl, H. W., Tesch-Roemer, C. (Hg.) *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart: 209-215.

Oswald, F. (1998): Erleben von Wohnalltag bei gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31*: 250-256.

Pinquart, M. (1998) Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen auf das Befinden und das Selbstkonzept im höheren Erwachsenenalter- Ergebnisse einer Metaanalyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31*: 120-126.

Raiff, N., Shore, B. (1997) Fortschritte im Case Management. Lambertus, Freiburg.

Rapp, C. A. (1998) *The Strengths Modell. Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. Oxford University Press, New York.

Radebold, H., Hirsch, R. D. (2003) Tiefenpsychologische/psychoanalytische Behandlungsverfahren. In: Förstl, H. (Hg.) (2003) *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie*. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.: 179-187.

Radebold, H., Ostermann, K., Teising, M. (1999) Beratung, Psychotherapie, Sozialtherapie/Milieu-therapie und Rehabilitation. In: Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hg.) *Soziale Gerontologie*. Beltz, Weinheim: 683-706.

Radebold, H. (1997) Psychoanalytische Psychotherapie von Depressionen über 60-Jähriger. In: Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B.; Wächtler, C. (Hg.) (1997) *Depressionen im Alter*. Steinkopf, Darmstadt: 51-59.

Ryan, G. W., Bernard, H. R. (2000) Data Management and Analysis Methods. In: Denzin, N., Lincoln, Y. S. *Handbook of Qualitative Research. Second Edition*. Sage Thousand Oaks, USA.

Sauer, P., Wissert, M. (1996) Ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation älterer Menschen. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung im Auftrag des Sozialwerk Berlin e. V.

Schaie, K. W., Willis, S. L. (1999) Theories of Everyday Competence and Aging. In: Bengtson, V. L., Schaie, K. W. (Hg.) *Handbook of Theories of Aging*. Springer, New York: 174-195.

Schaeffer, D. (2004) Zum Verhältnis von Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 37*: 307-315.

- Schäufele, M., Lindenbach, I., Cooper, B. (1995)** Die Inanspruchnahme von Sozialstationen vor und nach Inkrafttreten des Leistungstatbestandes „Schwerpflegebedürftigkeit“- eine Studie in Mannheim. *Das Gesundheitswesen* 57:55-62.
- Schäufele M., Cooper, B. (1993)** Dementielle Erkrankungen und Versorgung von älteren Patienten der Mannheimer Sozialstationen. *Psychiatrische Praxis* 20:18-24.
- Schmidt-Posner, J., Jerrell, J. M. (1998)** Qualitative Analysis of Three Case Management Programs. *Community Mental Health Journal* 4: 381-392.
- Schmitt, E. M., Wojnar, J. (1999)** Leitlinien zum Umgang mit Verwirrten. Vincentz, Hannover, 1999.
- Schmitt, E. M. (1997)** Gerontopsychiatrische Übergangspflege Berlin-Tempelhof. In: Radebold, H., Hirsch, R. D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B., Wächtler, C. (Hg.): *Depressionen im Alter*. Steinkopff, Darmstadt: 177-180.
- Schmitt, M., Martin, M. (2003)** Die Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) über die Bedingungen gesunden und zufriedenen Älterwerdens. Juventa, Weinheim: 205-223.
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1999)** Aging, Culture and Control: Setting a New Research Agenda. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 54B: P139-P145.
- Schulz, R., Heckhausen, J. (1996)** A Life Span Model of Successful Aging. *American Psychologist* 51: 702-714.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (1999)** Pressemitteilung 24.09.1999.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales II B 01. Berlin (1996)** Psychiatrie-Entwicklungs-Programm (1996). *Psychiatrie-Bericht Berlin -Teil III*.
- Singer, T., Lindenberger, U. (2000)** Plastizität In: Wahl, H. W., Tesch-Roemer, C. (Hg.) *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer: 39-43.
- Solomon, P. (1992)** The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients. *Community Mental Health Journal* 28:163-180.
- Spiegel, R. (1997)** Die Bedeutung der Fremdbeurteilung bei Alters-Hirnkrankheiten. *Therapeutische Umschau* 54: 314-319.
- Spiegel, R. (1992)**. Erfassung des Verhaltens psychogeriatrischer Patienten im Alltag mit der NOSGER. In: Jovic, N. I., Uchtenhagen, A. (Hg.) *Ambulante Psychogeriatric: Neue Wege und Hinweise für die Praxis*. Asanger, Heidelberg: 28-42.
- Spiegel, R., Brunner, C., Ermini-Fünfschilling, D., Monsch, A., Notter, M., Puxty, J., Tremmel, L. (1991)** A new behavioral assessment scale for geriatric out-and inpatients: The NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *Journal of the American Geriatric Society* 39: 339-347.
- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M., Maas, I. (1996)** Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In: Mayer, K. U., Baltes, P.. *Die Berliner Altersstudie*. Akademie Verlag, Berlin: 321-350.
- Statistisches Bundesamt (2003)** Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein. Pressemitteilung vom 6. Juni 2003.
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm> aus dem Internet heruntergeladen am 12.01.06.
- Strauss, A., Corbin, J. (1996)** Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz, Weinheim.
- Stuck, A. (2000)** Geriatriches Assessment. In: Wahl, H. W., Tesch-Roemer, C. (Hg.) *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Kohlhammer, Stuttgart: 296-301.
- Teresi, J. A., Holmes, D., Ory, M. G. (2000)** The Therapeutic Design of Environments for People with Dementia: Further Reflections and Recent Findings from the

National Institute on Aging Collaborative Studies of Dementia Special Care Units. *The Gerontologist* 40:417-421.

Thomae, H. (1983) Alternsstile und Alternsschicksale. Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Verlag Hans Huber, Bern.

Tremmel, L., Spiegel, R. (1993) Clinical experience with the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): Tentative normative data and sensitivity to change. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8: 311-317.

Wagner, G., Schütze, Y., Lang, F. R. (1996) Soziale Beziehungen alter Menschen. In: Mayer, K. U., Baltes, P. (1996) Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag Berlin: 301-320.

Wahl, H. W. (1998) Alltagskompetenz: Ein Konstrukt auf der Suche nach einer Identität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31:243-249.

Wahl, H. W., Lang, F. (2004): Aging in Context Across the Adult Life Course: Integrating Physical and Social Environmental Research Perspectives. In: Wahl, H. W., Scheidt, R. J., Windley, P. G., (Hg.) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. Springer, New York: 1-33.

Wahl, H. W., Weisman, G. D. (2003) Environmental Gerontology and the Beginning of the New Millennium: Reflections on its Historical, Empirical, and Theoretical Development. *The Gerontologist* 43: 616-627.

Wahl, H. W., Tesch-Roemer, C. (Hg.) (2000) Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart.

Wahl, H. W., Schilling, O., Oswald, F., Heyl, V. (1999) Psychosocial Consequences of Age-Related Visual Impairment: Comparison with Mobility-Impaired Older Adults and Long-term Outcome. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 54B: P304 – P316.

Wahl, H. W., Oswald, F., Zimprich, D. (1999) Everyday Competence in Visually Impaired Older Adults: A Case for Person-Environment Perspectives. *The Gerontologist* 39: 140-149.

Wahl H. W., Baltes, M. (1993) Ökopsychologische Aspekte Geriatrischer Rehabilitation. In: Niederfranke, A. Fragen geriatrischer Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart: 53-69.

Wahle, M., Häller, S., Spiegel, R. (1996) Validation of the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients): Reliability and validity of a caregiver rating instrument. *International Psychogeriatrics* 8: 525-547.

Weil, M. (1995) Schlüsselkomponenten einer effizienten und effektiven Dienstleistung. In: Wendt, W. R. (Hg.) *Unterstützung Fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit*. Lambertus, Freiburg 2. Auflage: 84-123.

Wendt, W. R. (2003) Case Management- Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rummel-Fassbender, R., Wendt, W. R. (Hg.) *Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*. Luchterhand, Darmstadt: 13-35.

Wendt, W. R. (1997) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg.

Wendt (1995) (Hg.) *Unterstützung Fallweise. Case-Management in der Sozialarbeit*. Lambertus, Freiburg, 2. Auflage.

Weyerer, S. (2005) Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Robert Koch Institut http://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/pdfdateien/allgemein/berichte/altersdemenz.pdf heruntergeladen am: **01.03.06**.

Wissert, M. (2003) Case Management mit alten pflegebedürftigen Menschen - Lehren aus einem Modellversuch. In: Löcherbach, P., Klug, W., Rummel-Fassbender, R.,

Wendt, W. R. (Hg.) Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. Luchterhand, Darmstadt, 185-200.

Wissert, M. (1998) Grundfunktionen und fachliche Standards des Unterstützungsmanagements. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31: 331-337.

Wissert, M. (1996) Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Beratungshilfen durch das Unterstützungsmanagement. Lambertus, Freiburg.

Wißmann, P. (1995) Unterstützung darf nicht entmündigen. Blätter der Wohlfahrtspflege 5: 122-123.

ANHANG A

Bogen zur Einstufung von älteren Patienten

Nurse Observation Scale for Geriatric Patient NOSGER/Spiegel 1992

Wie ist es dem Patienten die letzten zwei Wochen ergangen.? Bitte kreuzen Sie an was Ihrem Eindruck am ehesten entspricht. **Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

NAME DES PATIENTEN: _____ Datum: _____

	<u>immer</u>	<u>meistens</u>	<u>oft</u>	<u>hie und da</u>	<u>nie</u>
1. kann sich ohne Hilfe rasieren /schminken u.Haare kämmen. (nur mit Anregung=nie!)	<input type="checkbox"/>				
2. Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernseher.	<input type="checkbox"/>				
3. Sagt, er /sie sei traurig.	<input type="checkbox"/>				
4. Ist unruhig in der Nacht.	<input type="checkbox"/>				
5. Nimmt Anteil an den Vorgängen in seiner/ihrer Umgebung.	<input type="checkbox"/>				
6. Bemüht sich um Ordnung in seinem /ihrem Zimmer.	<input type="checkbox"/>				
7. Kann den Stuhlgang kontrollieren.	<input type="checkbox"/>				
8. Setzt eine Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.	<input type="checkbox"/>				
9. Kann kleine Besorgungen (Zeitungen, Eßwaren) selber machen.	<input type="checkbox"/>				
10. Sagt er/sie fühle sich wertlos.	<input type="checkbox"/>				
11. Pfl egt sein Hobby.	<input type="checkbox"/>				
12. Wiederholt im Gespräch immer wieder den gleichen Punkt.	<input type="checkbox"/>				
13. Wirkt traurig und weinerlich.	<input type="checkbox"/>				
14. Wirkt sauber und ordentlich.	<input type="checkbox"/>				
15. L äuft davon.	<input type="checkbox"/>				
16. Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.	<input type="checkbox"/>				
17. Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.	<input type="checkbox"/>				

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18. Verläßt das Haus in ungeeigneter Kleidung. | <input type="checkbox"/> |
| 19. Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren. | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn/sie etwas fragt. | <input type="checkbox"/> |
| 21. Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf. | <input type="checkbox"/> |
| 22. erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen. | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ist aggressiv (in Worten oder Taten). | <input type="checkbox"/> |
| 24. Kann die Blasenfunktion (Urin) kontrollieren. | <input type="checkbox"/> |
| 25. Erscheint gutgelaunt. | <input type="checkbox"/> |
| 26. Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht. | <input type="checkbox"/> |
| 27. Verwechselt Personen | <input type="checkbox"/> |
| 28. Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe). | <input type="checkbox"/> |
| 29. Wirkt im Kontakt mit Angehörigen oder Freunden freundlich und positiv. | <input type="checkbox"/> |
| 30. Ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln. | <input type="checkbox"/> |

ANHANG B

Angehörigen- (Bekannten)befragung

Name des Patienten

Verwandt/Bekannt wie

1. Frage nach **Belastungen**

2. **Auswirkungen** der Belastung

3. Welche Unterstützung/Maßnahmen hat **Ihnen** geholfen und warum
-welche Unterstützung dem **Patienten** und warum

4. Was wäre für **Sie** -als Angehörige optimal?