



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Case Management in der Pflege –
Eine Unterstützungsleistung pflegender Angehöriger**

Verfasserin

Corinna Christl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Mai 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Mag. Dr. Berta Schrems

Ein großer Dank richtet sich an meine Eltern, die mich während des Studiums tatkräftig unterstützten und mir dieses überhaupt ermöglichten.

Meinem Freund Gerhard gebührt ein von Herzen kommendes Dankeschön zum einen für sämtliche technische Mühen während der Diplomarbeitserstellung und zum anderen für das Mitsein.

Weiters bedanke ich mich bei allen Freunden für den fachlichen Austausch und das offene Ohr während nicht immer leichten Phasen.

Ich möchte meiner Betreuerin Frau Dr. Berta Schrems für die wirklich gute Begleitung meiner Arbeit und für zahlreiche wertvolle Tipps danken.

Ein weiterer Dank gilt Frau DGKS Natalie Lottersberger der Einrichtung Care-Ring für die Vermittlung der Angehörigenkontakte für die geplanten Interviews und für die gute Zusammenarbeit, sowie allen Angehörigen selbst, die mir in den Gesprächen viele relevante Informationen lieferten. Ebenso möchte ich Herrn Mag. Wolfgang Iro und Frau Mag. Monika Wild danken, dass sie sich für ein Experteninterview bereit erklärt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
1.1	Problemstellung und Motivation	9
1.2	Forschungsfragen	11
1.3	Zielsetzungen der Arbeit	12
2	Pflege Case Management	15
2.1	Begriffsdefinitionen	15
2.1.1	Case Management	15
2.1.2	Care Management	17
2.1.3	Managed Care	18
2.1.4	Disease Management	18
2.2	Entwicklung des Case Management	19
2.2.1	Ausrichtung des Case Management	20
2.3	Zielsetzungen und Aufgaben	21
2.4	Case Management Regelkreis	21
2.4.1	Identifikation	22
2.4.2	Assessment	23
2.4.3	Entwicklung des Versorgungsplans	23
2.4.4	Implementation des Versorgungsplans	23
2.4.5	Monitoring und Re-Assessment	24
2.4.6	Evaluation und Abschluss	24
2.4.7	Case Management Prozess vs. Pflegeprozess	24
2.5	Kernfunktionen	25
2.5.1	Advocacy - anwaltschaftliche Funktion	25
2.5.2	Broker - vermittelnde Funktion	26
2.5.3	Gate-Keeper - selektierende Funktion	26
2.6	Modelle und Konzepte des Pflege Case Management	26
2.6.1	Case Management Modelle	27
2.6.2	Konzepte zur Einbeziehung von Angehörigen	31
3	Pflegende Angehörige	39
3.1	Allgemeine Daten zur Angehörigenpflege	39
3.2	Belastende Faktoren der häuslichen Pflege	41
3.2.1	Psychische und physische Belastungen	41
3.2.2	Informationsbedarf und sonstige Belastungen	42
3.2.3	Belastungen bei Angehörigen demenzkranker Menschen	44
3.3	Angehörigenintegration und -arbeit	45
3.4	Entlastende Faktoren durch professionelle Unterstützung	46
3.4.1	Entscheidungskompetenz durch Information und Beratung	47
3.4.2	Unterstützung im Alltagsmanagement	48

Inhaltsverzeichnis

3.4.3	Formen pflegerischer Unterstützung	49
4	Selbstpfledefizit-Theorie nach Orem	53
4.1	Konzeption des Modells	53
4.1.1	Selbstpflegeerfordernisse	54
4.1.2	Selbstpflegekompetenz	56
4.1.3	Selbstpfledefizit	56
4.1.4	Pflegekompetenz und Pflegesystem	57
4.2	Integration der Angehörigen in das Modell	58
4.2.1	Dependenzpflege und -kompetenz	58
4.2.2	Dependenzpflege- und Selbstpfledefizite der Angehörigen	59
5	Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen	61
5.1	Beantwortung der Forschungsfragen	61
5.1.1	Pflegewissenschaftliche Modelle des Case Management	61
5.1.2	Konzepte zur Begleitung von Angehörigen	62
5.2	Zusammenführung von Pflege Case Management mit pflegenden/betreuenden Angehörigen	63
5.2.1	Implementationsvorschläge von Case Management für Angehörige	64
6	Methodologie	67
6.1	Methode und Forschungsdesign	67
6.1.1	Operationalisierung der Forschungsfragen	68
6.1.2	Datenerhebung	69
6.1.3	Datenauswertung	72
7	Ergebnisdarstellung	75
7.1	Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen	75
7.1.1	Das Case Management des Fonds Soziales Wien	75
7.1.2	Das Case Management von Care-Ring	81
7.1.3	Das Case Management des Roten Kreuzes	85
7.1.4	Zusammenfassung	89
7.2	Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive	90
7.2.1	Belastungen	92
7.2.2	Entlastungen	97
7.2.3	Inhalt der Unterstützung	102
7.2.4	Handlungskompetenz	105
7.2.5	Veränderung durch das Case Management	107
7.2.6	Evaluation der Dienstleistung	108
7.3	Beantwortung der Forschungsfragen	113
7.3.1	Rolle der Angehörigen im Case Management	113
7.3.2	Nutzen des Case Management aus der Angehörigenperspektive	114

Inhaltsverzeichnis

8 Conclusio und Diskussion	117
9 Literaturverzeichnis	123
10 Anhang	127

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Motivation

Die Pflege und Betreuung im häuslichen Bereich wird zu mehr als 80% von Angehörigen¹ ausgeführt bzw. übernommen (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.1). Oft ist diese Übernahme aufgrund von akuter Pflegebedürftigkeit oder aufgrund pflegeerforderlicher medizinischer Diagnosen unerwartet und stellt neben dem Patienten² auch für dessen Angehörige(n) ein kritisches Lebensereignis dar. In der Literatur wird belegt, dass Angehörige durch die Pflege bzw. Betreuungstätigkeit im häuslichen Umfeld sowohl psychisch als auch physisch sehr belastet sind und dringend Information sowie Beratung und Unterstützung bedürfen (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.64ff), (vgl. Dörpinghaus et al., 2008, S.142ff), (vgl. Seidl und Labenbacher, 2007, S.46ff). Hinzu kommt, dass es für Angehörige in Anbetracht der Fülle an Angeboten vorhandener Hilfeleistungen und der Unübersichtlichkeit des Gesundheitssystems schwierig ist, die passende Unterstützung auszuwählen und es leicht zu Überforderungen kommen kann.

Als 'größter Pflegedienst' in Österreich sollte gerade dieser Gruppe der betreuenden Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt und sowohl passende als auch effektive Unterstützungsangebote bereit gestellt werden. Wird die in der Literatur beleuchtete Situation der Angehörigen mitsamt ihren negativen Aspekten betrachtet, wird offensichtlich, dass neue Konzepte für die Miteinbeziehung der Bezugspersonen des Patienten entwickelt werden müssen. Mit der adäquaten Unterstützung kann infolgedessen die Pflege im häuslichen Bereich durch Angehörige aufrecht erhalten werden, was wiederum deutliche Einsparungen im Gesundheitswesen mit sich bringt.

Die Methode Case Management würde sich meiner Meinung nach als Hilfestellung für Angehörige von Seiten der professionellen Pflege gut anbieten, da diese personenbezogene Dienstleistung eine kontinuierliche Versorgung und Unterstützung für den Patienten und seinem Umfeld, inklusive der Angehörigen, gewährleistet. Für eine integrierte Versorgung und Begleitung schätzen Case Manager die Bedürfnisse der Klienten ein, planen, koordinieren und implementieren sämtliche für die Klienten benötigten Dienstleistungen im

¹Mit Angehörigen sind vor allem Familienmitglieder bzw. Verwandte der pflegebedürftigen Person gemeint, die als Hauptverantwortliche in der Pflege und Betreuung involviert sind.

²In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit vorwiegend die männliche Form der Begriffe verwendet, welche die weibliche Form ebenso inkludiert.

1 Einleitung

Gesundheitssektor, wobei auch die Angehörigen als Klienten gesehen werden müssen.

Während des Studiums habe ich einige Seminare besucht, in denen die Angehörigenintegration in der Pflege behandelt wurde. Für mich ist es aufgrund von vorhergegangenen Arbeiten und Literaturrecherche zu diesem Thema sehr wichtig, diesem Personenkreis in der Zuerkennung eines definierten Arbeitsbereichs der Pflege, eben durch das Case Management, mehr Unterstützung zukommen zu lassen. Meiner Meinung nach ist vor allem der Beratungsaspekt, der im Zuge des pflegerischen Case Management zum Tragen kommt, wichtig, um den Angehörigen mehr Informationen und somit Hilfe zur Selbsthilfe bieten zu können. Das Pflegemodell nach Dorothea Orem kann als Grundverständnis der Methode Case Management gesehen werden, welches zum Ziel hat, die Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenzen der Angehörigen zu stärken und Defizite in diesen Bereichen zu vermeiden bzw. zu beseitigen (siehe Kapitel 4). Ebenso geht es im Case Management darum, die Angehörigen einerseits durch die Abnahme von Tätigkeiten zu entlasten und andererseits durch mehr Aufklärung und Unterstützung zu befähigen, selbst Aufgaben eines Case Managers zu übernehmen und erfolgreich umsetzen zu können.

Im Laufe der letzten Monate und während des Diplomandenseminars habe ich versucht, pflegende Angehörige und Unterstützungsmaßnahmen in verschiedensten Dienstleistungsangeboten zusammenzuführen und Fragestellungen zu formulieren. Im Zuge meiner Recherche darüber, in welchen Formen Beratung für Angehörige angeboten wird, bin ich zu der Erkenntnis gekommen, dass im stationären Bereich im Zuge des Entlassungsmanagement oder auch in der Überleitungspflege viel hinsichtlich Angehörigenberatung getan wird. Jedoch wird, wie zum Beispiel in einer Studie des Dachverbands Wiener Pflege- und Sozialdienste bemängelt wird, nach einer zwar erfolgreichen Entlassung in Folge der Kontakt mit dem Patienten und auch mit den pflegenden Angehörigen meist nicht weitergeführt. Viele der Angehörigen hätten sich dies allerdings gewünscht (vgl. [Grundböck et al., 2005](#), S.125). Die Fortsetzung der Unterstützung der pflegerischen Versorgung im häuslichen Bereich wird demnach nicht zufriedenstellend beurteilt.

Hier kann das Pflege Case Management³ ansetzen, da dieses eine kontinuierliche Betreuung der Klienten eben auch im ambulanten Pflegebereich zum Ziel hat. Den Angehörigen könnte somit eine längerfristige Versorgung aus einer Hand, durch einen Case Manager, angeboten werden. Dies wiederum könnte zum Beispiel die Selbstbefähigung und

³Case Management findet bereits in vielen Bereichen wie z.B. in der Sozialarbeit, Rehabilitation, oder in der medizinischen Versorgung Verwendung. In dieser Arbeit wird jedoch nur das der Pflege behandelt und als Pflege Case Management bezeichnet

Eigenverantwortung der Angehörigen stärken, sowie bestehenden Belastungserscheinungen positiv entgegen wirken. Insgesamt könnte das Wohlbefinden der Angehörigen durch das Case Management meines Erachtens verbessert werden.

1.2 Forschungsfragen

Die leitende Fragestellung dieser Arbeit lautet: „Wie kann Pflege Case Management als Unterstützungsleistung für pflegende Angehörige fungieren?“

Daraus lassen sich in weiterer Folge einige Teilfragen ableiten, die zum einen im theoretischen Teil und zum anderen im empirischen Teil beantwortet werden.

1. Auf welchen pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten/Modellen basiert das Pflege Case Management? - Theorie
2. Gibt es Case Management Konzepte zur Einbeziehung und Begleitung von Angehörigen und welchen Fokus haben diese? - Theorie
3. Welche Rolle spielen betreuende Angehörige im Pflege Case Management? - Empirie
4. Welchen Nutzen sehen betreuende Angehörige in der Einbeziehung in das Case Management? (ist eine Entlastung durch diese Unterstützungsform ersichtlich, wird u.a. die Handlungskompetenz⁴ der Angehörigen gesteigert?) - Empirie

Die ersten zwei Fragen beziehen sich weitgehend auf die Theorie, das heißt, sie sollen mittels der Literatur, die im Zuge der Recherche zum Thema Pflege Case Management gefunden wurde, beantwortet werden. Die restlichen zwei Fragen werden auf Basis der gewonnenen Ergebnisse im Zuge der empirischen Arbeit im Kapitel 7.3 beantwortet. Ein Ziel der Arbeit ist, aus der Angehörigenperspektive zu erfahren, wie betreuende Angehörige durch ein Case Management Programm unterstützt werden (können) und welchen Nutzen sie persönlich darin sehen. Dafür werden einige Fragen für den Leitfaden der Interviews formuliert, um evaluieren zu können, wie sich das Case Management mit all seinen Leistungen für die Angehörigen auswirkt.

⁴siehe Kapitel 4, Selbstpflegemodell von D. Orem in (vgl. Jansen und Mostert, 1997, S.22ff), (vgl. Dennis, 2001, S.97ff), (vgl. Evers, 1997, S.129ff) und Kapitel 7.2

1.3 Zielsetzungen der Arbeit

Diese Arbeit soll einen Beitrag für die Pflege darüber liefern, wie die Angehörigenunterstützung durch die Methode des Pflege Case Management erfolgen kann. Ausgehend davon, dass betreuende Angehörige trotz vieler Bemühungen des Gesundheitssystems noch immer zu wenig unterstützt werden und es auch in den vorhandenen Pflgetheorien an der Miteinbeziehung von Angehörigen mangelt, wird die vorliegende Arbeit der Angehörigensituation gewidmet. Damit die Entwicklung von Pflegeinterventionen besonders im Bereich der Angehörigenpflege erfolgreich sein kann, ist es notwendig, dass Betroffene selbst diese Interventionen als hilfreich und bedeutsam erleben (vgl. [Schnepp, 2002](#), S.8). Um dieses subjektive Erleben der Angehörigen zu erfahren, werden qualitative halbstandardisierte Interviews mit dieser Personengruppe geführt.

Im theoretischen Teil der Arbeit werden Begriffserläuterungen, der Aufbau des Case Management Regelkreises, die Grundprinzipien und Ziele sowie vorhandene pflegewissenschaftliche Konzepte des Case Managements angeführt. Im Speziellen möchte ich dabei erheben, in welchem Ausmaß die Zielgruppe der betreuenden Angehörigen in bestehenden Konzepten berücksichtigt wird. Weiters wird im Kapitel 3 die Situation der häuslichen Betreuung durch Angehörige unter verschiedenen Aspekten wie Alltagsmanagement, Belastungen und Entlastungen beschrieben.

Der empirische Teil enthält zunächst die Beschreibung bestehender Einsatzbereiche des Pflege Case Management unter Berücksichtigung der Angehörigenintegration in drei Institutionen im Raum Wien. Dafür wurden drei Interviews mit Experten, die mit der Anwendung des Case Management Programms vertraut sind, geführt, um die Arbeitsweise und Konzepte der einzelnen Organisationen besser auffassen zu können. Die Experteninterviews dienen ebenfalls dazu, den Grad und die Art der Angehörigenintegration im Case Management in den Organisationen zu untersuchen.

Als erster Ansprechpartner für ein Experteninterview war Herr Mag. Wolfgang Iro aus dem Fachbereich Pflege, Medizinische Leitung und Qualitätssicherung des Fonds Soziales Wien (FSW) bereit, mir einige Fragen zum Ablauf des Case Management Prozesses im FSW, zur Anwendung von Konzepten und zur Einbindung von betreuenden Angehörigen zu beantworten. Eine weitere Institution, die Case Management in der ambulanten Pflege anbietet und auch die Angehörigenberatung- und schulung als Zielsetzung anführt, ist Care-Ring. Die Leiterin Frau Lottersberger hat mir im Zuge des zweiten Expertenin-

1.3 Zielsetzungen der Arbeit

Interviews die Arbeitsweise ihrer Einrichtung näher gebracht. In weiterer Folge erklärte sich Care Ring bereit, mir 10 - 15 Angehörigenkontakte für die geplanten Interviews zu vermitteln, wenn sie im Gegenzug dafür die Ergebnisse der Arbeit erhält. Es handelt sich bei den Angehörigeninterviews um einen Forschungsauftrag der Einrichtung Care-Ring, der auf gegenseitigem Interesse beruht. Als eine weitere Expertin zum Thema Case Management stellte sich Frau Mag. Monika Wild, Leiterin der Gesundheits-, und Sozialen Dienste des Österreichischen Roten Kreuzes und Obmann-Stellvertreterin der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management für ein Gespräch zur Verfügung, in dem die Arbeitsweise mit Case Management beim Roten Kreuz beschrieben wurde.

Im empirischen Teil liegt der Hauptfokus jedoch neben den Ergebnissen der Experteninterviews bei denen der Angehörigeninterviews. Unter diesen Ergebnissen ist auch der Evaluationsteil der Dienstleistung der Einrichtung Care-Ring aus der Angehörigenperspektive enthalten, welcher im Forschungsauftrag vereinbart wurde. Ziel ist es, durch die Befragung der Angehörigen heraus zu finden, welche Rolle betreuende Angehörige im Case Management spielen, welchen Nutzen sie an der Versorgung durch das Case Management der Organisation Care Ring sehen und wie die Pflege den Prozess der Angehörigenintegration und -unterstützung gestalten kann. Um die Ergebnisse der Angehörigeninterviews verallgemeinern zu können, sind jedoch weitere Untersuchungen in anderen Organisationen notwendig, wobei die Ergebnisse dieser Arbeit als erste Grundlage für weitere Studien herangezogen werden können.

Zusammenfassend soll mit dieser Arbeit dargestellt werden, wie mit der Methode Case Management in der Pflege in der Theorie und Praxis in ausgewählten Einrichtungen gearbeitet wird und welchen Effekt diese Methode für die verantwortlichen Angehörigen hat. Ich bin der Meinung, dass sich durch diese Versorgungsform von Seiten der Pflege eine abgestimmte, klientenorientierte Betreuung und Beratung für betreuende Angehörige ermöglichen lässt. Durch eine genaue Bedarfserhebung, der Erstellung eines Hilfspaketes und dessen Umsetzung gemeinsam mit den Klienten könnten Angehörige entlastet werden. Als Zielsetzungen des Case Management gelten unter anderem die Kontinuität der Versorgung sowie eine Gesamtsicht des Klienten durch eine Bezugsperson des Case Management. Ebenso werden die Ressourcenförderung, die Verbesserung der Handlungskompetenz in der Pflege bzw. Betreuung und das Ansteuern des psychischen und physischen Wohlbefindens erwähnt. Wenn diese Ziele umgesetzt werden, können Angehörige von einem Case Management Programm durchaus profitieren.

2 Pflege Case Management

Case Management wird mittlerweile im Sozial-, und Gesundheitswesen von unterschiedlichen Institutionen sowie auch von Kostenträgern, wie zum Beispiel Krankenkassen und Versicherungen, angeboten und prinzipiell für Menschen mit einem komplexen, hohen Versorgungsbedarf angewendet. In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, inwieweit diese Versorgungsform neben dem Patienten ebenso für dessen Angehörige(n) in der häuslichen Pflege zielführend und unterstützend sein kann. Zum besseren Verständnis, was Case Management ist und wie mit dieser Methode gearbeitet wird, werden in diesem Kapitel die Grundlagen des Pflege Case Management erläutert.

2.1 Begriffsdefinitionen

Vorweg ist zu erwähnen, dass es bislang noch keine einheitliche bzw. allgemein gültige Definition von Case Management gibt. Dieser Ansatz findet in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Pflege, der Medizin sowie der Sozialarbeit Anwendung, wobei jede Profession die Bedeutung des Begriffs unterschiedlich erfasst. Da diese meist parallel und voneinander unabhängig mit dieser Versorgungsmethode arbeiten, ergab sich bisher kein einheitliches Verständnis für Case Management (vgl. [Wendt, 2001](#), S.20).

2.1.1 Case Management

Zum sprachlichen Verständnis ist anzumerken, dass sich der Begriff 'Case', aus dem angloamerikanischen Sprachraum 'der Fall', nicht auf den Menschen selbst bezieht, sondern auf seine komplexe Problemsituation, die es im Verfahren des Case Management zu bewältigen gilt (vgl. [Löcherbach et al., 2005](#), S.14). Diese Situation stellt demnach den Fall dar und ist der Gegenstand der ziel-, und lösungsorientierten professionellen Tätigkeit, sowie der Gegenstand des Bewältigungsverhaltens und der Selbsthilfe der zu versorgenden Personen und seiner Angehörigen (vgl. [Sambale, 2005](#), S.83). Der Begriff 'Management' wird meist mit dem Bereich der Wirtschaft und der Betriebsführung in Verbindung gebracht. Jedoch geht es ebenso im Gesundheitssektor um das Management der Leistungserbringung im Sinne von Versorgungsteuerung und -leitung. Das heißt, im Versorgungsprozess wird das Handeln von Fachkräften und deren Kooperation mit Nutzern 'gemanagt' (vgl.

2 Pflege Case Management

Wendt, 2001, S.31f). Im Folgenden sind jene Definitionen des Case Management Ansatzes angeführt, die diese Methode meines Erachtens gut beschreiben.

Die Case Management Society of America (CMSA) definiert Case Management wie folgt:

„Case management is a collaborative process of assessment, planning, facilitation and advocacy for options and services to meet an individual's health needs through communication and available resources to promote quality cost-effective outcomes.“⁵

Ebenfalls orientiert sich Wendt an derselben Definition, die er in der deutschen Fassung anführt:

„Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen.“ (vgl. Wendt, 2001, S.154)

Aus dieser Beschreibung wird ersichtlich, dass es im Case Management in erster Linie um einen Versorgungsprozess geht, in dem nach Abklärung des Unterstützungsbedarfs mithilfe verschiedener vorhandener Ressourcen die individuellen Bedürfnisse eines Klienten befriedigt werden sollen. Für die Zielerreichung sind die in der Definition angegebenen Schritte des Case Management nötig (siehe Kapitel 2.4). Der Klient rückt in den Mittelpunkt der Versorgung, welche durch Qualität und Kosteneffizienz gekennzeichnet ist.

Die American Nurses Association (ANA) verwendet für das Pflege Case Management folgende Definition von 1988:

„Case Management ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, die Reduzierung der Fragmentierung von Versorgungsleistungen, die über verschiedene Settings hinausgehen, die Erhöhung der Lebensqualität des Klienten, die effiziente Nutzung der patientenbezogenen Versorgungsressourcen und die Einsparung von Kosten.“ (vgl. Ewers, 2005, S.57)

In dieser auf die Pflege bezogene Definition sind, im Gegensatz zur ersten, bereits einige wichtige Ziele des Case Management angeführt. Der Prozess verfolgt eine klientenorientierte, kontinuierliche Versorgung, die in einer bestimmten, angemessenen Zeitspanne

⁵<http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx> [18.01.2008].

ausgeführt wird, sowie auch unter dem Aspekt, Kosten einzusparen.

Cohen und Cesta definieren das Case Management in der Pflege folgendermaßen:

„ *Nursing case management is a collaborative approach that focuses on the coordination, integration, and direct delivery of patient services and places internal controls on the resources used for care.*“ (vgl. *Cohen und Cesta, 2005, S.7*)

Diese Definition ist sehr ähnlich zu den ersten beiden, wobei ausdrücklich die Profession der Pflege als Case Manager angesprochen wird. Es geht um die Versorgung von Klienten, die gemeinsam mit anderen Berufsgruppen und Organisationen mittels Koordination und Integration der Leistungen sowie mittels Ressourcenkontrolle erfolgt.

Obwohl eine Vielzahl an Definitionen des Begriffs Case Management besteht, lassen sich gemeinsame Merkmale feststellen. Case Management ist demnach ein dynamischer Versorgungsprozess, indem unter dem Blickwinkel der Ganzheitlichkeit eines Klienten mehrere Parteien und Professionen wie Patienten, Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte, Therapeuten oder Kostenträger etc. eingebunden sind. Mithilfe eines Case Managers soll die Koordination der Leistungserbringung unter verschiedenen Professionen und Organisationen kontinuierlich und bestmöglich erfolgen. Zusammenfassend versucht die Methode Case Management immer, mit vorhandenen Ressourcen ein bedürfnis- und bedarfsorientiertes Versorgungsangebot für Klienten in angemessener Qualität und Kontinuität zu erstellen. Dabei ist es wichtig, dass ein Case Manager sowohl die Bedürfnisse der Klienten in seine Tätigkeit miteinbezieht, als auch unterschiedliche Akteure auf ein gemeinsames Ziel hinführt.

Oft wird Case Management mit den Ausdrücken *Care Management*, *Managed Care* oder *Disease Management* gleichbedeutend verwendet. Zur Abgrenzung des Begriffs wird nun kurz auf diese Modelle, die im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung benutzt werden, eingegangen, um eine klare Trennung zum Case Management herzustellen.

2.1.2 Care Management

Dieser Begriff wird oft mit Case Management gleichgesetzt, jedoch wird damit die überindividuelle Versorgungssteuerung und Versorgungsgestaltung als administrative Aufgabe gesehen (vgl. *Löcherbach et al., 2005, S.14*). Dieses Modell ist auf der Systemebene (siehe Kapitel 2.2.1) ausgerichtet, da es die Bereitstellung von Dienstleistungen umfasst und nicht die individuelle Versorgung auf der Personenebene, die das Case Management

2 Pflege Case Management

verfolgt. Während sich dieses eher auf konkrete und akut notwendige unterstützende Hilfeplanungen für Einzelne oder Familien in komplexen Problemlagen konzentriert, befasst sich das *Care Management* stärker mit der Modifizierung und Strukturierung sowohl von formellen als auch informellen Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Das Ziel dabei ist, über die individuelle Hilfe hinaus, eine zeitlich längerfristige und auf größere Regionen bezogene Wirkung zu erreichen (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.112).

2.1.3 Managed Care

Das Konzept Managed Care ist in den USA aufgrund einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen entstanden, worauf sich zahlreiche neue Versorgungsformen gebildet haben, die unter dem Begriff *Managed Care* zusammengefasst werden können (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.108). *Managed Care* hat seinen Fokus vor allem auf der Überwachung der Kostenausgaben sowie auf der Kostenreduzierung von Dienstleistungen, wie auch Fries beschreibt. Laut ihm sei *Managed Care* ein Ansatz zur Steuerung und Regelung von Finanzierung und Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Die Ziele dabei seien neben einer kostengünstigen Leistungserbringung die Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität sowie die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit (vgl. [Fries, 2003](#), S.102).

2.1.4 Disease Management

Im Mittelpunkt von *Disease Management* Programmen stehen bestimmte Krankheitsbilder, vor allem chronische Erkrankungen, deren Krankheitsverläufe und optimale Behandlung. Die Gesundheitsversorgung von bestimmten Patientengruppen wird im Disease Management über den gesamten Krankheitsverlauf und die unterschiedlichen Leistungsbe-
reiche hinweg nach einem definierten Ablaufschema koordiniert und optimiert (vgl. [Fries, 2003](#), S.103). Die Ziele dieser Versorgungsmethode sind, dass sich solche Programme zum einen durch eine sektorenübergreifende und eine gut koordinierte Versorgung auszeichnen müssen, in der alle relevanten Leistungserbringer zur Behandlung herangezogen werden. Weiters soll durch eine effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen eine Über-, Unter-, und Fehlversorgung der Patienten reduziert werden (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.111f).

2.2 Entwicklung des Case Management

Die Methode des Case Management ist in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts in den USA im außerklinischen Bereich als Antwort auf steigende Versorgungsprobleme, Zugangsbarrieren und hohe Ausgaben im Gesundheitswesen entstanden (vgl. Ewers, 2005, S.42f). Mittlerweile hat sich dieses Konzept in den USA in vielen Professionen, vor allem in der professionellen Pflege stark etabliert. Auch im deutschsprachigen Raum gewinnt Case Management an zunehmender Bedeutung, da man auf Diskontinuitäts- und Desintegrationerscheinungen in der Versorgung sowie auf die Ressourcenverteilung und Kostenüberwachung reagieren will. In Übereinstimmung mit der Zielvorstellung der WHO von einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung ('continuum of care') führt das Case Management eine auf die individuelle Fallführung und auf die Überwindung von Organisation- und Professionsgrenzen gerichtete Versorgung aus und soll die oben genannten Probleme lösen (vgl. Schäffer und Ewers, 2005, S.7ff). Es entstanden zahlreiche Konzepte, die von verschiedenen Akteuren wie der Pflege, Medizin oder Sozialarbeit und in unterschiedlichen Settings des Gesundheits- und Sozialwesens erprobt wurden (siehe Kapitel 2.6). Die Case Management Konzepte und Strategien wurden alle mit dem Ziel entwickelt, eine ergebnisorientierte Gestaltung der Versorgungsleistungen zu erreichen (vgl. Zander, 2005, S.95). Diese Vielfalt an Modellen lässt sich grob in zwei Zuständigkeitsbereiche, den stationären und extramuralen Sektor, unterteilen. Eine große Bedeutung haben in diesem Zusammenhang Konzepte, die als Übergang dieser zwei Bereiche fungieren.

Da mithilfe des Pflege Case Management Arrangements zwischen stationärer und ambulanter Versorgung getroffen werden können, wird diese Versorgungsform bereits in vielen Spitälern in Österreich im Zuge der Überleitungspflege oder dem Entlassungsmanagement angewendet (vgl. Grundböck und Luhan, 2006). Dabei kann bei der Entlassung eines Patienten eine weiterführende bedarfsgerechte Versorgung zu Hause im Rahmen des Case Management initiiert werden. Ein Fall (siehe oben) wird demnach von einem Case Manager neu aufgegriffen und es beginnt eine ambulante, koordinierte Versorgung, von der Patienten und ihre Angehörigen profitieren können (vgl. Ertl und Grundböck, 2001, S.12), (vgl. Grundböck et al., 2005, S.125). Das Entlassungsmanagement selbst hat für beide Parteien zwar Information und Aufklärung über pflegerelevante Aspekte sowie Unterstützung bei der Planung und Organisation der Überleitung in die häusliche Pflege zum Ziel, jedoch endet es nach einer durchgeführten Entlassung. Die Betroffenen haben dann auch keinen Ansprechpartner mehr. Damit die Versorgungskontinuität nach stationärem

2 Pflege Case Management

Aufenthalt auch zu Hause aufrecht erhalten werden kann, ist eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung im Sinne von Case Management nötig, in der über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Koordination der Versorgung sichergestellt wird (vgl. [Wirnitzer, 2002](#), S.4).

2.2.1 Ausrichtung des Case Management

Die Orientierung des Case Management kann in zwei Richtungen verlaufen. Einerseits auf der Personenebene, auf der die Fallsteuerung verläuft (klientenorientierte Funktion), andererseits auf der Systemebene, auf der verschiedene Dienstleistungen bereit gestellt werden (administrative Funktion). Moxley unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen 'consumer-driven' und 'system-driven' Case Management, deren Unterschiede in der folgenden Tabelle verdeutlicht werden (vgl. Moxley 1997, S.53 zit.nach [Klug, 2005](#), S.49).

System-driven Case Management	Consumer-driven Case Management
Kontrolle der Ressourcen	Bedürfnisse des Klienten stehen im Mittelpunkt der Versorgung
Case Manager bestimmt den Gang der Untersuchungen	Klienten definieren Bedürfnisse und werden bei deren Befriedigung unterstützt
Rationalisierung und Kostenmanagement	Anwaltschaft und verstärkendes Vertrauen
Geteilte Loyalität des Case Managers	Loyalität gilt nur dem Klienten
Ziel ist eine optimale interorganisatorische Organisation (wie Vermeidung von Doppelbetreuung, Überbetreuung und unangemessener Betreuung)	Das Ziel ist erreicht, wenn die Ziele des Klienten erreicht sind

Tabelle 2.1: Orientierung des Case Management

Während beim Systemmanagement der Fokus auf einer besseren Koordination der Dienstleistungen, dem Vermeiden von Überschneidungen sowie dem Erschließen von günstigen Alternativen gegenüber teuren Angeboten liegt, sind die zentralen Anliegen des Fallmanagements die Bedürfnisse und Interessen der Klienten selbst, für die ein Case Manager gegebenenfalls anwaltschaftlich eintritt.

2.3 Zielsetzungen und Aufgaben

In der Literatur finden sich folgende Ziele des Case Management, welche in gewisser Art die Gemeinsamkeiten der Definitionen wiedergeben (vgl. [Grundböck, 2001](#), S.7), (vgl. [Ewers, 2005](#), S.54f).

- Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung
- Vernetzung von Dienstleistungen, Kooperation mehrerer Akteure in ein integriertes Hilffssystem
- Zielgenauigkeit sowie Bedürfnis- und Bedarfsorientierung in der Versorgung
- Erreichung effizienter Ergebnisse und Ziele gemeinsam mit den Klienten
- Qualitätssicherung und -verbesserung

Unter diesen Zielsetzungen muss ein Case Manager immer eine ganzheitliche Sichtweise auf die Bedarfslagen des Klienten pflegen, anstatt einzelne Problemausschnitte zu betrachten. In der Versorgung gilt es, die zuvor mit den Klienten vereinbarten Ziele mittels der Vernetzung verschiedener Dienste zu erreichen. Ein weiteres Ziel hierbei ist ein gutes Schnittstellenmanagement, da laut Klie eine Pflegeunterstützung im Rahmen des Case Management ganz wesentlich Schnittstellenarbeit zwischen Familien, Institutionen, Professionen und Freiwilligen ist. Dafür ist eine multidisziplinäre Verständigung erforderlich (vgl. [Klie und Monzer, 2008](#), S.104).

2.4 Case Management Regelkreis

Der Case Management Regelkreis entspricht einem Phasenmodell, in dem mehrere logisch aufeinander folgende Arbeitsschritte durchlaufen werden. Meist sind im Case Management Prozess sechs Basis-Komponenten zu finden, wobei je nach Autor bis zu acht ausdifferenzierte Schritte angeführt werden (vgl. [Ewers, 2005](#), S.73). Der Pflegeprozess, welcher im Gesundheits-, und Krankenpflegegesetz (GuKG) von 1997 verankert ist, erfolgt in ähnlicher Weise, hingegen in nur fünf Schritten. So unterschiedlich die Anwendungen des Case Management auch sind, beruhen sie laut Wendt doch auf einem einheitlichen Konzept mit mehreren Kernelementen (vgl. [Wendt, 2005](#), S.7). In der Tabelle 2.2 werden zwei ähnlich ablaufende Case Management Prozesse dem Pflegeprozess gegenüber gestellt.

2 Pflege Case Management

Ewers/Schäffer 2005	Wendt 2005	Pflegeprozess (GuKG 1997)
1. Identifikation 2. Assessment 3. Erstellung eines Versorgungsplans 4. Implementation des Versorgungsplans 5. Monitoring der Leistungserbringung 6. Evaluation des Versorgungsplans	1. Outreach 2. Assessment 3. Planning 4. Implementation 5. Evaluation 6. Accountability (Verantwortlichkeit)	1. Pflegeanamnese 2. Pflegediagnose 3. Pflegeplanung 4. Pflegemaßnahmen 5. Pflegeevaluation

Tabelle 2.2: Case Management Regelkreise vs. Pflegeprozess

Der Case Management Prozess laut Ewers läuft sehr ähnlich zum Prozess, den Wendt beschreibt, ab. Der erste Schritt beider Autoren 'Identifikation und Outreach' hat die Auswahl der Klienten bzw. die Zielgruppenbestimmung sowie die Erreichbarkeit der Dienste und eine individuelle Aufklärung über das Vorgehen zum Ziel. Der einzige Unterschied liegt im letzten Schritt nach Wendt, der 'Accountability', welche die Verantwortlichkeit in der Berichterstattung und Rechenschaftslegung meint, um die Versorgung transparent und nachweisbar zu gestalten (vgl. [Wendt, 2005](#), S.7). Die sechs Basis-Schritte des Case Management Prozesses nach Ewers und Schäffer werden zum besseren Verständnis einzeln beschrieben und im Anschluss die Unterschiede zum Pflegeprozess angeführt.

2.4.1 Identifikation

Im ersten Schritt wird die Zielgruppe des Case Management bestimmt bzw. die Klienten, die eine besondere psycho-soziale und / oder medizinisch-pflegerische Dienstleistung benötigen, ausgewählt. In der Krankenversorgung kann sich die Auswahl zum Beispiel auf ältere und / oder chronisch kranke Patienten, die sich in der Gefahr einer Wiedereinweisung in das Spital befinden oder nach einer Entlassung auf wenig soziale oder finanzielle Unterstützung stoßen, beziehen (vgl. [Ewers, 2005](#), S.72f). Der Zugang zu Case Management Programmen kann durch die Überweisung von Einrichtungen wie Krankenhäuser, Ärzte oder Behörden oder mithilfe von bestimmten Auswahlprogrammen (Outreach Programs) erfolgen. Letztere werden oft bei Klienten verwendet, die zwar einen hohen Versorgungs-

bedarf haben, selbst aber keinen Kontakt zu Versorgungseinrichtungen aufnehmen, zum Beispiel ältere Menschen (vgl. Ewers, 2005, S.73f). Der Case Manager sucht den Kontakt mit den Klienten in ihrem Umfeld, prüft die Bedarfslagen und klärt die beteiligten Personen über diverse Anspruchsformalitäten auf.

2.4.2 Assessment

Dieser Schritt besteht darin, die besondere Problem- bzw. Bedürfnislage des Klienten inklusive seiner psychischen und psychosozialen Situation sowie seines Gesundheitszustandes einzuschätzen. Dafür werden in einer persönlichen Befragung sowohl mit dem Patienten selbst als auch mit seinen nächsten Angehörigen bestimmte Selbstversorgungsdefizite, Versorgungsbedürfnisse und eventuelle formelle und informelle Ressourcen erhoben. Dieser Prozess ist für das Case Management von großer Wichtigkeit, da sich nur mithilfe der gesammelten Daten und Informationen im Assessment ein bedarfsorientiertes Hilfspaket erstellen lässt (vgl. Ewers, 2005, S.75f).

2.4.3 Entwicklung des Versorgungsplans

In enger Zusammenarbeit mit den Klienten und ihrem sozialen Umfeld erfolgt in diesem Schritt die Entwicklung und schriftliche Festlegung eines Versorgungsplans. Die Versorgungsziele müssen vom Case Manager klientenorientiert definiert sowie kurzfristig und langfristig formuliert werden. Ebenso erstellt der Case Manager unter Berücksichtigung von Selbstversorgungsdefiziten und -kompetenzen eine Liste mit allen erforderlichen Dienstleistungen, die zur Verwirklichung der Ziele dienen. In diesem Zielfindungsprozess leistet die konsequente Einbindung von Klient und seinem Umfeld die beste Gewähr für eine erfolgreiche Umsetzung des Versorgungsplans (vgl. Ewers, 2005, S.76f).

2.4.4 Implementation des Versorgungsplans

Während der Implementation der Maßnahmen arbeitet der Case Manager vor allem mit den Dienstleistungsanbietern und Kostenträgern zusammen und koordiniert die gesamten Leistungen. In dieser Phase wird das Handeln des Case Managers vorwiegend durch die oben genannten Kernfunktionen beeinflusst bzw. hängt es davon ab, in welcher Rolle sich der Case Manager befindet. Eine weitere wichtige Aufgabe des Case Managers

2 Pflege Case Management

ist die Verbindung zwischen den Klienten, seinem sozialen Umfeld und den Dienstleistungserbringern, die Überwachung der durchgeführten Maßnahmen sowie einer genauen Dokumentation (vgl. [Ewers, 2005, S.77](#)).

2.4.5 Monitoring und Re-Assessment

Der Case Manager muss den gesamten Versorgungsverlauf überwachen und die Leistungen an einen sich ändernden Versorgungsbedarf des Klienten angemessen anpassen. Ebenso muss der verantwortliche Case Manager durch eine enge Kooperation mit Klient und Umfeld eventuelle Qualitätsmängel mittels der Monitoring-Funktion sofort erkennen bzw. verhindern. Um die Dienstleistungsqualität beurteilen zu können, sind der Grad der Klientenzufriedenheit, die Umsetzung der zuvor vereinbarten Ziele sowie die Einhaltung des festgelegten Finanzrahmens von Bedeutung (vgl. ebenda, S.78).

2.4.6 Evaluation und Abschluss

Dieser letzte Schritt im Case Management Regelkreis ist an die Beendigung der Versorgung bzw. an die Entlassung der Klienten aus dem Case Management Programm gebunden. Da viele Klienten von einer längerfristigen Versorgung abhängig sind (z.B. ältere oder chronisch kranke Menschen), wird eine Evaluation in diesem Bereich seltener erfolgen. Bewertungen im Rahmen einer Evaluation können, sowohl auf der Personenebene für das Erkennen von Stärken und Schwächen der Berufspraxis und für Qualifikationsmaßnahmen als auch auf der Systemebene für Optimierungen in der Versorgung, sehr ausschlaggebend für weitere Case Management Prozesse sein und haben daher einen hohen Stellenwert im Regelkreis (vgl. [Ewers, 2005, S.78](#)).

2.4.7 Case Management Prozess vs. Pflegeprozess

Als Abgrenzung der beiden Prozesse, werden nun die wichtigsten Unterschiede dargestellt. Im Pflegeprozess werden im Assessment vorwiegend die Selbstpflegethemen des Patienten sowie seine Ressourcen und Kompetenzen erhoben, um anschließend eine Pflegediagnose formulieren zu können. Danach wird ein Pflegeplan erstellt, in dem Pflegeziele und Pflegemaßnahmen eingefügt werden. Das Assessment des Case Managements erfolgt auf einer anderen, umfassenderen Ebene, da der generelle Bedarf an Gesund-

heidsdiensten, Sozialdiensten, Kurzzeitpflege, Pflegehilfsmittel und eventuell der Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige erhoben wird (vgl. [Wild, 2000](#), S.13). Laut Fortbildungsbrief des Roten Kreuzes geht es im Pflegeprozess um die direkte Pflege, die einem Pflegemodell zugrunde liegt. Im Case Management stehen Integration und Kontinuität hinter einer umfassenderen Versorgung, in der der ausschlaggebende Punkt die Kooperation mit Dienstleistern ist. Man kann sagen, dass die Pflege den direkten Pflegebedarf erhebt und der Case Manager den umfassenderen Versorgungsbedarf (vgl. [Wild, 2000](#), S.14).

Eine ähnliche Sichtweise findet sich bei Grundböck wieder, da laut dieser der Hauptunterschied der beiden Prozesse darin liegt, dass im Pflegeprozess vorwiegend konkrete pflegerische Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Tätigkeit in einer Institution durchgeführt werden. Hingegen wird im Case Management Prozess die gesamte Versorgungsplanung von Klienten über Professions- und Organisationsgrenzen hinweg übernommen, welche zudem die finanziellen Ressourcen berücksichtigt (vgl. [Grundböck, 2001](#), S.14).

2.5 Kernfunktionen

In der Literatur lassen sich drei zentrale Funktionen des Case Management identifizieren, die in der Praxis unterschiedlich miteinander kombiniert und gewichtet werden.

2.5.1 Advocacy - anwaltschaftliche Funktion

In dieser Funktion übernimmt der Case Manager die anwaltschaftliche Funktion von Klienten, die nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen geltend zu machen. Wenn sich Menschen in einer Situation von großer Hilfsbedürftigkeit befinden, welche laut Ewers aufgrund konfliktträchtiger Lebenssituationen oder unvorhergesehener Lebenskrisen auftreten kann, sollen sie mithilfe einer anwaltschaftlichen Tätigkeit die Möglichkeit bekommen, ihre Bedürfnisse zu äußern und befriedigen zu können (vgl. [Ewers, 2005](#), S.63). Durch diese Funktion können Klienteninteressen vertreten und durchgesetzt werden, sowie Krisen der Klienten durch die Übernahme einer anwaltschaftlichen Schutzfunktion vermieden oder gemindert werden. Wichtig ist, dass trotz anwaltschaftlicher Tätigkeit das Empowerment (Selbstbefähigung) und die Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien (Hilfe zur Selbsthilfe) im Vordergrund stehen (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.123).

2.5.2 Broker - vermittelnde Funktion

Der Case Manager fungiert in dieser Funktion als Vermittler zwischen den Klienten und den verschiedenen Dienstleistern im Gesundheitssystem, wobei er den Überblick über die zahlreichen Dienstleistungsangebote zu wahren hat. Als Makler versucht der Case Manager durch seine neutrale Vermittlungsrolle zwischen Nutzern und Anbietern zu verhandeln (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.123). Der Unterschied zur anwaltschaftlichen Funktion liegt darin, dass der Case Manager hier mehr organisationsbezogen arbeitet, da er alle Versorgungsangebote kennt, mit Dienstleistern verhandelt und die geeigneten Angebote dem Klienten anschließend als Lösung vermittelt. Die Makler- und Vermittlerfunktion des Case Managers liefert eine Antwort auf die Unübersichtlichkeit und Desintegration komplexer und arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme (vgl. [Ewers, 2005](#), S.66).

2.5.3 Gate-Keeper - selektierende Funktion

In dieser Funktion überprüft der Case Manager den Zugang zum Versorgungssystem zum einen durch gezielte Selektion und zum anderen durch aktives Monitoring (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.123f). Eine wichtige Aufgabe ist hierbei, die finanziellen Mittel für die Versorgung zu sichern und eine ausgabenorientierte Fallsteuerung anzustreben. Der Case Manager als Gate Keeper nimmt die Position zwischen dem Versorgungsbedarf der Klienten und dem Versorgungssystem mit den vorhandenen Ressourcen ein und versucht, durch eine gezielte Auswahl an Hilfsangeboten eine angemessene Versorgung ohne hohe Kosten für den Klienten sicherzustellen (vgl. [Ewers, 2005](#), S.70f).

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

Ähnlich zu den Definitionen gibt es auch viele unterschiedliche Konzepte des Case Management. In den USA besteht eine Vielzahl an Case Management Programmen, die sich hinsichtlich ihrer Zielsetzung, der Funktion und Qualifikation des Case Managers, der Leistungen und der institutionellen Rahmenbedingungen unterscheiden (vgl. [Ewers, 2005](#), S.53f.). Um einen Überblick der bestehenden Konzepte zu bieten, wurde von einigen Autoren mit der Systematisierung der einzelnen Modelle begonnen.

2.6.1 Case Management Modelle

Eine der bekanntesten Case Management Klassifikationen ist jene nach Merill von 1985 mit der Einteilung in drei Basis-Konzepte, die sodann durch die American Hospital Association (AHA) 1987 aufgenommen und um zwei Kategorien erweitert wurde. Diese Modelle unterscheiden sich hinsichtlich der Art der angebotenen Dienste und der zu versorgenden Zielgruppe (vgl. [Ewers, 2005](#), S.59f).

1. Soziales Case Management: Darunter fallen Konzepte, die durch einen vorwiegend präventiven Charakter gesundheitlichen Risiken frühzeitig entgegen steuern. Die Konzepte fokussieren gefährdete Bevölkerungsgruppen als Zielgruppe (z.B. Obdachlose, schwangere Jugendliche oder ältere Menschen ab 75 Jahren).
2. Case Management in der beruflichen Rehabilitation: Dieses Programm ist eine durch die AHA eingeführte Weiterentwicklung des Sozialen Case Management und zielt auf die Wiedereingliederung behinderter oder gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in das Arbeitsleben ab.
3. Case Management in der Primärversorgung: Zu dieser Gruppe gehören Konzepte, die auf Desintegration und Diskontinuität im ambulanten Versorgungsbereich reagieren. Hier werden im Wesentlichen Ärzte als Case Manager für die Primärversorgung eines Patienten eingesetzt.
4. Case Management für katastrophale oder kostenintensive medizinische Ereignisse: Diese Art von Case Management wurde ebenso von der AHA ergänzt und versorgt spezifische Zielgruppen, wie zum Beispiel Aids-, oder Schlaganfall-Patienten mit dem Ziel stationäre Aufenthalte und medizinische Komplikationen zu vermeiden, Kosten einzusparen und die Lebensqualität der Patienten zu erhöhen.
5. Medizinisch-Soziales Case Management: Diese Mischform ist für die Versorgung chronisch Kranker und Langzeit-Patienten zugeschnitten, wobei durch eine optimale Verknüpfung von sozialen, medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen dem komplexen Versorgungsbedarf dieser Personengruppen gerecht werden soll. In der Betreuung sind sowohl der Bedarf und die Ressourcen des Patienten wichtig, als auch eine im Krankheitsverlauf auftretende Krise entweder durch Prävention zu vermeiden, oder einen kontinuierlichen Einsatz von Dienstleistungen auch im Krisenfall sicherzustellen.

2 Pflege Case Management

Das letzte der hier angeführten Konzepte, das Medizinisch Soziale Case Management, umfasst als Einziges mehrere Aspekte der Pflege, da es auf die Betreuung von chronisch Kranken und Langzeitpatienten abzielt, was einen großen Aufgabenbereich der mobilen Pflege darstellt. Wenn man bedenkt, dass chronische Krankheiten stetig zunehmen und diese Menschen bestmöglich betreut werden müssen, empfiehlt sich für die Pflege, dieses Case Management Konzept genauer zu betrachten und wenn möglich einzusetzen.

Marie Weil unterscheidet drei Kategorien des Case Management, die sich auf die Ausbildung und Anbindung von Case Managern beziehen (vgl. Weil 1991 zit.nach [Grundböck, 2001](#), S.8f):

1. Case Management durch professionelle Case ManagerInnen: Diese können sowohl Einzelpersonen wie Pflegekräfte oder Mediziner als auch interdisziplinäre Case Management Teams sein.
2. Case Management durch non-professionals: Hiermit sind Nicht-Professionelle gemeint, die in einer Beziehung zum Klienten stehen wie z.B. Familienangehörige oder andere freiwillige Helfer.
3. Case Management durch komplexe Dienstleistungszentren: In diesen Zentren sind verschiedene Dienstleistungsangebote, einschließlich des Case Managements, 'unter einem Dach' verfügbar.

Wendt unterteilt die Case Management Konzepte in neun verschiedene Anwendungs- bzw. Einsatzgebiete, wobei die Pflege bereits an erster Stelle steht (vgl. [Wendt, 2001](#), S.165ff). Dies kann damit zusammenhängen, dass sich diese Profession im Zuge der Einführung von Case Management-Elementen im Gesundheitswesen in den USA bald zur 'ersten Wahl' entwickelte (vgl. [Zander, 2005](#), S.95). Das Pflegepersonal ist laut ANA die geeignetste Berufsgruppe, die Dienstleistungen des Case Management bei Patienten mit multiplen Gesundheitsproblemen zu erbringen, zumal sie den Schwerpunkt stärker auf die Förderung der individuellen Gesundheit unter Einbezug der soziokulturellen und ökonomischen Umgebung legt, als andere Berufsgruppen (vgl. [Wirnitzer, 2002](#), S.4).

1. Case Management in der Pflege
2. Case Management in der Rehabilitation
3. Case Management in der Behindertenpflege
4. Case Management in der Familienhilfe

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

5. Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe
6. Case Management in der Straffälligen- und Bewährungshilfe
7. Case Management mit Suchtmittelabhängigen und Wohnungslosen
8. Case Management in der Psychiatrie
9. Case Management in der medizinischen Behandlung

Die Einteilung von Wendt verdeutlicht, dass die Methode Case Management bereits für viele Zielgruppen in unterschiedlichen Settings des Gesundheits- und Sozialwesens Anwendung findet. Um einen stärkeren Bezug auf pflegewissenschaftliche Konzepte zu nehmen, wird die Klassifikation von Cesta et.al. angeführt. Diese unterscheiden zwischen vier Gruppen des Case Management, die alle auf einem pflegewissenschaftlichen Ansatz basieren, wobei die ersten beiden schon bei Merill erwähnt wurden (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.129), (vgl. [Ewers, 2005](#), S.60ff), (vgl. [Cohen und Cesta, 2005](#), S.19ff).

1. Case Management in der Primärversorgung: Dieses Konzept beinhaltet, wie oben angeführt, eine Versorgungssteuerung, die vorwiegend von Ärzten ausgeführt wird. In nur wenigen Organisationen sind speziell ausgebildete Pflegekräfte, sogenannte 'Nurse Practitioner' als Case Manager tätig.
2. Medizinisch-Soziales Case Management: Dieses Case Management wird prinzipiell von allen Gesundheitsprofessionen ausgeführt und ist nicht an ein bestimmtes Setting (wie stationäre oder ambulante Einrichtungen) gebunden.
3. Privates Case Management: Diese Form kann auf einer Vertragsbasis entweder freiberuflich oder im Auftrag von Versicherungen oder anderen Kostenträgern durchgeführt werden. Laut Cesta bieten hier verstärkt spezielle Pflegekräfte 'clinical nurse specialists' diese Leistungen an.
4. Pflege-Case Management oder 'Nurse Case Management' wird als eigentliches Pflege Case Management bezeichnet, welches Cohen aufgrund besonderer Bedeutung wiederum in zwei Hauptkategorien unterteilt. Die erste Kategorie besteht aus Konzepten, die innerhalb des Krankenhauses bzw. in der Akutversorgung angewendet werden (Case Management within-the-walls), während in die zweite Gruppe jene Modelle fallen, die außerhalb des Krankenhauses bzw. in der Langzeitversorgung (Case Management beyond-the-walls) zum Einsatz kommen (vgl. [Cohen und Cesta, 2005](#)).

2 Pflege Case Management

Case Management innerhalb des Krankenhauses	Case Management außerhalb des Krankenhauses
<p>1) <i>Primary Nurse Case Management</i> Eine Bezugspflegekraft übernimmt neben den direkten Pflegeleistungen ebenso das Case Management für ihre zu betreuenden Patienten. Aufgaben wie Entlassungsmanagement oder Ergebnis-Überwachung werden auf den Stationen von der dort tätigen Case Managerin zusammengeführt.</p>	<p>1) <i>Home Care Case Management</i> In dieser Form versorgen unterschiedliche Case Manager die Klienten in ihrem eigenen Zuhause, wobei oberstes Ziel dabei die Vermeidung einer Überinanspruchnahme ambulanter Dienste sowie eine Unterversorgung der Patienten ist.</p>
<p>2) <i>Advanced Practice Case Management</i> Eine spezialisierte Pflegekraft mit akademischen Abschluss ist für bestimmte Krankheitsbilder oder Abteilungen entsprechend ihrer Spezialisierung zuständig. Diese übernimmt keine direkten Pflegeleistungen, sondern konzentriert sich mehr auf Ergebnismessung und Forschung.</p>	<p>2) <i>Community-Based Case Management</i> In diesem Konzept haben die Prävention, Gesundheitsförderung und Empowerment eine wichtige Bedeutung. Das Ziel ist die Identifikation von Individuen oder Gruppen in einer sozialen, regionalen oder politischen Gemeinde, die ein potenzielles, soziales oder gesundheitliches Risiko haben und von möglichen Interventionen profitieren können.</p>
<p>3) <i>Utilization Review Nurse Case Management</i> Die Pflege Case Managerin überwacht die Versorgungsnutzung ihrer Patienten durch die Akutversorgung im Nachhinein anhand der angefertigten Pflegedokumentationen und Krankenakten. Diese erhaltenen Informationen dienen der Steuerung und Optimierung der Versorgung.</p>	<p>3) <i>Chronic Care Case Management</i> Dieses Konzept befasst sich mit spezifischen Bedürfnissen und gesundheitlichen und/oder sozialen Risiken von chronisch Kranken, wobei es auf die Ergebnisüberwachung und -verbesserung sowie auf die Kostenreduzierung abzielt. Eine Form dieses Konzepts ist das 'Long-Term Care Case Management', das ältere Menschen mit andauerndem Hilfebedarf sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Langzeitversorgung betreut.</p>

Tabelle 2.3: Klassifikation von Pflege Case Management

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

Tabelle 2.3 beschreibt die unterschiedlichen Konzepte, die im stationären und ambulanten Setting eingesetzt werden.

2.6.2 Konzepte zur Einbeziehung von Angehörigen

In der Literatur wurden wenige Konzepte gefunden, in denen die Angehörigen von Klienten gezielt im Case Management Konzept erwähnt bzw. in dieses eingebunden werden und somit durch Beratung, Anleitung und Schulungen befähigt werden, selber Aufgaben eines Case Managers übernehmen zu können. Die im Folgenden chronologisch publizierten, erläuterten Modelle sollen einen Anreiz für die Pflege bieten, wie die Angehörigenintegration im Case Management erfolgen kann.

Modellprojekt 'Ganzheitliche Hauskrankenpflege'

Das Österreichische Rote Kreuz führte zwischen 1996 und 1998 ein Modellprojekt mit dem Titel 'Ganzheitliche Hauskrankenpflege' in einem Wiener Bezirk durch, welches vom Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie begleitet wurde. Ziel dieser Studie war, ein ambulantes multiprofessionelles Versorgungsmodell für akut kranke Personen bzw. jene in akuten Phasen einer chronischen Erkrankung mit einem komplexen pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Betreuungsbedarf zu erproben (vgl. [Stricker et al., 2005, S.218ff](#)). Multiprofessionelle Betreuung meint einerseits den Einsatz verschiedener Berufsgruppen und andererseits eine reale Kooperation im Sinne von gegenseitiger Information und Abstimmung. Diese Kriterien schienen erfüllt worden zu sein, da in 82% der Fälle mindestens drei Berufsgruppen beteiligt waren, wobei bei den restlichen 18% nur Pflegekräfte und Ärzte zum Einsatz kamen.

In diesem Projekt wurde ein Case Management Modell eingesetzt, in welchem eine betreuende Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) das Case Management übernommen hat. Im festgelegten Konzept soll diese Pflegekraft folgende Aufgaben in ihrer Rolle als Case Managerin wahrnehmen (vgl. [Stricker et al., 2005, S.238](#)):

- Durchführung der fallbezogenen Koordination aller benötigten ambulanten Dienste
- Fungierung als klare Ansprechperson für alle beteiligten Dienstleistungserbringer
- Gestaltung des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung
- Übernahme anwaltschaftlicher Funktionen für Patienten in der gesamten Betreuung

2 Pflege Case Management

Eine Case Managerin ist dafür zuständig, dass für jeden Patienten und deren Angehörigen ein individuelles Versorgungspaket von unterschiedlichen Leistungen vorhanden ist. Es wurde ein 'Primary Care' Case Management Modell gewählt, in dem jede betreuende Pflegekraft des Roten Kreuzes die Aufgaben für die ihr zugewiesenen Patienten übernimmt. Es werden sowohl pflegerische Tätigkeiten als auch die koordinierende, anwaltschaftliche und beratende Aufgabe eines Case Managements von ihr wahrgenommen und durchgeführt (vgl. Wild, 2000, S.15f). Der Vorteil dabei ist, dass durch einen definierten Ansprechpartner weniger am Versorgungsprozess beteiligte Personen zum Patienten kommen sowie ebenso die Angehörigen von der beratenden Funktion der Case Managerin profitieren.

Die Integration der Angehörigen wird in einer Abbildung des Konzepts sichtbar, in der die Angehörigen in den meisten Versorgungsbereichen, angefangen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Grundpflege, der Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln und Medikamenten sowie in der psychosozialen Versorgung eingebunden sind (vgl. Stricker et al., 2005, S.239). Die Pflegepersonen nannten als Herausforderungen bzw. Schwierigkeiten in der Einbeziehung der Angehörigen, dass diese den Betreuungsaufwand, den sie übernehmen möchten, oft unterschätzten und sich manchmal nicht an Absprachen hielten. Um diese Probleme beseitigen zu können, muss zu Beginn zwischen Case Managerin und Angehörigen geklärt werden, in welchem Ausmaß die Angehörigen bereit sind und / oder in der Lage sind, diese Tätigkeiten (teilweise) zu übernehmen.

Die wichtigsten Ergebnisse bezogen auf die Inhalte der Tätigkeiten der Case Manager aus Sicht der Pflege sind im Folgenden dargestellt. Diese Zahlen geben den Zeitanteil im Verhältnis zur Gesamtarbeitszeit der Case Manager an (vgl. Stricker et al., 2005, S.240f).

- Der zeitintensivste Faktor des Case Management waren die Teamgespräche zwischen DGKS, Pflegehelfern und Heimhelfern (29%),
- die zweit aufwändigste Aufgabe ist die Schnittstelle Patient/Angehörige mit dem Case Manager (25%), bei der die Beratung der Angehörigen die intensivste Tätigkeit darstellt,
- die dritt häufigste Aufgabe ist die Schnittstelle mit dem Hausarzt (21%), mit dem vor allem Gespräche über den Gesundheitszustand des Patienten sowie über die laufende Betreuung geführt werden.

Hierbei zeigt sich, dass eine Case Managerin im Rahmen der häuslichen Pflege über hohe kommunikative und interaktive Kompetenzen verfügen muss, um alle Aufgaben in der ihr

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

zugewiesenen Fallsteuerung bewältigen zu können. Die Gesamtbewertung fiel insgesamt unter allen beteiligten Professionen sowie unter den Patienten sehr positiv aus. Fast 90% der betreuten Patienten waren mit den erbrachten Leistungen sehr zufrieden, wobei die Möglichkeit in der häuslichen Umgebung bleiben zu können, der Umgang mit vertrauten Personen, die erhaltene Autonomie sowie die fachlich kompetente Betreuung am Positivsten beurteilt wurden. Die Angehörigen der Patienten wurden nicht befragt, jedoch ist anzunehmen, dass auch diese neben dem positiven Feedback ihrer Familienmitglieder zufrieden sind.

Multiprofessionelle Pflegebegleitung auf Basis des Case Management

Das Buch 'Pflegerische Angehörige im Mittelpunkt' von Seidl et. al. beschäftigt sich mit Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige demenzkranker Menschen. Aus den Forschungsarbeiten resultiert, dass sich die Angehörigen eine kontinuierliche, integrierte und interdisziplinäre Versorgung wünschen und diese angesichts der vielschichtigen Belastungssituationen während der Betreuung ihres Familienmitglieds dringend brauchen. Die Einführung von Case Management in die Betreuung der Angehörigen wäre demnach eine ideale Möglichkeit, diese Forderungen zu erfüllen und dadurch zur Entlastung von Angehörigen beizutragen und deren Lebensqualität zu erhöhen (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007, S.245](#)). Hierfür eignet sich das oben beschriebene 'Medizinisch Soziale Case Management, da sich diese Form an die Betreuung von chronisch Kranken und Langzeitpatienten ausrichtet, wozu auch demenzkranke Menschen zählen.

Um eine gute Versorgung dieser Patientengruppe und eine Entlastung der Angehörigen zu gewährleisten, wurde das Konzept der multiprofessionellen Pflegebegleitung entwickelt. Die multiprofessionelle Betreuung ist wichtig für eine angemessene Versorgung der Familien, jedoch sollen die Professionen von einer Person, einem Case Manager koordiniert werden. Ziel dieses Modells ist vorrangig die Unterstützung von Familien, die einen demenzkranken Angehörigen pflegen, über den gesamten Zeitraum der Pflege und Betreuung sowie über die Grenzen verschiedener Berufe hinweg. Um eine Entlastung der Angehörigen mittels dieser Pflegebegleitung erreichen zu können, müssen einige Kernelemente vorhanden sein (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007, S.251ff](#)). Eine multiprofessionelle Pflegebegleitung...

1. hat ihren Aufgabenbereich in der häuslichen Pflege und Betreuung, in der eine Pfl-

2 Pflege Case Management

geberatung vor Ort angeboten wird,

2. bietet psychologische Beratung und Psychotherapie sowie medizinische Betreuung,
3. informiert über Unterstützungsmöglichkeiten,
4. agiert interdisziplinär, indem sowohl pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen verknüpft werden,
5. arbeitet nach den Prinzipien der Familiengesundheitspflege, wobei eine verantwortliche Bezugsperson für die Familie zuständig ist,
6. hat einen systemischen Blick auf die Pflegesituation und begleitet Erkrankte, Hauptpflegepersonen und Familien während der gesamten Zeit der Pflegebedürftigkeit und darüber hinaus,
7. koordiniert und moderiert Angehörigengruppen,
8. arbeitet kultursensibel und berücksichtigt die Diversität der Kunden,
9. kommuniziert das Wissen und die Erfahrungen nach außen mit dem Ziel einer besseren Versorgung,
10. trägt mithilfe der anwaltschaftlichen Sorge für die Familien zur Enttabuisierung der Pflege von Demenzkranken bei und nimmt zu politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen Stellung,
11. beteiligt sich an der Entwicklung neuer Konzepte für die Pflege und Betreuung Demenzkranker und ihrer Angehörigen.

Das Tätigkeitsprofil in diesem Konzept erweist sich als sehr umfassend und erfordert eine hohe Qualifikation der Mitarbeiter im Sinne von Advanced Nursing Practice oder Family Health Nursing. Ebenso ist für die Moderation von Angehörigengruppen ein spezifisches Fachwissen nötig, um begleitend und beratend tätig sein zu können. Zum einen muss Wissen über die gerontopsychiatrische Pflege sowie über Gesprächstechniken der psychologischen Gesprächsführung ausreichend vorhanden sein. Zum anderen erfordert diese Aufgabe die Kenntnisse über vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten, über rechtliche Bedingungen der Pflege sowie über die Durchsetzung von Klienteninteressen bei amtlichen Stellen.

Eine multiprofessionelle Pflegebegleitung soll eine Ergänzung zu anderen Unterstützungsangeboten in der Geriatrie sein, wobei die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Tageszentren, Spitäler, Behörden, Einrichtungen für

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

Kurzzeitpflege und Stellen für Kriseninterventionen unbedingt nötig ist (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007](#), S.265f). Was die Umsetzung des Konzepts anbelangt, stellen dessen Inhalte nur einen Rahmen für die tatsächliche Umsetzung dar, welche einerseits eine Kostenfrage aufwirft und sich andererseits an bestehenden Versorgungsstrukturen orientieren muss. Denkbar wäre laut Seidl et.al. eine Umsetzung von Anbietern in der mobilen Pflege und Betreuung (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007](#), S.272).

Familienorientiertes Case Management

Da sich die Schere zwischen den familiären Unterstützungsmöglichkeiten und dem häuslichen Pflegebedarf weiter öffnen wird, wird von Bischofsberger ein familienorientiertes Case Management vorgeschlagen, welches ein frühzeitiges Zusammenspiel zwischen pflegenden Angehörigen und der professionellen Pflege ermöglicht (vgl. [Bischofsberger, 2007](#), S.10ff). In diesem Konzept für pflegende Angehörige liegt der Fokus auf der Berücksichtigung dieser Gruppe als eine wichtige Ressource für die erkrankten Menschen und die verschiedenen professionellen Dienste. Es wird zum einen die Rolle, die Angehörige in der Familie individuell wahrnehmen können, beachtet und zum anderen, welche Aufgaben Angehörige in der Versorgung übernehmen können und wollen. Dafür ist ein umfassendes Wissen über das Gesundheitswesen nötig, welches Angehörige in der Regel durch eine aufwändige Suche erwerben. Da pflegende Angehörige in erster Linie die Herausforderungen des Alltags bewältigen müssen, können Informationsbeschaffung und Koordinationsaufgaben nur ansatzweise erledigt werden (vgl. [Bischofsberger, 2007](#), S.11). Trotzdem entwickeln viele Angehörige im Laufe der Zeit, bei einkehrender Routine in ihren Aufgaben, Fähigkeiten eines inoffiziellen Case Managers, welche sich zu einer hohen Expertise entwickeln können.

Um den Angehörigen die zeitintensive Suche nach Informationen zu ersparen und Unterstützung bieten zu können, muss eine Beratung und Aufgabenverteilung am Beginn einer Pflegetätigkeit stattfinden. Dafür ist eine frühe Zusammenarbeit zwischen informellen und formellen Helfern nötig. Es sind Pflegefachkräfte gefragt, die mithilfe eines Betreuungskonzeptes wie dem Case Managements die verbleibenden Ressourcen der Angehörigen stützen. Zwei Lösungen, die im Rahmen des familienorientierten Case Management herangezogen werden können, sind die Schulung von Angehörigen und der Einsatz von qualifizierten Pflegebegleitern.

2 Pflege Case Management

Diese Schulung im Rahmen des Case Management ist für Angehörige vorgesehen, die bereits aktiv in der Pflege und Betreuung eines Familienmitglieds tätig sind und diese längerfristig mit außenstehender Hilfe ausführen möchten. Folgende Ziele werden dabei angeführt (vgl. [Bischofsberger, 2007](#), S.12):

- verbesserte Kommunikation mit Behörden und Versicherungen
- bessere Kenntnisse über Unterstützungsangebote in der näheren Umgebung
- gezielte Inanspruchnahme von benötigten Angeboten
- Beurteilungskriterien für die Güte eines Angebots kennen
- die nicht mehr benötigte Hilfe beenden können

In der Schulung finden sich einige Elemente, die sich als wirksam herausgestellt haben. Die Case Managerin erstellt zum einen gemeinsam mit den Angehörigen einen Versorgungsplan, in dem vereinbart wird, wer über welchen Zeitraum welche Aufgaben übernimmt, wobei alle zwei Wochen ein Gespräch darüber stattfindet, wie die Umsetzung des Plans gelingt. Zum anderen bekommen Angehörige ein Manual über lokale und nationale Hilfsangebote, welche die Case Managerin bei Bedarf aufgreift und deren Nützlichkeit bewertet.

Bei den qualifizierten Pflegebegleitern, die in einem deutschen Modellprojekt speziell geschult wurden, handelt es sich um Personen, die Angehörige mit kranken oder behinderten Familienmitgliedern zu Hause unterstützen. Diese Pflegebegleiter führen keine direkten Pflege- oder Betreuungshandlungen aus, sondern ermutigen die Angehörigen, bestimmte Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen und ermöglichen den Zugang zu diesen. Das Konzept der Pflegebegleiter soll den Bedarf der Angehörigen in folgenden Bereichen abdecken (vgl. [Bischofsberger, 2007](#), S.12):

- Wissen über Krankheit, Finanzierung, Entlastungsmöglichkeiten etc. vermitteln
- Kompetenzerweiterung z.B. in Bezug auf die Kommunikation mit Behörden ermöglichen
- Selbsthilfe in Familien organisieren
- Entlastung und Ruhezeiten z.B. durch Freiwilligendienste einplanen sowie soziale Kontakte zu ermöglichen
- Anerkennung der Pflegeleistungen in der Öffentlichkeit mit der Auseinandersetzung der Hilfsbedürftigkeit und dessen gesellschaftlichen Umgang

2.6 Modelle und Konzepte des Pflege Case Management

Im familienorientierten Case Management hat der Begriff Empowerment eine bedeutende Rolle. Dabei gilt es, die Angehörigen zu befähigen, zum Beispiel mittels Schulung und Pflegebegleitung ihre Handlungskompetenzen zu erweitern. Diese Form des Case Management zielt darauf ab, die Angehörigen bestmöglich in ihrer häuslichen Pflegetätigkeit zu informieren, zu beraten und zu unterstützen.

3 Pflegende Angehörige

Die Gruppe der pflegenden Angehörigen, welche ein oder mehrere Familienmitglieder zu Hause betreuen, stellt in Österreich nach wie vor den größten Pflegedienst dar. In diesem Kapitel werden zuerst allgemeine Daten zur Angehörigenpflege dargestellt, während danach Belastungserscheinungen in der häuslichen Pflege und Betreuung beschrieben werden. Bevor auf die entlastenden Faktoren eingegangen wird, folgt ein Auszug zur Angehörigenintegration in der Pflege mit verschiedenen Aufgaben. Es wird erläutert, welche Entlastungen durch die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung erzielt werden können und welche Unterstützungsformen vorhanden sind.

3.1 Allgemeine Daten zur Angehörigenpflege

Der Großteil der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen in Österreich (80%) wird momentan zu Hause durch Angehörige der Familie betreut, wobei 78% der Gesamtheit an pflegenden Angehörigen Frauen sind, die die Pflegeaufgabe übernehmen und Betreuungsleistungen erbringen (vgl. [Milota, 2007](#), S.85). Eine mögliche Definition von pflegenden Angehörigen lautet:

„Als pflegende Angehörige gelten verwandte Personen, die einem pflegebedürftigen Familienmitglied helfen, seine Selbstpflege (wieder) selbständig zu besorgen oder Teilbereiche der Pflege übernehmen, oder die gesamte Pflege im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens inklusive psychosozialer Begleitung und eventuell ärztlich verordneter Maßnahmen verantwortlich ausführen oder auch nur dabei mithelfen.“
(vgl. [Herold, 2002](#), S.151)

Für die Zusammenarbeit zwischen professioneller Pflege und Laien bzw. informellen Pflegepersonen ist jedoch der Begriff 'Hauptpflegeperson' wichtig. Diese Person übernimmt demnach als Hauptverantwortliche die in der Definition genannten Aufgaben. Meist wird die Funktion der Hauptpflegeperson von den engsten Familienmitgliedern wie dem Partner und der Tochter wahr genommen, wobei vor allem die pflegenden Töchter eine der größten Gruppe unter pflegenden Angehörigen in Privathaushalten darstellen (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.139f). Die Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheit (ÖBIG) zur Situation pflegender Angehöriger bestätigt, dass 40% der Betreuungsleistungen vom Ehe- bzw. Lebenspartner erbracht werden sowie über ein Viertel (26,9%) von Kindern, vor allem von den Töchtern (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.14). Die Pflege-

3 Pflegende Angehörige

bereitschaft von Töchtern hängt großteils mit einem moralischen Pflichtgefühl den Eltern gegenüber zusammen, während das Motiv bei Partnern meist die Selbstverständlichkeit und Zuneigung ist (vgl. ebenda). Weitere mögliche Gründe zur Übernahme der Pflege können Liebe, Dankbarkeit, Mitleid, Empathie, Versprechungen sowie das Gefühl, sich selbst oder anderen etwas beweisen zu wollen, sein (vgl. Herold, 2002, S.157f).

Die Angehörigenpflege wird aufgrund *lang andauernder Pflegebedürftigkeit* erbracht, wobei der Zeitfaktor ein Kriterium ist, um die Angehörigenpflege von akut geleisteten Hilfeformen unterscheiden zu können (vgl. Schnepf, 2002, S.9). Angehörige spielen in allen Krankheitsphasen und der einhergehenden Krankheitsbewältigung (Coping) eine enorme Rolle für ihre Familienmitglieder. Laut Schnepf können Angehörige plötzlich und unvorbereitet mit dem Kranksein eines Familienmitglieds konfrontiert sein und müssen automatisch Hilfen zur Verfügung stellen, die aus familialer Verbundenheit und Rolle erbracht werden. Diese Hilfen der Familien stellen eine eigene Art der Sorge dar, die aus deren Perspektive nicht ohne weiteres durch die professionelle Pflege ersetzbar wäre (vgl. Schnepf, 2002, S.9). Auch wenn Angehörige automatisch oder selbstverständlich sorgen, können durch einen langen Zeitraum der Pflege einschließlich Phasen akuter Erkrankungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, Krisen und Belastungserscheinungen auftreten (siehe Kapitel 3.2). Die Situation pflegender bzw. betreuender Angehöriger weist neben den positiven Seiten wie Krankheitsbewältigung und Alltagsmanagement für ihre Familienmitglieder ebenso negative Seiten wie Überlastungen, psychische und physische Beeinträchtigungen der eigenen Gesundheit etc. auf. Um diesen entgegenwirken zu können, müssen Angehörige ihre Belastungsgrenze kennen und die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung als sinnvoll anerkennen.

Eine Pflegesituation kann zudem Einflüsse auf die sozialen Rollen und auf die Lebensplanung bzw. -gestaltung haben. Die Veränderung der sozialen Rollen bezieht sich einerseits auf Generationsrollen, wenn zum Beispiel aus dem Kind die sorgende Mutter wird. Andererseits werden Partnerrollen oder emotionale Rollen verändert, wenn beispielsweise die in der Ehe führende Person abhängig wird und der Partner alle Aufgaben des Alltags übernehmen muss (vgl. Herold, 2002, S.159). Die Lebensplanung gelingt meist nicht mehr so wie vor dem Beginn der Pflege, da alles nach den Notwendigkeiten der Pflege abläuft.

In Zukunft wird mit einer tendenziellen Abnahme des informellen Pflegepotentials zu rechnen sein, die durch die beispielsweise geringere Zahl pflegebereiter Angehöriger in den Familien, durch mehr kinderlose alleinlebende ältere Menschen, durch die Abnahme von

3.2 Belastende Faktoren der häuslichen Pflege

Mehrpersonenhaushalten sowie durch die steigende Frauenerwerbsquote gekennzeichnet ist (vgl. [Milota, 2007](#), S.85). Trotz dieser Prognose, gilt es die Angehörigenpflege auf längere Perspektive gesehen, bestmöglich zu unterstützen und aufrecht zu erhalten, da sie aus gesellschaftlicher Sicht nach wie vor eine große Ressource im Gesundheitssystem darstellt.

Im Folgenden werden zunächst belastende Aspekte der häuslichen Pflege und Betreuung angeführt, wobei danach auf Entlastungsmöglichkeiten und auf Formen der Unterstützung eingegangen wird.

3.2 Belastende Faktoren der häuslichen Pflege

Die Bandbreite der Belastungen von pflegenden Angehörigen ist sehr vielschichtig, da sie, abhängig von der Erkrankung des Pflegebedürftigen, dem Pflegebedarf, der Wohnsituation oder der finanziellen Absicherung unterschiedlich gefordert sind (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007](#), S.33). Meist werden aber nicht die zu pflegenden Menschen als Belastung erlebt, sondern die erschwerten Alltags- und Lebensbedingungen, die ohne professionelle Unterstützung zu Überforderungen führen können, vor allem wenn die Hauptlast der Betreuung auf einer Person liegt und Hilfen innerhalb der Familie gering ausfallen. In der Studie „Situation pflegender Angehöriger“ des ÖBIG von 2005 wurden unter mehreren Aspekten die psychischen, physischen und sonstigen Belastungen von über tausend befragten Angehörigen erhoben, die im Folgenden dargestellt werden. Dabei ist zu erwähnen, dass pflegende Angehörige im Allgemeinen häufiger krank werden und anfälliger für stressbedingte Krankheiten sind als die Durchschnittsbevölkerung (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.42). Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Betreuung und Pflege für die Hauptpflegepersonen oder hauptverantwortlichen Angehörigen als sehr belastend erlebt wird, zumal sich 70% der Befragten bei ihrer Betreuungs- und Pflegearbeit zwischen ab und zu und fast immer überbelastet fühlen (vgl. ebenda).

3.2.1 Psychische und physische Belastungen

Die Ergebnisse des ÖBIG zeigen, dass psychische Belastungen einen offensichtlich höheren Belastungsdruck als physische Beschwerden haben. Während 70% der Angehörigen angeben, an körperlichen Beeinträchtigungen zu leiden, sind es hinsichtlich psychischer

3 Pflegende Angehörige

Probleme schon über 80% (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.43). Die unterschiedlichen Ausprägungen bzw. die Häufigkeitsangaben unter den psychischen Belastungen werden in Tabelle 3.1 gezeigt (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.33 Anhang 6). Dabei dominiert das Gefühl der Verantwortung, gefolgt vom Gefühl der Überforderung und Aussichtslosigkeit.

psychische Belastung	absolut	Prozent
Isolation	205	17,8
Verantwortung	570	49,5
Aussichtslosigkeit	212	18,4
Überforderung	334	29,0
familiäre Probleme	207	18,0
sonstige Belastungen	134	11,6
keine nennenswerten Belastungen	219	19,0

Tabelle 3.1: Psychische Belastungen

In Bezug auf die körperlichen Beschwerden stehen an erster Stelle Kreuzschmerzen (47,5%), gefolgt von Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich (36,9) sowie sonstigen Belastungen, z.B. Schmerzen in den Gelenken (14%). Wichtige Erkenntnisse im Zusammenhang zwischen der Belastung und der Höhe der Pflegegeldstufe sowie der Erwerbstätigkeit zeigen, dass die unterschiedlichen Belastungserscheinungen, sowohl psychischer als auch körperlicher Art, einerseits bei einer ansteigenden Pflegegeldstufe und einem damit zunehmenden Betreuungsbedarf deutlich verstärkt werden. Andererseits sind nicht erwerbstätige Angehörige mehr belastet als berufstätige Personen (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.43ff). Diese Tatsache kann mit dem Ausmaß an Tätigkeiten sowie der langfristigen bzw. dauerhaften Verfügbarkeit in der häuslichen Versorgung zusammenhängen.

3.2.2 Informationsbedarf und sonstige Belastungen

Der Beratungs- und Informationsbedarf bei pflegenden Angehörigen ist insgesamt sehr groß, wie nachfolgend herangezogene Studien belegen. Bestehen bei Angehörigen Informationsdefizite die häusliche Versorgung betreffend, kann diese Unwissenheit zu einem eingeschränkten Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten führen. Das bedeutet, dass Angehörige aufgrund nicht vorhandener Informationen nicht die passende Hilfe auswählen können, was sich letztendlich als Überforderung in der alleinigen Bewerkstelligung der Pflege und Betreuung auswirken kann. In der ÖBIG Studie wurde zu einer weiteren Studie

3.2 Belastende Faktoren der häuslichen Pflege

mit dem Titel 'Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege' von 2004 Stellung genommen, in der bei rund 75% der befragten Personen Beratungs- und Informationsbedarf in zumindest einer Angelegenheit gegeben war. Der größte Aufklärungsbedarf wurde in Bezug auf mobile Dienste, Kurzzeitpflege, Hilfsmittel und Pflegegeld festgestellt (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.40). In der Untersuchung des ÖBIG wurde deshalb ein Fokus darauf gelegt, in welchem Ausmaß die Angehörigen über verschiedene Bereiche der häuslichen Betreuung informiert sind und woher die vorhandenen Informationen stammen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Großteil der Betreuungspersonen schlecht bis gar nicht über Rechtsfragen (54,5%), über finanzielle Fragen (47%), über Schulungsangebote für Angehörige (45%) sowie über das Angebot der Kurzzeitpflege (37,8%) informiert ist. Hingegen bewerten viele Befragte die Informationen bezüglich des Pflegegelds (36%), der Mobilien Dienste (28,5%) und der Pflegehilfsmittel (23,7%) als gut (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.41). Ein weiteres Resultat ist, dass Angehörige die meisten Informationen vom Hausarzt erhielten (58,5%), gefolgt von privaten Personen (45%), öffentlichen Stellen (27,1%), Sozialversicherungsträgern (23,3%) sowie mobilen Diensten (18,6%) (vgl. ebenda, S.42).

Eine neuere Ausgabe der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege von 2007 belegt ebenso, dass die Beratung und Information der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen nach wie vor eine zentrale Bedeutung hat. Die Aufklärung im Sinne von Beratungsgesprächen ist vielfach erforderlich, zumal in 88% der Hausbesuche von diplomierten Pflegekräften eine Beratung durchgeführt wurde (vgl. [Bednar et al., 2007](#), S.26). Ein sehr hoher Bedarf an Information bestand, ähnlich wie im Bericht von 2004, über Hilfsmittel, Sturzprophylaxe, das Angebot an sozialen Diensten und Kurzzeitpflegemöglichkeiten sowie über das Pflegegeld (vgl. ebenda).

Es ist wichtig, dass Angehörige in allen genannten Bereichen ausreichend informiert sind, damit einerseits einer ungerechten Verteilung an Unterstützungsangeboten entgegengesteuert werden kann und andererseits, damit die Angehörigen durch mehr Wissen kompetenter in der Pflege und Betreuung agieren können. Zum einen können gut informierte Angehörige mehr Kosten verursachen, indem sie beispielsweise alle ihnen zur Verfügung stehenden Zuschüsse beziehen. Zum anderen können Einsparungen getätigt werden, wenn Angehörige nicht aus Informationsmangel auf teure Angebote greifen müssen, sondern günstigere Alternativen wählen können (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.41f). Zum Beispiel können Aufnahmen ins Pflegeheim vermieden werden, wenn Angehörige ausreichend über Entlastungsmöglichkeiten Bescheid wissen und sie somit an bestehen-

3 Pflegende Angehörige

den Belastungen in der häuslichen Betreuung nicht scheitern.

Weitere Belastungen neben den psychischen und physischen Beschwerden sowie dem Informationsdefizit können die zeitliche Verfügbarkeit und die finanziellen Aspekte sein. In der Studie des ÖBIG stellt die zeitliche Bindung an die Versorgung des Familienmitglieds für 59% der Angehörigen eine Belastung dar. Die finanzielle Situation hingegen scheint befriedigender zu sein, da finanzielle Probleme bzw. Belastungen von nur 22,3% der befragten Angehörigen genannt wurden (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.33 Anhang 6).

3.2.3 Belastungen bei Angehörigen demenzkranker Menschen

Ein bedeutendes Thema in der häuslichen Pflege ist die Betreuung von demenzkranken Menschen, da dieses Krankheitsbild eine sehr häufige Erscheinung unter den altersbedingten chronischen Krankheiten ist. Im Jahr 2007 litten in etwa 100.000 Menschen an demenziellen Erkrankungen⁶, wobei sich diese Zahl in den nächsten Jahren kontinuierlich erhöhen wird (vgl. [Bednar et al., 2007](#), S.32). Auf dieses Krankheitsbild mit seinen spezifischen Ausprägungen und Verläufen wird hier allerdings nicht genauer eingegangen. Es soll lediglich aufgezeigt werden, wie komplex die Pflege und Betreuung eines demenzkranken Familienmitglieds sein kann und welche Belastungserscheinungen hierbei auftreten können. Seidl und Labenbacher widmen sich in ihrem Buch ausschließlich den Angehörigen demenzkranker Menschen, welche im Rahmen einer qualitativen Untersuchung befragt wurden und einige Hauptbelastungen nennen, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden (vgl. [Seidl und Labenbacher, 2007](#), S.46ff).

- **Verhaltensoriginalitäten:** Diese sind ein Teil des demenziellen Syndroms, wobei die Angehörigen vor allem die gesteigerte Aggressivität, die Suche nach Gegenständen, das ständige Fragen, der (nächtliche) Wandertrieb sowie unterschiedliche Zwänge als belastend beschreiben.
- **Angebunden sein / mangelnde Freizeit:** Eine fortschreitende Demenz führt zwangsläufig zur Notwendigkeit der Beaufsichtigung, die sich im schlimmsten Fall in einer 24-h-Betreuung niederschlägt und als hohe Belastung wahrgenommen wird. Dies führt nachhaltig zu einer mangelnden Freizeit, da die Betreuungs- und Pflegearbeit viel Zeit kostet.
- **soziale Ausgrenzung:** Angehörige erleben neben sozialer Unterstützung, wie z.B.

⁶darunter ist die Alzheimerkrankheit mit 60-80% die häufigste Form

3.3 Angehörigenintegration und -arbeit

psychologische Gespräche oder praktische Mitarbeit in der Pflege, auch soziale Ausgrenzung. Dies passiert dann, wenn sich z.B. Freunde oder Bekannte aufgrund von Unsicherheit im Umgang mit dem Erkrankten zurückziehen.

- Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehungen: Das Krankheitsbild der Demenz verursacht, dass eine partnerschaftliche Beziehung schwer aufrecht erhalten werden kann bzw. dass es zu einer Umkehr von Rollen kommt. Es nehmen die Erinnerung an die gemeinsame Vergangenheit, die Kommunikationsfähigkeiten sowie die zwischenmenschlichen Verhaltensweisen zunehmend ab.
- Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit: Angehörige können an den unterschiedlichsten Krankheitsbildern oder Symptomen wie z.B. Diabetes, Osteoporose oder Erschöpfungszuständen leiden. Wichtig ist, dass meist der psychische Druck der Betreuung als Auslöser für sämtliche Belastungen gesehen wird.

3.3 Angehörigenintegration und -arbeit

Da die Angehörigen im Rahmen eines unterstützenden sozialen Umfelds eine wichtige Rolle für den Heilungsprozess, für die Rehabilitation und in der Pflege des Pflegebedürftigen spielen, ist die Bedeutung des sozialen Netzes, besonders der Angehörigen, sehr wichtig für das zukünftige Gesundheitssystem (vgl. [George und George, 2003](#), S.22f). Aufgrund einer eingetretenen Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds und dessen Betreuungsaufgaben kann die Pflegesituation für die Angehörigen bei zusätzlich vorhandenen Belastungen schwer zu bewältigen sein. Durch eine möglichst frühe aktive Integration der Angehörigen in ein Behandlungskonzept der professionellen Pflege, wird den Angehörigen die Möglichkeit geboten, den Fortgang der Situation positiv zu beeinflussen (vgl. [George und George, 2003](#), S.24). Wie schon beschrieben wird sich die Situation der pflegenden Angehörigen in Zukunft verändern. Wenn man die Pflege und Betreuung älterer Menschen jedoch zukünftig sichern will, wird man ohne der Angehörigenintegration im Gesundheitssystem aufgrund der finanziellen Ressourcen nicht auskommen (vgl. [George und George, 2003](#), S.144). Für die professionelle Pflege bedeutet die Angehörigenorientierung eine Haltung gegenüber den Angehörigen von Patienten, diese als Partner im Gesamtpflegesystem zu sehen und zu akzeptieren. Diese Orientierung kann nur dann erfolgreich sein, wenn professionelle Pflegepersonen das Wissen, Können und auch Überlegenheiten der Angehörigen anerkennen (vgl. [Herold, 2002](#), S.162). Für Angehörige sind Wertschätzung,

3 Pflegende Angehörige

ein positives Feedback, Informationen und praktische Anleitung zum richtigen Zeitpunkt sowie Entlastungsangebote wichtig (vgl. [Schnepp, 2003](#), S.70f). Die Angehörigenorientierung der professionellen Pflege muss in der Angehörigenarbeit erfolgen, die bestimmte Ziele verfolgt (vgl. [Herold, 2002](#), S.162f).

- Pflegerische Fachkompetenz verbessern
- Selbstbewusstsein stärken
- Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit unterstützen
- Strategien für den umfassenden Umgang mit der Pflegesituation vermitteln
- in der Pflegesituation liegende Probleme bewusst machen
- die Fähigkeit zum Herbeiholen von Hilfe wecken und pflegen
- Wertschätzung und Verbundenheit erfahrbar machen
- Entlastungsangebote schaffen

Diese Zielvorstellungen beachtend, müssen professionell Pflegende auf der Ebene der individuellen Pflege die Angehörigen zunächst persönlich kennenlernen und deren Lebenssituation einschätzen. Dazu gehört die Beurteilung der emotionalen Befindlichkeit, der Beziehungsqualität zur gepflegten Person sowie der Einstellung zur Pflege selbst. In weiterer Folge wird die Pflegekompetenz der Angehörigen und deren Informations- und Hilfebedarf eingeschätzt (vgl. [Herold, 2002](#), S.163f). Nach diesen gesammelten Informationen müssen Pflegekräfte gemeinsam mit den Angehörigen und Betroffenen entscheiden, welche Art von Hilfen unterstützend und zielführend sind, um sodann Maßnahmen einleiten zu können. Pflegende müssen aber auch akzeptieren, wenn sich Angehörige entgegen ihrer Empfehlungen und Anordnungen entscheiden und eventuell auch Hilfe ablehnen. Die Angehörigenarbeit ist ein wichtiger Aufgabenbereich der professionellen Pflege und muss zukünftig vor allem in der mobilen Pflege verstärkt ausgeführt werden.

3.4 Entlastende Faktoren durch professionelle Unterstützung

Eine Entlastung kann dann herbeigeführt werden, wenn den Angehörigen die passende professionelle Unterstützung in ihrer Situation angeboten wird. Dafür ist die oben beschriebene Vorgehensweise, angefangen mit einem persönlichen Erstgespräch, heranzuziehen, in dem alle relevanten Informationen gewonnen werden, um die Gesamtsituation mit vor-

3.4 Entlastende Faktoren durch professionelle Unterstützung

handenen Kompetenzen, Belastungen und Ressourcen zunächst einschätzen zu können. Daraufhin werden benötigte Dienstleistungen besprochen und gegebenenfalls geplant. Im Folgenden wird auf unterschiedliche Entlastungsmöglichkeiten bzw. -angebote, die den Angehörigen durch die Pflege geboten werden können, eingegangen.

3.4.1 Entscheidungskompetenz durch Information und Beratung

Die Angehörigenpflege wird zu Beginn der Pflegeübernahme als Laienpflege bezeichnet, wobei zunächst wenig oder kein Wissen über Krankheiten und Behinderungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit besteht sowie die Kenntnisse über das praktische Pflegehandeln und über pflegeerleichternde Hilfsmittel fehlen (vgl. [Herold, 2002](#), S.155). Aus dieser Situation können Belastungen und eine zeitintensive Informationssuche resultieren. Dem kann damit entgegen gesteuert werden, indem man Angehörige, bestmöglich in der Entscheidungsphase in Bezug auf die Übernahme der Pflege, aufklärt und ihnen die nötigen Informationen vermittelt. Es müssen grundsätzliche Überlegungen zu persönlichen Einstellungen der Pflege gegenüber, zu räumlichen und finanziellen Mitteln etc. getätigt werden, wobei ein wichtiger Punkt dabei die Information über bestehende Hilfe- und Entlastungsmöglichkeiten für die häusliche Versorgung ist (vgl. [Herold, 2002](#), S.165). Diese Aufklärung im Sinne einer Pflegeberatung kann im Krankenhaus im Zuge des Entlassungsmanagement erfolgen, wenn die zu betreuende Person zur Behandlung aufgenommen und in weiterer Folge eine häusliche Pflege erforderlich ist. Ist eine Pflegeübernahme bereits erfolgt und Angehörige befinden sich inmitten einer Pflegesituation, müssen sie die Informationen über Aspekte, die die häusliche Versorgung betreffen, auf andere Weise erhalten, damit sie autonom über den Versorgungsablauf entscheiden und kompetent handeln können.

Das Pilotprojekt 'Beratungsscheck - Fachliche Erstberatung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen' zeigt eine Möglichkeit auf, wie Angehörige im Sinne von Beratung aufgeklärt werden können (vgl. [Bednar et al., 2007](#), S.28f). Dabei wurden Beratungsgutscheine gemeinsam mit Zuerkennungs- oder Erhöhungsbescheiden des Pflegegelds an Pflegegeldbezieher und ihre Angehörigen versandt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Beratung in etwa zu gleichen Teilen mit den Pflegebedürftigen (55,8%) und den Angehörigen(44,5%) meistens zu Hause stattfand. Über dreiviertel der beratenen Personen gaben an, dass ihnen die Beratung geholfen habe. Unter diesen wurde bei rund 60% eine Erleichterung des Alltags erzielt und knapp über die Hälfte der Personen wollen in Zukunft mehr Beratungs- und/oder Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen (vgl. [Bednar et al., 2007](#), S.30).

3 Pflegende Angehörige

Generell ist Öffentlichkeitsarbeit gefragt, damit Angehörige die vorhandenen Unterstützungsangebote zunächst kennen, von sich aus professionelle Hilfe auswählen, und sich in weiterer Folge an Beratungsstellen im ambulanten Bereich, wie z.B. an die Hauskrankenpflege, wenden. Fachlich geschulte Pflegekräfte in der ambulanten Pflege und Betreuung mit beratender Funktion im Hinblick auf gewünschte Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten könnten die Angehörigen gut informieren und folglich unterstützen.

3.4.2 Unterstützung im Alltagsmanagement

Das Alltagsmanagement wird als Bewältigung des Lebens eines Menschen gesehen, das jeder, mehr oder weniger gut entwickelt, leistet. Betreuende Angehörige müssen neben eventueller Berufstätigkeit und der eigenen Familie zusätzlich die häusliche Versorgung ihres Familienmitglieds organisieren. Dies kann ein sehr umfangreiches Alltagsmanagement bedeuten. Abhängig vom Ausmaß der Tätigkeiten und von vorhandenen Belastungen können Menschen an einer zufriedenstellenden Alltagsgestaltung scheitern und benötigen dann Hilfe und Anleitung in der Bewältigung des Alltags (vgl. [Wendt, 2001](#), S.44).

Die Art der Hilfe, die Angehörige leisten, entspringt aus dem alltäglichen Leben und dient dazu, dieses aufrecht zu erhalten. Der Ausgangspunkt der professionellen Unterstützung und Ziel zugleich ist laut Schnepf die Alltagswelt der Menschen, die je nach Art der Hilfebedürftigkeit sehr komplex sein kann, und in der man unter Berücksichtigung vorhandener Alltagskompetenzen der Akteure eine Antwort geben muss (vgl. [Schnepf, 2003](#), S.63). Für ein Gelingen des Alltagsmanagement ist die professionelle Pflege daher aufgefordert, sowohl die Selbstpflege der Pflegebedürftigen als auch der Angehörigen sowie die Angehörigenpflege selbst wahrzunehmen und zu fördern.

Die professionelle Unterstützung schließt an das Alltagsmanagement der Klienten an und wird in dieses eingefügt (vgl. [Wendt, 2001](#), S.167). Nur unter der Berücksichtigung der Alltagsgestaltung von Seiten der Pflege wird das häusliche Pflegearrangement funktionieren, und Angehörige können dabei gezielt entlastet werden.

3.4.3 Formen pflegerischer Unterstützung

Die vorhandenen Unterstützungen für Angehörige scheinen sehr vielfältig zu sein, jedoch sind sie nicht immer passend bzw. verfügbar. Oft spielen die Finanzierbarkeit sowie die ablehnende Haltung der zu versorgenden Personen eine Rolle im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von pflegerischer Unterstützung (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.33). Zu diesen Unterstützungsformen zählen einerseits alle sozialen Dienste und Gesundheitsdienste, die in erster Linie die Pflegebedürftigen betreffen und versorgen, aber gleichsam für die Angehörigen unterstützend und entlastend wirken, da ihnen Aufgaben abgenommen werden. Andererseits gibt es neben diesen Diensten direkte auf die Angehörigen abzielende Unterstützungsmaßnahmen. In weiterer Folge wird lediglich ein Ausschnitt der verschiedenen Angebote präsentiert.

Mobile Dienste

Zu den mobilen Diensten zählen in erster Linie die Hauskrankenpflege, Pflegehilfe, Heimhilfe, Essen auf Rädern und sonstige soziale Dienstleistungen wie z.B. Besuchsdienste oder mobile therapeutische Dienste. Die Hauskrankenpflege ist die Pflege von Patienten in deren Wohnbereich, welche Erkrankungen aller Art und Altersstufen umfasst. Sie beinhaltet auch die Anleitung, Beratung und Begleitung von Angehörigen und wird von Personen, die auf der Grundlage des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes dazu ermächtigt sind, durchgeführt. Die Pflegehilfe, Heimhilfe, Essen auf Räder etc. sind mehr als begleitende soziale Dienste zur Hauskrankenpflege, denn sie schaffen die Grundlage, auf der die Hauskrankenpflege aufbaut. Soweit die Hauskrankenpflege nicht selbst die Grundbedürfnisse der Klienten deckt, sind es in der Regel die sozialen Dienste, die dafür sorgen (vgl. [Ertl und Kratzer, 2001](#), S.27). Die Heimhilfe unterstützt betreuungsbedürftige Menschen vor allem bei der Haushaltsführung und der Erhaltung und Förderung des körperlichen Wohlbefindens. Die Pflegehilfe hat ähnliche Aufgaben wie die Heimhilfe, unterscheidet sich jedoch von dieser durch eine umfassendere Ausbildung und folglich durch einen etwas umfassenderen Tätigkeitsbereich.

3 Pflegende Angehörige

Teilstationäre Dienste

Diese Dienste in Form von Tagespflege, Tagesbetreuung oder Tageszentren stellen eine Versorgung dar, die zwischen der Betreuung zu Hause und der Aufnahme in ein Pflegeheim erfolgt. Ziele dieser Betreuung sind die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise und die Möglichkeit in der eigenen Wohnung zu bleiben durch eine tagsüber verfügbare aktivierende Betreuung (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.35). Da es bisher noch keine flächendeckende Versorgung durch Tageszentren in Österreich gibt, wird der Ausbau solcher Dienste zukünftig nötig sein.

Kurzzeitpflege

Die Kurzzeitpflege ist die vorübergehende stationäre Pflege eines pflegebedürftigen Menschen, der ansonsten zu Hause versorgt wird. Das Ziel dabei ist die Entlastung und Unterstützung der Angehörigen zum Beispiel bei Urlauben, Krankheit oder bei psychischer oder physischer Belastung während der Pflege (vgl. [Pochobradsky et al., 2005](#), S.35). Für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege gibt es seit 1.1.2004 eine Gewährung von Zuschüssen für pflegende Angehörige aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung. Die Voraussetzungen dafür sind eine überwiegende Pflege und Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen, der das Pflegegeld zumindest ab der Stufe drei erhält, von mindestens einem Jahr und eine Verhinderung der Erbringung der Pflege aufgrund von Krankheit, Urlaub oder sonstigen Gründen. Seit 1.1.2009 wurde der förderbare Personenkreis von Kurzzeitpflegemaßnahmen auf Angehörige, die eine demenziell erkrankte Person oder eine minderjährige Person ab Pflegestufe eins unter denselben Voraussetzungen betreuen, ausgeweitet.⁷ Der Zuschuss soll als Abdeckung der Kosten dienen, die bei einer Verhinderung der Hauptpflegeperson für eine professionelle oder private Ersatzpflege entstehen würden. Diese Form der Unterstützung bietet für Angehörige eine konkrete Möglichkeit der Entlastung und dient allgemein zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und Betreuung.

⁷Förderungsrichtlinien des BMSK - [20.04.09]

<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0060&doc=CMS1228309857451>

24-Stunden-Betreuung

Eine 24-h-Betreuung ist eine rund um die Uhr Betreuung im Privathaushalt der pflegebedürftigen Personen, welche man unter bestimmten Voraussetzungen (wie z.B. Pflegegeld zumindest in der Stufe drei, ein ständiger Betreuungsbedarf sowie die räumlichen Gegebenheiten, für eine Aufnahme der Betreuungskraft in die Hausgemeinschaft) in Anspruch nehmen kann. Das Hausbetreuungsgesetz⁸, welches am 1.7.2007 in Kraft trat, ist die rechtliche Grundlage für eine rund um die Uhr Betreuung zu Hause. Seit diesem Zeitpunkt bestehen demnach drei Möglichkeiten einer legal organisierten 24-h-Betreuung (vgl. [Hönig-Robier, 2009, S.8](#)):

- Die zu betreuende Person oder ein Angehöriger führen die Betreuungskraft als **Angestellte/n**, oder
- es wird eine Betreuungskraft beschäftigt, die bei einem **gemeinnützigen Anbieter** (z.B. Volkshilfe, Hilfswerk, Caritas, Rotes Kreuz) angestellt ist, oder
- es wird eine **selbständig erwerbstätige** Betreuungskraft engagiert, die den Gewerbeschein der Personenbetreuung besitzt.

Die wichtigsten Eckpfeiler des Hausbetreuungsgesetzes sind das Arbeitsverhältnis und die Arbeitsdauer, welche regeln, dass nach maximal 14 Tagen Arbeit eine durchgehende Freizeit von derselben Dauer für die Betreuungskraft gewährleistet werden muss. Ebenso werden die Tätigkeiten in der Betreuung festgelegt, unter denen neben anfänglich nur erlaubten Betreuungstätigkeiten, vorwiegend die Haushalts- und Lebensführung betreffend, seit 10.4.2008 auch pflegerische und medizinische Tätigkeiten an die Betreuungspersonen delegiert werden dürfen (vgl. [Hönig-Robier, 2009, S.10](#)). Die Voraussetzung für die Durchführung dieser Tätigkeiten ist allerdings die rechtliche Grundlage auf Basis des Hausbetreuungsgesetzes (siehe § 1, Punkt (4),(5)), das heißt, die Tätigkeiten werden nur nach schriftlicher Anordnung und nach Anleitung von Pflegepersonen bzw. von Ärzten an die Betreuungspersonen übertragen. Es gibt auch für diese Betreuungsform seit 1.11.2008 eine Förderung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige aus dem Fonds für Menschen mit Behinderung. Die Voraussetzung dafür ist das Pflegegeld zumindest ab der Stufe drei, wobei der Förderungsbetrag zwischen unselbständigen und selbständig tätigen Betreuungskräften variiert (vgl. [Hönig-Robier, 2009, S.16ff](#)).

⁸<http://www.bmsk.at/cms/site/attachments/6/7/1/CH0701/CMS1232619890449/hausbetreuungsgesetz.pdf>
[15.3.2009]

3 Pflegende Angehörige

Konkrete Angebote für Angehörige

Es gibt zahlreiche Angebote für pflegende Angehörige, wobei diese in den Bundesländern unterschiedlich vorhanden und bekannt sind. Es besteht das Angebot an Pflegekursen bzw. Schulungen für Angehörige, die meist bei bundesweit tätigen Wohlfahrtsverbänden wie dem Roten Kreuz, Hilfswerk usw. statt finden und in denen sowohl theoretische als auch praktische pflegerelevante Themen behandelt werden. Des Weiteren sind viele unterschiedliche Selbsthilfegruppen sowie Gesprächsrunden für pflegende Angehörige vorhanden.

Die Möglichkeiten für Angehörige, Information und Beratung über Pflege Themen und Unterstützungsangebote in ihrer Umgebung zu erhalten, sind zum Beispiel die österreichweite kostenlose *Pflegehotline 0800-20-16-22* sowie eine eigene E-Mail-Adresse *pflege-telefon@bmxxk.gv.at*. Weiters wurde 2006 eine Internetplattform für pflegende Angehörige *www.pflegedaheim.at* eingerichtet, auf der Informationen zu unterschiedlichsten Themen erhältlich sind sowie ein Forum zum Erfahrungsaustausch mit anderen Angehörigen.

4 Selbstpflagedefizit-Theorie nach Orem

Im folgenden Kapitel wird das Selbstpflege(defizit) Modell von Dorothea Orem als verbreitete Pflegetheorie erläutert, welches als oberstes Ziel die Stärkung und Wiederherstellung des Selbstpflegevermögens bzw. der Autonomie von Menschen anführt. Dieses Pflegeverständnis kann als eine Grundlage für die Angehörigenunterstützung betrachtet werden, da es vorrangig darauf abzielt, neben den Pflegebedürftigen ebenso den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Diese Theorie ist in der Arbeitsweise des Pflege Case Management nicht unbedeutend, da auch in diesem Prozess die Befähigungen bzw. die Stärkung der Selbstpflegekompetenz von Klienten und Angehörigen eine große Rolle spielen.

4.1 Konzeption des Modells

Dieses Pflegemodell enthält drei Theorien, die gemeinsam das Element der Selbstpflege beschreiben.

- Theorie der Selbstpflege
- Theorie des Selbstpflagedefizits
- Theorie des Pflegesystems

Unter diesen Elementen ist das 'Selbstpflagedefizit' der zentrale Begriff. Hier setzt die professionelle Pflege an, wobei Selbstpflegeerfordernisse und -defizite des Patienten erhoben werden, um den Bedarf an Pflege bestimmen zu können (vgl. [Herold und Brunen, 2001](#), S.77). Orem versteht unter Selbstpflege die...

„menschliche, regulierende Funktion, die Einzelpersonen bewusst für sich selbst ausführen oder durchführen lassen müssen (Dependenzpflege), um einen Bestand an Materialien und Bedingungen zur Lebenserhaltung zu gewährleisten und zu erhalten...“ (vgl. Orem 1997, S.188 zit.nach [Bekel et al., 2005](#), S.624)

Selbstpflege ist ein erlerntes, zielgerichtetes Verhalten eines Menschen und umfasst alle Handlungen, die dazu dienen, für das eigene Wohlergehen, die eigene Gesundheit, die Lebenserhaltung und Entwicklung zu sorgen. Ist eine Person nun belastet bzw. ist ihr psychisches und/oder physisches Wohlbefinden gestört, kann ein Selbstpflagedefizit entstehen. Der Bedarf an Selbstpflege übersteigt die Selbstpflegekompetenz, das heißt, jemand ist nicht oder eingeschränkt fähig, alle notwendigen Aktivitäten für die Sorge und

4 *Selbstpflagedefizit-Theorie nach Orem*

Pflege der eigenen Person auszuführen. An diesem Punkt beginnt professionelle Pflege, welche versucht, die Defizite durch unterschiedliche Methoden der Unterstützung zu mindern bzw. zu beseitigen. Laut Orem ergibt sich das Handeln der Pflege und das Objekt der Pflegewissenschaft gerade durch die Defizite bzw. Einschränkungen einer Person, ihre Selbstpflege durchzuführen (vgl. [Evers, 1997](#), S.130). Zum besseren Verständnis wird nun auf die einzelnen Komponenten dieses Modells näher eingegangen.

4.1.1 Selbstpflegeerfordernisse

Wenn Menschen für sich selbst sorgen, verfolgen sie bestimmte Ziele, um laut Orem ein gesundes Dasein anzustreben. Diese Ziele nennt sie Selbstpflegeerfordernisse, welche sich in drei Bereiche gliedern (vgl. [Evers, 1997](#), S.130).

Allgemeine, universelle Selbstpflegeerfordernisse

Diese Erfordernisse gelten für alle Menschen in allen Lebenslagen, wobei hier die Basisbedürfnisse einer Person erkennbar werden. Es handelt sich bei den allgemeinen Selbstpflegeerfordernissen um:

- Die Aufrechterhaltung der Aufnahme von genügend Luft, Wasser und Nahrung,
- eine angemessene Selbstpflege im Zusammenhang mit Ausscheidungsprozessen und Exkrementen,
- um das Aufrechterhalten des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe sowie zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion,
- um die Vermeidung von Gefahren und Risiken für das menschliche Leben und dessen Funktionalität,
- das Leben in sozialen Gruppen und die Lebensführung eines Individuums nach seinen Vorstellungen.

Entwicklungsbezogene Selbstpflegeerfordernisse

Entwicklungsbezogene Erfordernisse beziehen sich auf die Entwicklungsphasen des Menschen sowie auf Umstände, die diese behindern oder beeinflussen können. Orem unterteilt diese Erfordernisse noch einmal in Erfordernisse, die einerseits im Zusammenhang mit der

Lebensphase stehen oder andererseits mit einem bestimmten Ereignis oder bestimmten Verhältnissen. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Selbstpflegetätigkeiten, die von der jeweiligen Entwicklungsphase abhängig sind (z.B. der unterschiedliche Schlaf-Wach-Rhythmus oder die unterschiedliche Nahrungszufuhr eines Erwachsenen und Kleinkinds). Zur zweiten Gruppe gehören Selbstpflegetätigkeiten, die in bestimmten Situationen nötig sind, welche die Entwicklung oder das Wachstum des Menschen behindern können (z.B. der Verlust eines Familienangehörigen, Ortsveränderungen, oder eine unheilbare Krankheit) (vgl. [Jansen und Mostert, 1997](#), S.25ff).

Gesundheitsbezogene Selbstpflegeerfordernisse

Diese Erfordernisse treten auf, wenn die Gesundheit eines Menschen gestört ist und somit gewisse Bedürfnisse sichtbar werden, die Gesundheit wieder herzustellen. Sie stehen im Zusammenhang mit der Hilfeleistung, Behandlung und Therapie, sowie anderen Faktoren, die die Gesundheitsstörung betreffen. Orem definiert folgende gesundheitsbezogene Selbstpflegeerfordernisse (vgl. [Jansen und Mostert, 1997](#), S.27):

- Angemessene Hilfe von Spezialisten sicherstellen,
- die Folgen von Krankheiten und Folgen für die menschliche Entwicklung erkennen und beheben,
- effektives Ausführen von verordneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen,
- das Selbstbild bei Krankheit oder Behinderung anpassen und den Gesundheitszustand akzeptieren,
- einen Lebensstil bei eingeschränkter Gesundheit entwickeln, der die persönliche Entwicklung und das Wachstum fördert.

Um diese Ziele erreichen bzw. die unterschiedlichen Selbstpflegeerfordernisse befriedigen zu können, ist ein bestimmtes Verhalten über eine bestimmte Zeitdauer erforderlich. Orem nennt dieses Verhalten den 'Situativen Selbstpflegebedarf', welcher ein situationsgebundener Handlungsbedarf ist (vgl. [Evers, 1997](#), S.131).

4.1.2 **Selbstpflegekompetenz**

Die Selbstpflegekompetenz drückt sich in einem Handlungsvermögen aus, in einer menschlichen Eigenschaft, für sich selbst zu sorgen. Diese Kompetenz erklärt die komplexen, notwendigen Fähigkeiten von Personen für ihre Selbstpflege und wird durch drei zusammenhängende Bereiche beschrieben (vgl. [Bekel et al., 2005](#), S.625):

1. *Selbstpflegetätigkeiten* sind Handlungen, die eine Person bewusst für die Erfüllung der Selbstpflege durchführt, wobei folgende Handlungen unterschieden werden:
 - einschätzende Handlungen (den Handlungsbedarf erkennen),
 - entscheidende Handlungen (entscheiden, was zu tun ist),
 - umsetzende Handlungen (die getroffenen Entscheidungen durchführen).
2. *Grundlegende Dispositionen und Fähigkeiten*, wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, logisches Denken, Wert- und Zielvorstellungen, müssen ausreichend vorhanden sein, um die Selbstpflegetätigkeiten ausführen zu können.
3. *Potentialkomponenten* sind kennzeichnende oder spezifischere Fähigkeiten zur Selbstpflege. Menschen müssen beispielsweise die physische Energie sowie Motivation besitzen, um die nötige Selbstpflegekompetenz aufweisen zu können und somit Beschwerden zu vermindern oder fähig zu sein, Entscheidungen gegenüber Dritten zu vertreten.

Die Selbstpflegekompetenz ist demnach die Fähigkeit zu untersuchen und abzuwägen, ob eine Selbstpflegehandlung stattfinden sollte oder nicht, wofür ausreichendes Wissen nötig ist. Sie umfasst auch die Fähigkeit zu entscheiden und eine Handlung zuletzt durchführen zu können. Die Selbstpflegekompetenz kann laut Evers mehr oder wenig ausgebildet (Grad der Entwicklung), mehr oder wenig handlungsbezogen (Grad der Operationalität) und mehr oder wenig angemessen (Grad der Angemessenheit) sein (vgl. [Evers, 1997](#), S.137ff).

4.1.3 **Selbstpflegetheorie**

Die Fähigkeit zur Ausübung der Selbstpflege kann durch oben bestimmte Faktoren eingeschränkt sein, was zu einer Handlungsunfähigkeit oder zu einem Selbstpflegetheorie führen kann. Das Vorliegen eines Selbstpflegetheories resultiert darin, dass Menschen in bestimm-

ten Situationen nicht angemessen für sich sorgen können und erfordert in den meisten Fällen eine professionelle Unterstützung (vgl. [Bekel et al., 2005](#), S.625). Ein Selbstpflege-defizit ist eine Beziehung zwischen dem situativen Pflegebedarf und der Selbstpflegekompetenz, wobei ersteres die Kompetenz übersteigt. Es liegt also ein Defizit vor, wenn ein situativer Pflegebedarf von den Betroffenen nicht oder nicht zielgerichtet gedeckt werden kann (vgl. [Evers, 1997](#), S.130).

4.1.4 Pflegekompetenz und Pflegesystem

Die professionelle Pflege hat zum Ziel, die Selbstpflegedefizite eines Menschen zu beseitigen und die Autonomie wieder herzustellen. Um den Bedarf an Pflege befriedigen zu können, muss die professionelle Pflegeperson ihr Pflegevermögen, also ihre Pflegekompetenz einsetzen (vgl. [Herold und Brunen, 2001](#), S.78f). Die Pflegekompetenz ist die Gesamtheit des Wissens und der Fähigkeiten über die professionell Pflegende im Hinblick auf Selbstpflege gerichtete Aktivitäten kollektiv oder individuell verfügen (vgl. [Evers, 1997](#), S.133).

Pflegekräfte führen ihre Pflegekompetenz in einem Pflegesystem aus, in dem mehrere unterschiedliche Akteure beteiligt sind, die im Rahmen der Pflege unterschiedliche Unterstützungsformen anbieten. Ein Pflegesystem wird nach Evers als Gesamtheit von Rollen, Aufgaben und Verhaltensweisen umschrieben, die Pflegepersonen gemeinsam mit dem Patienten oder unabhängig von ihm planen und ausführen, mit dem Ziel Defizite zu beheben oder abzuwenden (vgl. ebenda). Professionelle Pflege kann im Rahmen von drei Pflegesystemen erfolgen, in denen unterschiedlich intensiv mit den Pflegebedürftigen gearbeitet wird (vgl. [Herold und Brunen, 2001](#), S.79f):

- *vollständig kompensatorisches Pflegesystem* bedeutet, dass die Pflegeperson alle vom Betroffenen nicht ausführbaren Pflegehandlungen übernimmt.
- *teilweise kompensatorisches Pflegesystem* meint die Übernahme eines Teils der anstehenden Selbstpflegehandlungen.
- *unterstützend, erzieherisches Pflegesystem* zielt auf eine reine Unterstützung von Personen bei ihrer Selbstpflege.

In diesen Systemen werden verschiedene Formen des Helfens, die in unterschiedlichen Kombinationen angewendet werden, eingesetzt: für jemand anderen handeln, jemanden beraten und informieren, jemanden physisch und psychisch unterstützen, anleiten und un-

terrichten sowie für eine Umgebung sorgen, die für die persönliche Entwicklung förderlich ist (vgl. Evers, 1997, S.133f).

4.2 Integration der Angehörigen in das Modell

Eine eintretende Pflegebedürftigkeit betrifft, wie schon im Kapitel 3 erwähnt, nicht nur den Patienten, sondern auch seine nächsten Angehörigen, welche maßgeblich die Versorgung zu Hause übernehmen. Die Pflegekundigen müssen deshalb immer die Gesamtsituation berücksichtigen und jene Aspekte, die Patienten und ihre Angehörigen an Hilfe benötigen. Zunächst werden die Begriffe der Pflege von Angehörigen in diesem Modell erläutert, worauf die Abbildung 4.1 die Integration der Angehörigenpflege in das Selbstpflegemodell verdeutlichen soll.

4.2.1 Dependenzpflege und -kompetenz

An der Betreuung und Pflege durch Angehörige können Lebenspartner, Familie, Verwandtschaft, Freunde oder Bekannte beteiligt sein. Orem benennt die Fürsorge, die von diesen Menschen erteilt wird, „Pflege von Abhängigen“ oder „Dependenzpflege“ (vgl. Jansen und Mostert, 1997, S.37).

„Die Dependenzpflege wird definiert als Handlungspraxis, die jemand zugunsten einer anderen Person, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder des Entwicklungsstandes einige oder alle erforderlichen Selbstpflegehandlungen nicht ausführen kann, initiiert und kontinuierlich ausübt.“ (vgl. Orem 1997, zit.nach Dennis, 2001, S.112).

Die Dependenzpflege und Selbstpflege sind miteinander vergleichbar, wobei der ausschlaggebende Unterschied dieser Konzepte darin besteht, wer die Pflegehandlungen ausführt. Im Gegensatz zur Selbstpflege, in der sich das Ziel der Pflegehandlungen auf die eigene Person konzentriert, werden die Pflegehandlungen in der Dependenzpflege auf jeden Fall bei einer anderen Person, meist bei einem Familienmitglied ausgeführt. Die Dependenzpflegekompetenz oder Fürsorgekompetenz umfasst laut Orem den Komplex von Befähigungen, in diesem Falle der Angehörigen, für die Ausführung der jeweils erforderlichen Dependenzpflegehandlungen, was wiederum mit dem Begriff der Selbstpflegekompetenz vergleichbar ist (vgl. Dennis, 2001, S.116).

4.2.2 Dependenzpflege- und Selbstpfledefizite der Angehörigen

Von Dependenzpfledefiziten spricht man, wenn wiederum der situative Pflege(handlungs)-bedarf die Befähigungen der Angehörigen, also die Dependenzpflegekompetenz übersteigt. Angehörige können jedoch im Rahmen der Pflege für ein Familienmitglied selbst Probleme in Hinblick auf ihre eigene Selbstpflege haben. In diesem Fall sind die Selbstpfledefizite der Angehörigen gemeint, welche sich häufig bei den Erfordernissen 'Aufrechterhaltung des Gleichgewichts zwischen Ruhe und Aktivität' (Schlafstörungen, unzureichende Ruhephasen) oder zwischen 'allein sein und sozialer Interaktion' (angebunden sein und wenige soziale Kontakte pflegen können) finden lassen. Bestehen nun neben diesen Defiziten zusätzliche Dependenzpfledefizite, müssen Pflegekräfte ihre Kompetenz einsetzen und die Angehörigenpflege (teilweise) übernehmen. Weiters müssen sie dafür sorgen, sowohl die Fürsorgekompetenz der Angehörigen auch als deren Selbstpflegekompetenz durch Anleitungen und Beratungen weiter zu entwickeln und folglich die Defizite zu beseitigen. Dies bestätigt ein Verhältnis der Zusammenarbeit zwischen professioneller Pflege und den Angehörigen, wobei Angehörige für die Pflegekräfte sowohl Partner bei der Fürsorge für andere oder auch deren Patient sein können (vgl. [Jansen und Mostert, 1997](#), S.40).

Die professionelle Pflege setzt demzufolge an den beiden farblich markierten Defizitbereichen der Abbildung 4.1 an und muss zunächst die Fähigkeiten der Betroffenen untersuchen, um eventuell vorhandene Kompetenzen zu entdecken. Danach wird die geeignete Art der Unterstützung von Seiten der Pflege ausgewählt, die sich in Form von Beratung und/oder Anleitung zeigen muss, um Angehörige zu befähigen, ihre Selbstpflege und Dependenzpflege bestmöglich und weitgehend unabhängig ausführen zu können.

4 Selbstpfledefizit-Theorie nach Orem

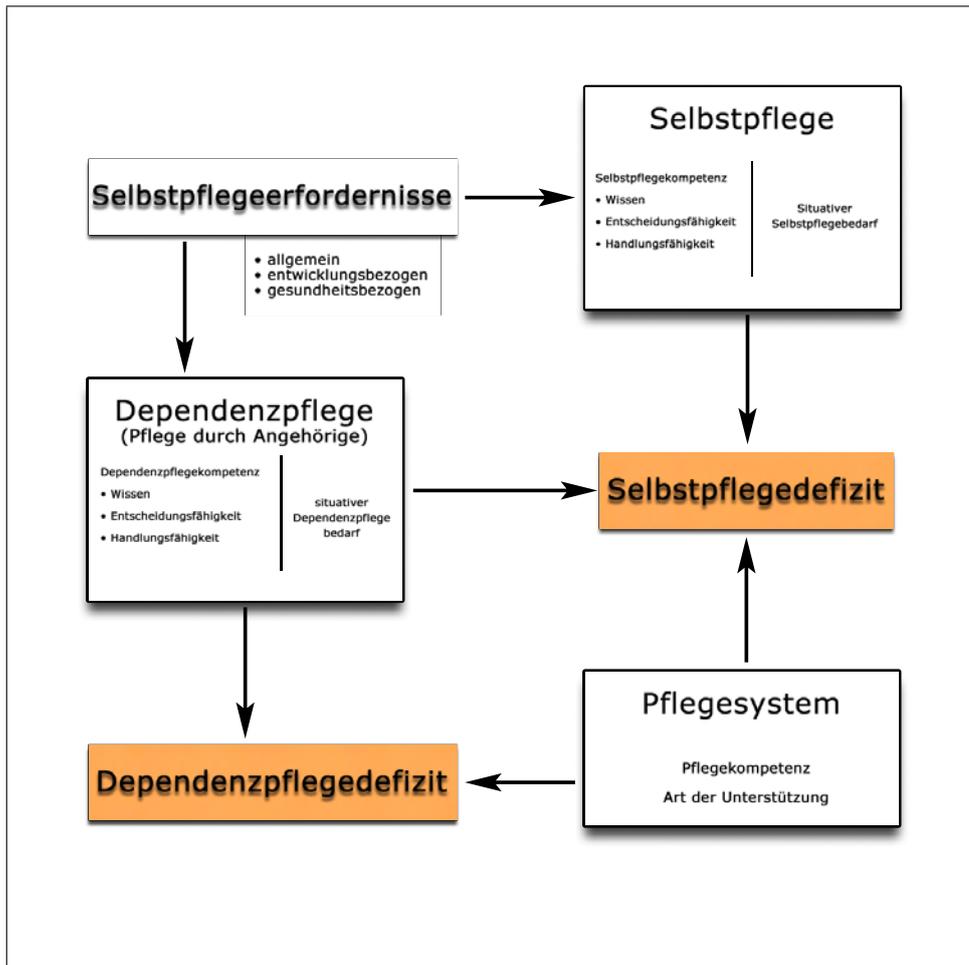


Abbildung 4.1: Integration der Angehörigenpflege in das Selbstpflegemodell

5 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die theoretisch ausgearbeiteten Themen bieten und als Übergang zum empirischen Teil fungieren. Es werden zunächst die in der Einleitung präsentierten Forschungsfragen auf Basis der Literatur beantwortet. Danach wird die Zusammenführung des Pflege Case Management und pflegenden Angehörigen unter der Berücksichtigung des Pflegemodells nach Orem dargestellt.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

5.1.1 Pflegewissenschaftliche Modelle des Case Management

„Auf welchen pflegewissenschaftlich fundierten Konzepten/Modellen basiert das Pflege Case Management?“

In Kapitel 2 wurde zum Thema Case Management Konzept gezeigt, dass es zwar unterschiedliche Definitionen und Modelle des Pflege Case Management gibt, jedoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten bzw. Kernelemente feststellen. Zum einen läuft das Pflege Case Management nach einem bestimmten Ablauf in meist sechs Schritten ab (siehe Kapitel 2.4) und zum anderen werden dabei immer bestimmte Zielvorstellungen verfolgt (siehe Kapitel 2.3). Ein Case Manager schätzt nach einer erfolgten Kontaktaufnahme die Situation der Klienten ein, plant, implementiert, überwacht und evaluiert die benötigten Dienstleistungen. Die Versorgung soll dabei bedarfs- und zielorientiert sowie in angemessener Kontinuität und Qualität erfolgen. Dabei ist die ganzheitliche Betrachtung eines Klienten in seiner Problemlage mit all seinen Bedürfnissen, Kompetenzen und Ressourcen ein wichtiger Punkt des Pflege Case Management.

Ein Case Manager muss in seiner Tätigkeit bestimmte Funktionen für seine Klienten übernehmen, die er miteinander verbinden oder sich nur auf eine Funktion beschränken kann (siehe Kapitel 2.5). Ein weiterer Faktor des Pflege Case Management ist die Kooperation mit mehreren Dienstleistungserbringern sowie die Koordination der Leistungen unterschiedlicher Akteure, die an der Versorgung des Klienten beteiligt sein können (z.B. Pflegekräfte, Ärzte, Therapeuten, Versicherungen und Behörden).

5 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Die angeführten Elemente eines Pflege Case Management finden in unterschiedlichen Modellen Anwendung, die im Kapitel 2.6 angeführt sind. Diese unterscheiden sich an der Dienstleistungsart im Case Management, an der zu versorgenden Zielgruppe, und an der Ausbildung und Ansiedlung von Case Managern. Bezüglich der pflegewissenschaftlichen Konzepte bzw. Modelle sind vorwiegend das Medizinisch-Soziale Case Management nach Merill zu nennen, welches speziell für die Versorgung chronisch Kranker und Langzeitpatienten geeignet und nicht an ein bestimmtes Setting gebunden ist, sowie die angeführten Modelle von Cohen und Cesta, die ihren Schwerpunkt im 'Nursing Case Management' haben. Diese werden in den stationären und ambulanten Versorgungssektor unterteilt, wobei für jeden Bereich jeweils drei unterschiedliche Formen des Case Managements angeführt werden. Im ambulanten Bereich finden das Home-Care, das Chronic-Care sowie das Community-Based Case Management Verwendung, welche für die häusliche Betreuung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zum Einsatz kommen können.

5.1.2 Konzepte zur Begleitung von Angehörigen

„Gibt es Case Management Konzepte zur Einbeziehung und Begleitung von Angehörigen und welchen Fokus haben diese?“

In der Literatur wurden nur wenige Konzepte gefunden, die ausdrücklich die Angehörigen der Patienten erwähnen und in weiterer Folge beschreiben, wie die Angehörigenunterstützung erfolgen kann. Die drei im Kapitel 2.6.2 beschriebenen Konzepte geben allerdings einen kleinen Einblick in die Vorgehensweisen der Angehörigenintegration im Case Management.

Das erste Konzept 'Ganzheitliche Hauskrankenpflege' versucht, ein ambulantes Versorgungsmodell im Sinne von Case Management in einem Wiener Bezirk zu erproben. Dabei sind die Angehörigen konkret in einem ausgearbeiteten Case Management Konzept als Partner bei verschiedenen Aufgaben wie hauswirtschaftliche und psychosozialer Versorgung oder Grundpflege des Patienten angeführt. In diesem Konzept liegt der Schwerpunkt auf der Beratung der Angehörigen sowie auf der Zusammenarbeit mit diesen in den genannten Bereichen.

Das zweite Konzept 'Multiprofessionelle Pflegebegleitung' sieht konkret die Betreuung von Angehörigen demenzkranker Menschen vor. Dafür wurde auf der Basis von Ergebnissen vorhergegangener Forschungsarbeiten in Bezug auf Belastungen und Wünsche

5.2 Zusammenführung von Pflege Case Management mit pflegenden/betreuenden Angehörigen

der Angehörigen, ein Konzept der multiprofessionellen Pflegebegleitung im Rahmen des Medizinisch-Sozialen Case Management entwickelt. Dieses Konzept beinhaltet viele Kernelemente, die hauptsächlich auf die Beratung und Unterstützung der Angehörigen im häuslichen Umfeld sowie auf die Prinzipien der Familiengesundheitspflege mit einer professionellen Bezugsperson für die ganze Familie abzielen.

Beim dritten Konzept 'Familienorientiertes Case Management' handelt es sich ebenso um ein Konzept für pflegende Angehörige, welches als vorrangiges Ziel die Stärkung der Angehörigen als Ressourcen im Gesundheitssystem hat. Es werden zwei mögliche Lösungen zur Angehörigenunterstützung im Rahmen des Case Management angeführt. Zum einen können Angehörige durch Schulungen befähigt werden, in bestimmten Aufgabebereichen kompetenter zu handeln, und zum anderen werden qualifizierte Pflegebegleiter eingesetzt, die die Angehörigen über Hilfsangebote beraten, sie ermutigen diese in Anspruch zu nehmen sowie den Zugang zu den Angeboten ermöglichen.

5.2 Zusammenführung von Pflege Case Management mit pflegenden/betreuenden Angehörigen

Pflegende bzw. betreuende Angehörige sind zurzeit der noch immer größte Pflegedienst in Österreich und spielen sowohl für deren Familienmitglieder, als auch für unser Gesundheitssystem eine wichtige Rolle. Obwohl der größte Teil an Hilfe- und Pflegeleistungen von informellen Helfern erbracht wird und diese Hilfe als unerlässlicher Faktor für die Krankheitsbewältigung und die Wiederherstellung gesundheitlichen und sozialen Wohlbefindens für die zu betreuende Person gilt, erscheint die in der Literatur beschriebene Situation der Angehörigen mitsamt ihren Problematiken, wie diverse Belastungen sowie dem relativ hohen Informationsbedarf, unbefriedigend. Laut Schäffer mangelt es noch an Konzepten für die Angehörigenarbeit, die als Anleitung zur Betreuung und Pflege, als Unterstützung bei Belastungen oder bei der Verarbeitung der entstehenden Veränderungen durch die Krankheit des zu Pflegenden und der Übernahme der Betreuungstätigkeit verstanden werden kann (vgl. [Schäffer, 2000](#), S.24). Dies erfordert eine verstärkte Angehörigenorientierung und -integration der professionellen Pflege.

Eine Unterstützungsmöglichkeit für Angehörige ist das in der Literatur ausführlich beschriebene Pflege Case Management mit spezifischen Eigenschaften. Diese Versorgungs-

5 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

form zielt auf die kontinuierliche Versorgung von Klienten ab, bei der die Hilfe aus einer Hand von einem zuständigen Case Manager kommt. Da Angehörige durch eine Pflegesituation, die akut eingetreten ist oder auch vorhersehbar war, Belastungen bzw. auch Krisen erleben, die als 'life event' bezeichnet werden können, müssen sie in dieser Phase bestmöglich unterstützt werden. Dies funktioniert, wenn sie als Klienten des Case Management gesehen werden.

Die Unterstützung durch den Case Manager als Coach besteht in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen, in der das Ziel die Verbesserung des Handlungsvermögens der Angehörigen in Überlastungssituationen sowie die Aufrechterhaltung der Gesundheit ist (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.163). Eine frühzeitige Abklärung der individuellen Situation durch eine Case Managerin ermöglicht es, Probleme und Belastungen rechtzeitig zu erkennen und Entlastungsstrategien aufzuzeigen (vgl. [Blanc und Ackermann, 2003](#), S.17). Angehörige sollen durch das Pflege Case Management befähigt werden, Lösungsstrategien für die eigene Situation zu finden und ihre Selbstpflegekompetenz sowie ihre Dependenzpflegekompetenz zu stärken.

Es wäre meiner Meinung nach sinnvoll, den Case Management Ansatz bezüglich der Angehörigenintegration und -unterstützung in der häuslichen Pflege verstärkt umzusetzen und somit die Aufgabe, die im angloamerikanischen Sprachraum als „caring for the carers“ bezeichnet wird, bewusst wahrzunehmen (vgl. [Schäffer, 2000](#), S.24).

5.2.1 Implementationsvorschläge von Case Management für Angehörige

Um Case Management für pflegende Angehörige implementieren zu können müssen vorerst die Grundprinzipien, auf denen das Konzept basieren soll, festgelegt werden. Diese können laut dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung folgende sein (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008](#), S.164):

- Befähigungsansatz, episodensbasierter und personenzentrierter Ansatz
- Kontinuität der Versorgung
- Förderung des Empowerment
- ganzheitliche Versorgung
- Bestimmung der Versorgungsleistungen und -struktur

5.2 Zusammenführung von Pflege Case Management mit pflegenden/betreuenden Angehörigen

Ein möglicher Ablauf eines umfassenden Case Management für pflegende Angehörige, das auf eine langfristige Beziehung ausgelegt ist, könnte folgendermaßen aussehen (vgl. [Dörpinghaus et al., 2008, S.167f](#)).

Die Phase der **Identifikation** läuft so ab, dass sich pflegende Angehörige aufgrund bestehender Belastungen und der Einsicht darüber, Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen, entweder selbst für ein Case Management Programm entscheiden oder dass sie von anderen Personen bzw. Institutionen (wie z.B. vom Hausarzt oder von einer Pflegekraft des zu Pflegenden) für ein solches Programm ausgewählt werden. Die Identifikation ist auch durch bestimmte Verfahren wie Einschätzungsbögen möglich. Der Case Manager prüft zu Beginn die Zugangsvoraussetzungen und bindet die Angehörigen bei Bedarf in das jeweilige Programm mit ein.

Im **Assessment** wird ausführlich und systematisch untersucht, wie der biopsychosoziale Status der betreuenden Angehörigen zu beurteilen ist, welche Selbstpflegedefizite und Versorgungsbedürfnisse bestehen und welche formellen und informellen Ressourcen vorhanden sind. Diese umfassenden Informationen bilden die Voraussetzung für einen bedarfsorientierten Versorgungsplan.

Anschließend erfolgt die **Planung der Versorgung** in Zusammenarbeit mit dem Angehörigen und seinem sozialen Umfeld, in der der Case Manager bestehende Selbstversorgungsdefizite und -kompetenzen miteinbezieht. Es folgt eine Definition von Zielen und die Erstellung einer Liste von Maßnahmen und Diensten, die für die Zielerreichung geeignet sind, wobei die Angehörigen in diesen Zielfindungsprozess unbedingt miteingebunden werden müssen. Wichtig dabei ist die Dokumentation der gesamten Versorgungsplanung.

Wenn beide Parteien dem Versorgungsplan zugestimmt haben, findet dessen **Implementierung** statt. In diesem Schritt spielen die Kommunikation und Interaktion des Case Managers mit dem Angehörigen, seinem sozialen Umfeld und den verschiedenen Dienstleistern eine wichtige Rolle. Der Case Manager hat zudem die Aufgabe den gesamten Verlauf zu überwachen und auf Bedarfsänderungen des Angehörigen zu reagieren. Erst bei der Entlassung der Angehörigen aus dem Case Management Programm folgt die Evaluation und der Abschluss des Versorgungsablaufs.

5 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Wenn pflegende Angehörige gezielt als Klienten in das Pflege Case Management Programm aufgenommen werden, kann ein optimales Versorgungsangebot aus einer Hand zusammengestellt werden. Im Case Management werden alle Probleme bzw. Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigt, um gezielte Interventionen einleiten zu können. Folglich könnte die Lebens- und Versorgungsqualität im häuslichen Bereich verbessert werden. Im folgenden empirischen Teil werden die Rolle der Angehörigen im Case Management behandelt sowie der Nutzen des Case Management aus der Angehörigenperspektive erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Zusammenführung von Angehörigen und Case Management eine effektive Unterstützungsmöglichkeit für diese Personengruppe bieten kann.

6 Methodologie

In diesem Abschnitt werden sowohl das verwendete Forschungsdesign als auch die Methode der Datenerhebung sowie der Datenauswertung erläutert, um die Vorgangsweise der empirischen Forschung dieser Arbeit nachvollziehen zu können. Dabei wird ebenso auf die Forschungsfragen, die Leitfadenerstellung und die Durchführung der Interviews näher eingegangen.

6.1 Methode und Forschungsdesign

Der theoretische Teil der Arbeit basiert auf der Auswahl geeigneter Literatur, die im Rahmen einer ausführlichen Literaturrecherche getroffen wurde. Dafür wurde in mehreren Bibliotheken nach Büchern und Zeitschriften bzw. in Datenbanken wie Medline/Pubmed und Cinahl nach wissenschaftlichen Beiträgen aus Journals zum Thema Case Management gesucht. Bei der Literatursuche lag der Fokus vor allem auf folgenden Begriffen, die unterschiedlich miteinander verknüpft wurden: Case Management in der Pflege, Pflege(risches) CM, Nursing and CM, pflegende/betreuende Angehörige, häusliche Pflege, family/informal caregivers and home care, support for informal caregivers, Belastungen von Angehörigen, burden and problems.

Der empirische Teil der Diplomarbeit bedient sich des Ansatzes der qualitativen Forschung, da dieser besonders in der Pflegeforschung dafür geeignet ist, gesundheitsbezogene menschliche Erfahrungen zu sammeln. Ausgehend von der Problemstellung der Belastung und Überforderung betreuender Angehöriger und der Beschreibung einer Unterstützungsmöglichkeit im Sinne von Case Management ist der qualitative Forschungsansatz in dieser Studie passend.

Im Gegensatz zum quantitativen Forschungsansatz, mit dem man durch standardisierte Erhebungsmethoden kausale Zusammenhänge oder Wirkungen erforschen kann und diese mittels statistischer Verfahren auswertet, können mit qualitativen Methoden subjektive Erlebnisse und Meinungen der Betroffenen, in diesem Fall der Angehörigen, erhoben werden. Hierbei geht es vor allem um das persönliche Erleben, um ein Phänomen, das man sozusagen von innen heraus, das heißt aus subjektiver Sichtweise betrachtet. In der qualitativen Forschung werden offene oder halb standardisierte Ergebnismethoden sowie interpretative Auswertungstechniken verwendet (vgl. [Mayer, 2002](#), S.84ff). Im Vergleich zur

6 Methodologie

quantitativen Forschung, in der allgemein gültige Aussagen sowie Gesetzmäßigkeiten die Ziele darstellen, werden in der qualitativen Forschung Konzepte und Theorien mit Bezug auf die subjektiven Erfahrungen entwickelt, welche das individuelle Erleben der Befragten beschreiben (vgl. Mayer, 2002, S.72). In erster Linie ist allerdings die Fragestellung entscheidend dafür, welchen Forschungsansatz man wählt. In diesem Fall soll aus der Angehörigenperspektive, also subjektiv erhoben werden, welchen Nutzen die Betroffenen durch die Versorgung des Case Managements sehen. Diese Erhebung kann am Besten mittels qualitativer Interviews im Sinne von offenen Gesprächen durchgeführt werden.

Das Forschungsdesign stellt eine deskriptive Studie und im Speziellen eine Fallstudie dar, bei der ein Phänomen oder ein Ist-Zustand - eine bestimmte Situation oder ein bestimmtes Verhalten - möglichst vollständig beschrieben und analysiert wird (vgl. Mayer, 2002, S.96). In dieser Arbeit eben wird die Versorgungssituation von betreuenden Angehörigen analysiert und darauf eingegangen wie mit der Methode Case Management unterstützend eingegriffen werden kann.

6.1.1 Operationalisierung der Forschungsfragen

Die Forschungsfragen des empirischen Teils lauten:

1. „Welche Rolle spielen betreuende Angehörige im Case Management?“
2. „Welchen Nutzen empfinden Angehörige durch die Einbeziehung in das Case Management?“

Um diese beiden Fragen im Kapitel 7.3 beantworten zu können und um eine Auswertung überhaupt zu ermöglichen, müssen vorerst deren zentralen Begriffe operationalisiert, das heißt messbar und/oder beobachtbar gemacht werden.

Rolle

Der Begriff der sozialen Rolle ist ein Grundbegriff der Soziologie und Sozialpsychologie und wird folgendermaßen definiert:

„Rollen sind strukturell festgelegte soziale Verhaltensweisen innerhalb einer Gruppe oder Gesellschaft, die mit dem sozialen Status eines Individuums verknüpft sind und deren Befolgung von den Interaktionspartnern wechselseitig erwartet wird.“ (vgl. F.A. Brockhaus, 1999b, S.531)

6.1 Methode und Forschungsdesign

Der Rollenbegriff in der vorliegenden Forschungsfrage wird vorwiegend durch die Position, die Funktionen und Aufgaben der Angehörigen im Case Management definiert, wobei natürlich bestimmte Erwartungen der Angehörigen an sich selbst oder von außen durch die Pflegepersonen vorhanden sind. Die Rolle der betreuenden Angehörigen im Case Management, welche es zu erheben gilt, zeichnet sich zum einen durch die *Übernahme und Organisation von Tätigkeiten* von Seiten der Angehörigen aus, die im Rahmen der Pflegeversorgung nötig sind (Funktionen und Aufgaben). Zum anderen ist die *Einbeziehung* der Angehörigen in das Case Management (Position), die sich in der *Zusammenarbeit* mit den Pflegekräften ausdrückt, von großer Relevanz für die Beantwortung der Frage.

Nutzen

Der zentrale Begriff 'Nutzen' der zweiten Forschungsfrage wird zunächst als Ertrag, Gewinn oder Vorteil definiert. Weiters wird Nutzen definiert als...

„diejenigen, auf der subjektiven Wertschätzung beruhenden Eigenschaften der Güter, die der Bedürfnisbefriedigung dienen.“ (vgl. F.A. Brockhaus, 1999a, S.323)

Dieser Begriff wird anhand unterschiedlicher Bereiche gemessen, wobei zuerst auf *bestehende Belastungen* und auf, eventuell durch das Case Management *erzielte Entlastungen* eingegangen wird. Neben dem Nutzen der Entlastung, welcher sich durch den *Inhalt der Unterstützung* abzeichnet, wird ebenso ein Fokus darauf gelegt, ob sich durch das Case Management eine *positive Veränderung* laut Angehörigen ergeben hat. Ein nächster Punkt, der auf den Nutzen schließen lässt, ist die *Verbesserung der Handlungskompetenz* durch das Case Management. Das heißt, dass die Angehörigen während der und durch die Versorgung der Pflegekräfte etwas dazu lernen konnten und somit Befähigungen für die Ausübung von Tätigkeiten erworben haben, was wiederum als Entlastung gilt.

Die genannten kursiv dargestellten Aspekte, mithilfe derer die Forschungsfragen beantwortet werden, sind im Kapitel 7.2 in den einzelnen Kategorien näher beschrieben.

6.1.2 Datenerhebung

Als Methode der Datenerhebung wurde das halbstandardisierte Interview gewählt, durch welches mithilfe eines Interviewleitfadens im persönlichen Gespräch Erfahrungen, Erlebnisse sowie Gefühle und Meinungen der Interviewpartner erhoben werden können. Als

6 Methodologie

spezielle Interviewart des halbstandardisierten Interviews kam das fokussierte Interview für die Angehörigeninterviews zum Einsatz. Im Mittelpunkt dieser Interviewform steht eine Situation, die alle Befragten erlebt haben und die es während des Gesprächsverlaufes aus Sicht der Betroffenen (subjektiv) zu erfahren gilt (vgl. [Bartholomeyczik et al., 2008](#), S.30). Diese Situation spiegelt sich in der häuslichen Betreuung bei allen befragten Angehörigen wieder. Sie sind mit einer Pflegesituation und den erforderlichen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Betreuung ihres Familienmitglieds konfrontiert. Im genannten Interview werden unterschiedliche Aspekte (siehe Leitfaden) dieser Situation beleuchtet und analysiert.

Eine zweite Form der Datenerhebung in der vorliegenden Arbeit ist das Experteninterview, welchem ebenso ein Leitfaden mit einigen Hauptpunkte bezüglich des Case Management Ablaufs, vorhandener Konzepte und der Einbeziehung der Angehörigen in diesem Prozess, zu Grunde liegt. Ein Experteninterview ist eine Befragung von Personen, die als Experten in einem bestimmten Fachgebiet oder in Bezug auf eine bestimmte Fragestellung gelten (vgl. [Bartholomeyczik et al., 2008](#), S.26). Auch hier handelt es sich um ein halbstandardisiertes Interview, allerdings mit einem sehr konkreten Leitfaden. Das Experteninterview wurde deshalb eingesetzt, damit eine aus der Praxis von fachkundigen Personen vermittelte Perspektive des Case Management Ablaufs und -konzeptes dargestellt werden kann (siehe 7.1.4).

Leitfadenerstellung

„Der Interviewleitfaden ist im Gegensatz zu einem Fragebogen kein starres, fixiertes (standardisiertes) Erhebungsinstrument, sondern eine Gedächtnisstütze für die Interviewerin, eine thematische Stütze, die dem Gesprächsverlauf flexibel angepasst werden kann.“ (vgl. [Bartholomeyczik et al., 2008](#), S.49f.)

Der Leitfaden der Angehörigeninterviews besteht hauptsächlich aus offenen Fragen, die in drei Teilgebiete - Einstiegsphase, Hauptphase und Abschlussphase - gegliedert sind. In der Einstiegsphase wird meist nach der Pflegesituation und nach dem Grund der erforderlichen Betreuung durch die Angehörigen gefragt, was den Gesprächsbeginn erleichtert. Als nächstes werden folgende Themenbereiche des Leitfadens, die zum Teil auf Grundlage der Literatur ausgearbeitet wurden, im Hauptteil behandelt.

- Alltag: Als Einstiegsfrage im Hauptteil wird die Frage nach der Alltagsgestaltung ge-

stellt. Diese ist wichtig, um zu erkennen, wie die Betreuungssituation aussieht, welche Tätigkeiten von den Angehörigen selbst durchgeführt werden und welche vom Pflegepersonal übernommen werden. Aus den Erzählungen lassen sich in weiterer Folge bestehende Belastungen und Kompetenzen interpretieren bzw. feststellen. Im Kapitel 3.4.2 wurde bereits thematisiert, dass das Alltagsmanagement und dessen Gelingen für die Angehörigen sehr wichtig ist und in der Unterstützung der Pflege berücksichtigt werden muss.

- **Inhalt der Unterstützung:** In diesem Bereich werden die konkreten Tätigkeiten in der Unterstützung, einerseits koordinierende Tätigkeiten durch die Case Manager und operative Tätigkeiten durch die Pflegekräfte behandelt, welche wiederum auf den Nutzen schließen lassen.
- **Belastung / Entlastung:** Die Fragen nach vorhandenen Belastungen bzw. nach erzielten Entlastungen durch das Case Management stehen ebenso mit dem Nutzen in Verbindung. Auch diese Bereiche der Belastung und Entlastung werden in der Theorie im Kapitel 3 genauer dargestellt. Besonders der Punkt der Entlastung ist für den Nutzen und die Bewertung der Unterstützung von enormer Wichtigkeit.
- **Veränderung:** Hier wird danach gefragt, wie die Zeit aussah, bevor Hilfe in der Betreuung in Anspruch genommen wurde und was sich seitdem für die Angehörigen persönlich verändert hat. Durch den Vergleich zwischen der Vergangenheit ohne Unterstützung und der momentanen Situation mit der Hilfe der Einrichtung lassen sich etwaige positive Veränderungen erkennen, die ebenso den Nutzen bestimmen können.
- **Handlungskompetenz:** In diesem Bereich wird nach vorhandenen Potentialen zur Selbstpflege- und Dependenzpflegekompetenz gefragt sowie danach, ob die Angehörigen durch die Unterstützung etwas dazu gelernt haben.
- **Evaluation:** Dieser Teil behandelt die Zusammenarbeit wie zum Beispiel die Verständigung und Aufgabenteilung mit den Pflegekräften, in der sowohl nach positiven und negativen Aspekten gefragt wird. Ebenso werden zusätzliche Wünsche an die Betreuung sowie die allgemeine Bewertung der Unterstützung behandelt. Dieser Evaluationsteil ist ebenso wichtig für die Beantwortung der Forschungsfragen, da die persönliche Stellungnahme der Angehörigen zur Versorgung durch das Case Management letztendlich wieder auf den persönlichen Nutzen schließen lässt. Des Weiteren sind die Ergebnisse der Evaluation vor allem für die Einrichtung Care-Ring

6 Methodologie

für die Wertung ihrer Arbeitsweise von Interesse.

In der Abschlussphase wird nach sonstigen Verbesserungsvorschlägen und Anregungen gefragt worauf im Anschluss die Danksagung für die Teilnahme am Interview erfolgt. Die Version des Leitfadens für die Angehörigeninterviews ist im Anhang enthalten (siehe Anhang 10). Der Leitfaden für die Experteninterviews behandelt vier Hauptthemen, wobei die gestellten Fragen an die Experten im Kapitel 7.1 aufgelistet sind.

Durchführung der Interviews

Es wurden insgesamt 13 Interviews mit betreuenden Angehörigen im Zeitraum Dezember 2008 bis Jänner 2009 geführt, welche ein Case Management Programm der Einrichtung Care-Ring in Anspruch nehmen oder genommen haben. Die Interviewpartner wurden alle von der genannten Einrichtung vermittelt, worauf eine telefonische Vorstellung und eine Terminvereinbarung durch mich folgten. Die Angehörigen willigten mittels einer Einverständniserklärung im Sinne eines „informed consent“ ein, am Interview teilzunehmen und die vorgegeben Punkte wie Tonbandaufnahme und Datenverwertung zu akzeptieren (siehe Einverständniserklärung, Anhang 10). Alle Interviewteilnehmer wurden anhand des erstellten Leitfadens befragt, wobei die Interviewsituation flexibel gestaltet war, das heißt, die Fragestellungen wurden teils in unterschiedlicher Reihenfolge gestellt, je nachdem welcher Erzählschwerpunkt sich gerade ergab.

Zuzüglich der Angehörigeninterviews wurden drei Experten aus unterschiedlichen Einrichtungen, in denen die Methode Case Management in der ambulanten Pflege zum Einsatz kommt, befragt. Die Kontaktaufnahme mit den Experten erfolgte schriftlich per E-Mail und daraufhin durch ein telefonisches Gespräch. Die Interviews fanden wie schon im Kapitel 1.3 erwähnt, mit Experten der Organisationen Fonds Soziales Wien, Care-Ring und dem österreichischen Roten Kreuz statt, wobei auch hier die Fragen auf der Basis des Leitfadens gestellt wurden.

6.1.3 Datenauswertung

Im Hinblick auf die Auswertung und Analyse qualitativer Daten werden in der Pflegeforschung interpretative Verfahren angewendet, wobei zwischen interpretativ-explikativen (interpretierenden) und interpretativ-reduktiven (beschreibenden) Verfahren unterschieden

werden kann. Eine Möglichkeit, um im Rahmen reduktiver Verfahren Kategorien zu bilden, ist laut Morse (1998) die Analyse nach Fragen, nach dessen Schritten in der Auswertung der durchgeführten Interviews vorgegangen wird. Diese Methode nach Morse wurde deshalb gewählt, da sie für die Auswertung von halb strukturierten Leitfadeninterviews geeignet ist. Diese Interviews enthalten Themen bzw. Schwerpunkte, die mit allen 13 Interviewpartnern in ähnlicher Weise behandelt wurden, wobei diese Themen bereits die Hauptkategorien der Auswertung vorgeben (vgl. Mayer, 2002, S.168f). Danach wird das Interviewmaterial nach den Hauptkategorien abgesucht, wobei diese ausdifferenziert werden und sich darauffolgend Unterkategorien bilden (können) oder diese ggf. durch neue Kategorien ergänzt werden.

Der erste Schritt der Auswertung ist jedoch die Aufbereitung bzw. Transkription der Daten, da die statt gefundene Kommunikation verschriftlicht, eben transkribiert werden muss, um in weiterer Folge eine ausführliche Analyse und Interpretation der gewonnenen Daten durchführen zu können. In der Datenanalyse werden die im Leitfaden vorher bestimmten Themenfelder herangezogen, die für die Beantwortung der Forschungsfragen notwendig sind. Diese Themenfelder stellen dann, wie oben beschrieben, die Hauptkategorien der Auswertung dar, in welche relevante Textpassagen aus den Interviews einzuordnen sind. In weiterer Folge lässt sich ein Kategoriensystem mit Unterkategorien bilden.

Die einzelnen Kategorien und deren Ergebnisse werden im folgenden Kapitel unter 7.2 dargestellt. Die Experteninterviews werden nach den gestellten Hauptfragen und den dazugehörigen Antworten deskriptiv ausgewertet. Dafür werden keine Kategorien erstellt, sondern es wird jedes Interview gesondert nach den Hauptfragen ausgewertet und die Ergebnisse beschrieben. Beide Ergebnisteile sind für die Beantwortung der Fragen nach der Rolle und dem Nutzen des Case Managements von Bedeutung und müssen gemeinsam betrachtet werden, um die Antworten auf die Forschungsfragen geben zu können.

7 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Experten- und Angehörigeninterviews dargestellt. Mithilfe von qualitativen Interviews konnten sowohl Erfahrungen mit der Arbeitsweise von Case Management in drei ausgewählten Einrichtungen durch Experten gewonnen werden als auch Erfahrungen aus der Angehörigenperspektive hinsichtlich des bestehenden Nutzens durch die Einbeziehung in das Case Management Programm.

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

Um die Einsatzbereiche beziehungsweise die Arbeitsweise der Organisationen beschreiben zu können, wurden drei Experteninterviews mit folgenden vier Hauptfragen und ggf. mit den angegebenen Unterfragen geführt. Im Anschluss wird jedes Interview der Experten separat ausgewertet und die Fragen beantwortet, worauf am Schluss eine Zusammenfassung der Ergebnisse folgt.

Fragen des Interviewleitfadens:

1. Auf welchem Konzept basiert das Pflege Case Management in Ihrer Organisation? (Welche Zielgruppen werden versorgt? Welche Aufgaben und Ziele gibt es?)
2. Wie wird der Case Management Prozess konkret ausgeführt? (Welche Schritte folgen im Ablauf aufeinander? Gibt es Partnerorganisationen, die im Prozess mitwirken?)
3. Werden pflegende Angehörige in das Case Management Programm eingebunden? (Wie sieht die Angehörigenintegration genau aus? Sind die Angehörigen ebenso Klienten?)
4. Welche Effekte hat die Einbeziehung Ihrer Meinung nach für die Angehörigen? (Ist Case Management eine Methode, um die Angehörigen gezielt zu entlasten?)

7.1.1 Das Case Management des Fonds Soziales Wien

Das erste Experteninterview gibt Auskunft über den Case Management Prozess im Fonds Soziales Wien (FSW). Die Ergebnisse stützen sich sowohl auf die transkribierte mündliche Beschreibung des Experten Herr Mag. Wolfgang Iro, als auch auf ein internes, nicht veröffentlichtes Konsenspapier, in dem der Case Management Begriff und -Prozess erläutert

7 Ergebnisdarstellung

werden. Dieses Konsenspapier wurde mir für ein besseres Verständnis und für Zitate zur Verfügung gestellt, es wird jedoch nicht im Literaturverzeichnis angeführt.

AD Frage „Auf welchem Konzept basiert das Pflege Case Management in Ihrer Organisation?“

Der Case Management Prozess wird seit Juli 2006 mit einem Konsens unter allen beteiligten Berufsgruppen im FSW nach dem *Konzept des Case Management in der Subjektförderung* durchgeführt. Um die Vorgehensweise des Case Managements im FSW nachvollziehen zu können ist eine kurze Beschreibung der Einrichtung wichtig. Der Fonds Soziales Wien führt ein rein koordinatives Case Management durch, bietet jedoch selber keine Pflegeleistungen an, sondern vergibt diese an die Vertragspartner bzw. an die Trägerorganisationen. Es handelt sich hierbei nicht um ein klassisches Case Management, in dem die Hilfe aus einer Hand kommt. Das Case Management erfolgt zwar im Rahmen der Erstabklärung sowie des Assessments, danach werden jedoch die Dienstleister des FSW eingeschaltet, welche die Pflegeleistungen nach Maßnahmenplan umsetzen. Die Case Manager tragen dabei eine Monitoring Funktion in dem Sinne, dass sie die Dienstleister bezüglich Arbeitszeit und Maßnahmen überprüfen. Sie selber haben jedoch keinen weiteren regelmäßigen Kontakt zu den Klienten, außer eben zu Beginn bei der Bedarfserhebung.

Hauptsächlich sind diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern mit dem Case Management in den Beratungszentren für Pflege und Betreuung⁹ zu Hause betraut. Diese haben, im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, ein klares Mandat, Leistungen zu vergeben, sowie über die Ressourcen zu verfügen, Einrichtungen in puncto Versorgung zu beauftragen. Es gibt 17 Anbieter von Pflegeleistungen, die vom FSW überprüft wurden und mittels Vertrag im Rahmen des Case Management tätig werden. Weiters übernehmen, je nach Schwerpunkt der Versorgung, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten Aufgaben des Case Management sowie die gesamte Fallführung.

„Case Management ist insofern bezeichnend für die Berufsgruppe der Krankenschwestern gewesen oder ist das nach wie vor, als sie ja nicht operativ tätig waren. Das heißt, die Krankenschwestern führen keine Tätigkeiten im Rahmen der Pflege aus, sondern vergeben diese Tätigkeiten [...] Sie legen zuerst fest, wie viel an Leistung überhaupt zugestanden wird (Pause) und sie überwachen natürlich auch den gesamten Prozess

⁹<http://pflege.fsw.at/bzp/bzpleistungen.html> [20.03.2009]

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

im Sinne des Monitorings und der Evaluation [...] Es gibt dann noch eine zweite große Gruppe, die der Sozialarbeiterinnen und die Dritte, die der Ergotherapeutinnen, die sich bisher nicht als Case Managerinnen tituliert haben, die es sehr wohl aber sein sollen.“ Experteninterview1 [Zeilen 11-25]

Die Definition von Case Management im FSW lautet: „Das Ziel des interdisziplinären Case Managements des Fonds Soziales Wien ist die Zusammenführung des Bewältigungssystems des Kunden mit dem formalen Ressourcensystem“ - zitiert nach (vgl. [Wendt, 2001](#), S.30). Unter dem Bewältigungssystem des Kunden ist die Berücksichtigung aller Ressourcen des Kunden, seines Umfeld sowie seiner informellen Netzwerke und die Beachtung von Einstellungen und Fähigkeiten aller beteiligten Personen gemeint. Unter dem formalen Ressourcensystem sind alle professionellen Dienstleistungen zu verstehen, die für den Klienten als Unterstützung zur Verfügung stehen. Im Fonds Soziales Wien stellt professionelles Case Management einen Teil des beratenden, koordinativen und qualitätssichernden Handelns dar. Dies soll eine, über den Einzelfall hinausgehende, langfristige Bedarfsplanung und Entwicklung der Dienstleistungen gewährleisten.

Die Case Manager, zu denen alle Mitarbeiter des Kundenservicebereichs zählen, die einen Case Management Prozess bedarfsgerecht durchführen¹⁰, begleiten einen Kunden prinzipiell von Anfang bis zum Ende des Prozesses. Das Leitprinzip dafür, welches ein Ziel des Case Managements darstellt, lautet: 'So viel Selbstständigkeit wie möglich, so viel Unterstützung wie nötig für die Kunden'. Ein weiteres Ziel ist, dass die Klienten möglichst autonom über ihre Situation bestimmen können. Diese sollen solange als möglich ambulant, zu Hause betreut werden nach dem Grundsatz 'Ambulant vor stationär'. Die Ziele werden immer vom Kunden bzw. Klienten vorgegeben. Als Zielgruppen des Case Managements werden laut Satzung des FSW die Bevölkerungsgruppen, die eine Bedürftigkeit aufgrund nachstehender Punkte aufweisen, versorgt:

- aufgrund fortgeschrittenen Lebensalters
- aufgrund einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung
- aufgrund einer psychischen und/oder Suchterkrankung und
- aufgrund einer besonderen sozialen Not- und Lebenslage.

Zwar trägt normalerweise ein zuständiger Case Manager die fallführende Verantwortlich-

¹⁰Case ManagerInnen sind vorwiegend in Gesundheits-, und Sozialberufe einzuordnen wie z.B. Diplomierten Gesundheits-, und Krankenpflegepersonal, ErgotherapeutInnen, diplomierten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen sowie diplomierten BehindertenpädagogInnen

7 Ergebnisdarstellung

keit, es kann jedoch aufgrund fachlicher oder organisatorischer Gründe zu einem Wechsel kommen. Bei komplexen Fällen, die mehrschichtige Problemlagen aufweisen, ist ein interdisziplinäres Case Management vorgesehen. Es geht darum, dass der fallführende Case Manager andere Professionen in die Fallführung miteinbezieht und sodann ein interdisziplinäres Assessment mit den oben genannten Berufsgruppen, in dem der Bedarf, das Potential sowie die Ressourcen des Kunden erhoben werden, erfolgt.

AD Frage „Wie wird der Case Management Prozess konkret ausgeführt?“

Der Case Management Prozess im FSW Ablauf erfolgt in fünf aufeinanderfolgenden Schritten - Erstabklärung, Assessment, Maßnahmenplanung, Verlaufskontrolle/Monitoring und Evaluation - die das Modell des idealtypischen Case Management Prozesses darstellen sollen. Diese Schritte sind in der folgenden Grafik 7.1, welche zum besseren Verständnis des Case Management Ablaufs im FSW dient, dunkelgrün dargestellt, wobei die hellgrünen Bereiche dazugehörige Schritte der jeweiligen Phase sind.

Nachdem ein Bedürfnis eines Klienten artikuliert wurde, sei es durch die Vermittlung des Klienten durch Institutionen oder durch informelle Helfer, erfolgt in der **Erstabklärung** eine genaue Bedürfniserhebung des Klienten sowie die Auswahl eines für die Kundenbedürfnisse geeigneten Case Managers gemeinsam im Case Management Team, welches aus diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern, SozialarbeiterInnen und ErgotherapeutInnen bestehen kann.

Im nächsten Schritt, im **Assessment** wird das individuelle Bewältigungssystem des Klienten geklärt und definiert, wobei die Klientenbedürfnisse Bedarfskriterien zugeordnet werden sollen. Der Case Manager achtet auf den bestehenden Bedarf, auf vorhandene oder fehlende Potentiale und Ressourcen des Klienten. Gegebenenfalls, je nach Bedarfschwerpunkt eines Falles, bezieht der Case Manager bei einem komplexen Fall ein Case Management Team mit ein, welches interdisziplinär zusammenarbeitet. Die verschiedenen Disziplinen des Case Management Teams können potentielle fallführende Case Manager sein oder Akteure, die vorwiegend in der Erstabklärung oder im Assessment beteiligt sind. Je nach Kundenbedarf werden vom Case Manager unterschiedliche Professionen in den Assessment Prozess mit einbezogen, die gemeinsam den Bedarf, sowie Potentiale und Ressourcen betrachten.

Als nächstes wird ein bedarfsgerechter **Maßnahmenplan** erstellt, wobei in dieser Pha-

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

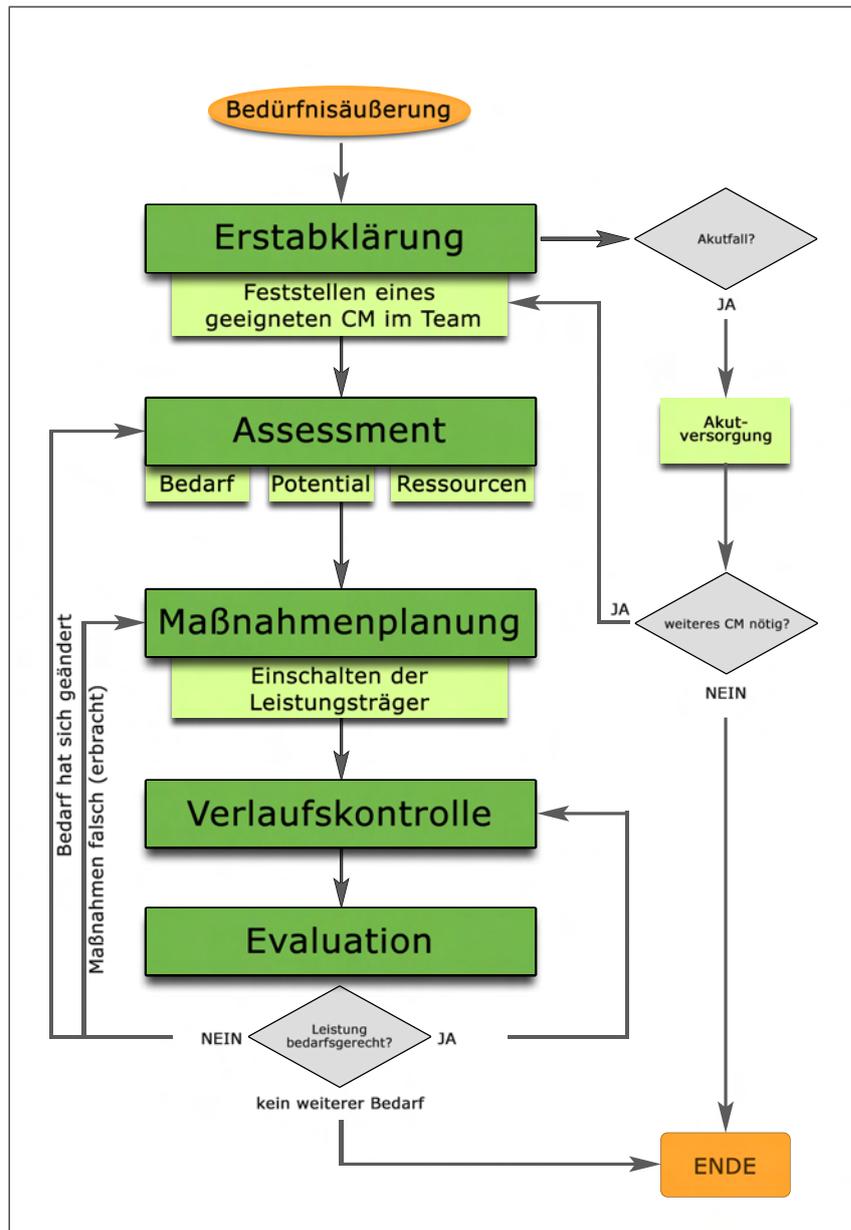


Abbildung 7.1: Case Management Prozess FSW

7 Ergebnisdarstellung

se zusätzlich der finanzielle Aspekt von Leistungen berücksichtigt werden muss. Nachdem die Förderung geklärt ist, werden die jeweiligen Leistungsträger eingeschaltet und der Maßnahmenplan in weiterer Folge implementiert. Während dieses Prozesses wird im Sinne des **Monitorings** kontrolliert, ob und in welcher Qualität der Klient die im Maßnahmenplan vereinbarten Leistungen erhält.

Zum Abschluss, in der **Evaluation**, findet die Erhebung statt, ob die vereinbarten und implementierten Leistungen quantitativ und qualitativ bedarfsgerecht sind/waren. Liegt vor, dass die Leistung bedarfsgerecht stattgefunden hat und kein weiterer Bedarf mehr besteht, kann der Prozess beendet werden. Stellt sich allerdings heraus, dass sich der Bedarf geändert hat und / oder ungeeignete Maßnahmen erbracht wurden oder diese nicht die angestrebte Wirkung erzielt haben, erfolgt ein Re-Assessment.

AD Fragen „Werden pflegende Angehörige in das Case Management Programm eingebunden?“ und „Welche Effekte hat die Einbeziehung Ihrer Meinung nach für die Angehörigen?“

Die Angehörigen werden laut Experten immer miteinbezogen, da das Grundkonzept darauf abzielt, die Ressourcen zu fördern und Angehörige nun einmal eine Ressource darstellen.

*„Es soll der Klient ja möglichst im Familienverband, in der vertrauten sozialen Umgebung, soweit es geht, gepflegt werden. Und dazu gehören natürlich die Angehörigen. Diese sind ein großes Thema bei uns, da es zum Beispiel oft um Überforderung der Angehörigen geht und wir das bei uns in der Praxis oft erleben. Also zum Konzept wird auch gehören, die Angehörigen zu befähigen [...] selber Case Manager für die eigene Familie bzw. für das eigene Familienmitglied zu werden. Das dann nur mehr andockt wenn die Problemvielfalt die eigenen Bewältigungsressourcen übersteigt.“
Experteninterview1 [Zeilen 196 - 205]*

Es wird deutlich, dass die Angehörigen einen hohen Stellenwert im Case Management haben und mit ihnen zusammengearbeitet wird. Laut Experten sei dies einfach eine Grundlage. Als Antwort auf die letzte, persönliche Frage verstärkt der Experte wiederum, dass die Miteinbeziehung der Angehörigen für ihn unumgänglich sei.

„Die Angehörigen nicht mit einzubeziehen halte ich ohnehin für fahrlässig. Das ist schon professionsethisch zu beachten...ich sehe das systemisch, das heißt ich sehe nicht den Patienten isoliert, sondern wenn ein Problem herangetragen wird, dann

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

handelt es sich um ein Problemsystem. In diesem sind alle betreuenden Personen im sozialen Umfeld miteinbezogen. Und um ein vernünftiges Assessment zu machen, und zu vernünftigen Vereinbarungen zu kommen, brauche ich die Angehörigen unbedingt. Weil diese sind von allem genauso betroffen, z.B. von allen Pflegeleistungen.
Experteninterview1 [Zeilen 312 - 318]

Da Angehörige oft mit der Situation überfordert sind oder unzufrieden mit den erbrachten Leistungen, gehört es in der Arbeitsweise des Case Managements laut Experten unbedingt dazu, die Angehörigen in den Ablauf mit einzubinden und zu unterstützen. Dafür wurden im eigens entwickelten Assessmentinstrument Punkte für die Dokumentation eingerichtet, welche explizit die Angehörigensituation betreffen. Dieses EDV-gestützte Instrument befindet sich momentan noch in der Testphase, wird aber voraussichtlich noch im Laufe des Jahres 2009 eingeführt. Es zeigt sich, dass die Angehörigenintegration in das Case Management in der Organisation FSW konzeptionell eine Grundlage ist, da man vor allem diese Personengruppe als Ressourcen fördern will.

7.1.2 Das Case Management von Care-Ring

Im zweiten Experteninterview wird die Arbeitsweise mit der Methode Case Management in der Einrichtung Care-Ring beschrieben. Ebenso basieren die Ergebnisse dieses Interviews auf dem Transkript des Gesprächs mit der Leiterin der Organisation, DGKS Natalie Lottersberger, sowie auf einem unveröffentlichten Grundlagenpapier (vgl. [Lottersberger, 2008](#)).

Die Einrichtung Care-Ring ist eine vor vier Jahren durch die Geschäftsführerin gegründete private Einrichtung, in der das Case Management immer von einer zuständigen Pflegekraft durchgeführt wird. In weiterer Folge werden die Pflegeleistungen jedoch meistens von dort freiberuflich angestellten Pflegekräften übernommen. Die Case Manager bleiben während der gesamten Versorgung sowohl in telefonischen als auch im persönlichen Kontakt mit den Klienten und Angehörigen, zumal ein Hausbesuch pro Woche im Rahmen der Qualitätssicherung erfolgt. Die Arbeit der letzten Jahre erwies sich laut Expertin als sehr positiv, welche sich in der Verhinderung von Wiederaufnahmen in Spitäler und in der erfolgreichen Verbreitung dieser Dienstleistung im Kundenbereich zeigt. Der Versuch, öffentliche Behörden in die Arbeit miteinzubinden scheiterte, ausgenommen von zwei Versicherungen als Kooperationspartner, da laut Aussage der Expertin das Verständnis für Case Management bislang fehlte.

AD Frage „Auf welchem Konzept basiert das Pflege Case Management in Ihrer Organisation?“

Im Konzept der Einrichtung Care-Ring wird sehr stark auf den Nutzen für die Klienten, welche alle zu betreuenden Personen und deren Angehörige sind, eingegangen. Die Einrichtung versteht sich als unabhängiger Ansprechpartner für alle Fragen im Bereich der Pflege, sowie als Anbieter von Beratung über Betreuungs- und Finanzierungsmodellen. Ebenso übernimmt die Organisation die Planung und Koordination von notwendigen Pflegeleistungen und versucht dabei die Qualität zu sichern. Der Nutzen der Klienten von Care-Ring soll folgende Punkte umfassen:

- Beratung durch Experten
- Steigerung der Lebensqualität durch individuelles Service
- Maximaler Know-How Transfer an die Klienten
- Rasche und einfache Inanspruchnahme von Pflegeleistungen
- Durchgängige Betreuung im Pflegeprozess
- Ausschöpfen der rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten

Hier wird das Ziel der Klientenorientierung klar deutlich, das eine bestmögliche Versorgung der Klienten und ihrer Angehörigen gewährleisten soll. Als Zielgruppe für Case Management werden alle zu betreuenden Personen und deren Angehörige erwähnt. Zum Beispiel werden oder wurden Menschen im Behindertenbereich sowie in der Palliativpflege als auch in der geriatrischen und psychiatrischen Pflege oder im Demenz-Bereich betreut. Die Organisation versichert, für alle zu betreuenden Personen und deren Angehörige ein unabhängiger Ansprechpartner und Berater für alle Fragen im Bereich der Pflege zu sein. Auch im Hinblick auf das Leitbild wird die klientenorientierte Arbeit und die Zusammenarbeit mit Angehörigen ersichtlich. Als erster Punkt des Leitbilds wird die Erleichterung in der Pflegesituation, vor allem auch für die Angehörigen, angestrebt. Weiters soll durch die Case Management Tätigkeit der Organisation, die Pflege als Profession im Gesundheitssystem gestärkt werden. Als nächste Ziele im Leitbild werden die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Klienten und auch der Angehörigen sowie die Sicherung der Qualität bei anhaltendem Pflegebedarf angeführt. Wichtig ist, dass immer die Bedürfnisse der Klienten die Ziele des Case Management formen.

AD Frage „Wie wird der Case Management Prozess konkret ausgeführt?“

Der Case Management Prozess bei Care-Ring wird durch vier Grundsäulen - Information/Anfrage, Beratung, Koordination und Qualitätssicherung - dargestellt und läuft wie im Anschluss beschrieben ab.

Als erstes findet das **Assessment** statt, welches sich in zwei Säulen oder Teile untergliedern lässt - in die **Informationsanfrage** und in den **Beratungsteil**. Bei ersterem werden für eine eventuelle Betreuung relevante Stammdaten sowie kaufmännische Daten des Klienten erhoben, sodass als Ergebnis dieser Phase eine Ersteinschätzung des Falles möglich ist.

„Dann kommt der Beratungsteil, das heißt, wir sammeln externe Pflegedaten, Daten, die der Patient vielleicht gar nicht weiß, über seinen Allgemeinzustand, über Diagnosen, Prognosen, alles Mögliche und schauen, was ist zu Hause möglich, was können wir dort machen.“ Experteninterview2 [Zeilen 20-23]

Neben der Sammlung externer Pflegedaten erfolgen eine Dokumentenanalyse sowie ein Gespräch mit externen Professionen, wodurch sich im Anschluss als Ergebnis des Assessments ein Betreuungsmodell für den Klienten konstruieren lässt.

Als nächster Schritt im Case Management Prozess kommt die **Koordination** beziehungsweise der gesamte Koordinationsaufwand der Dienstleistungen. Als Tätigkeiten in dieser Phase können die Durchsicht von Verordnungsscheinen der Klienten, die Berücksichtigung von barrierefreiem Wohnen, die Personalauswahl im Hinblick eines geeigneten Case Managers usw. angeführt werden. Ergebnisse der Koordination sollen ein laufendes Case Management durch einen zuständigen Case Manager sowie eine genaue Dokumentation und eine gute Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern sein.

Als letzte Säule im Prozess steht die **Qualitätssicherung**, in der eine regelmäßige Evaluation und eine kontinuierliche Begleitung von Familien und Betreuern stattfinden. Dieser Phase wird großer Wert zugeschrieben, in der die Kontinuität der Betreuung und die Überprüfung, ob der gegebene Bedarf auch tatsächlich abgedeckt wird, für die Einrichtung sehr wichtig erscheint. Diese Kontinuität wird in vielen Case Management Konzepten als wichtiges Ziel angeführt und soll der Schnittstellenproblematik durch einen zuständigen Case Manager entgegen wirken. Es gibt ebenso gezielte Angehörigengespräche im Evaluationsprozess, die zum Teil dokumentiert werden. Die Angehörigenarbeit wird deutlich ausgeführt, indem die Angehörigen als Ansprechpartner ernst genommen werden und ih-

7 Ergebnisdarstellung

nen durch Gespräche Hilfe geleistet wird, wenn auch die Angehörigenbegleitung fast nicht finanziert wird. Der Case Management Prozess endet entweder am Schluss der Qualitätssicherung eben in der Evaluation wenn keine Betreuung mehr nötig ist oder es erfordert ein neues Assessment und der Case Management Ablauf beginnt von vorne.

AD Fragen „Werden pflegende Angehörige in das Case Management Programm eingebunden?“ und „Welche Effekte hat die Einbeziehung Ihrer Meinung nach für die Angehörigen?“

Es ist ersichtlich, dass die Angehörigen ebenso einen Klientenstatus im Case Management Programm haben und dementsprechend mit ihnen zusammengearbeitet wird. Oft sind es gerade die Angehörigen, die Fälle an die Organisation herantragen oder durch Institutionen wie Spitäler vermittelt werden, da sie mit der Pflegesituation überfordert sind. Nach der Kontaktaufnahme mit Care-Ring werden die Angehörigen meist schon beim Erstgespräch miteinbezogen und planen daraufhin gemeinsam mit dem zu Betreuenden und dem Case Manager die benötigte Versorgung in einem persönlichen Gespräch.

„Das schätzen die Leute bei uns, persönlich miteinander zu reden. Und dann ist es auch so, dass die Familien konkrete Maßnahmen erleben, z.B. ist das Elektrobett samt Dekubitusmatratze vorhanden. Sie sehen, dass etwas passiert, die Pflegekraft steht dann tatsächlich am Sonntag Abend vor der Tür, ist da und bleibt auch über Nacht. Das sind Dinge, die man sofort konkret erlebt und die Angehörigen haben auch sofort Erfolgserlebnisse. Sie können dann wieder ihrem normalen Alltag nachgehen.“
Experteninterview2 [Zeilen 301-306]

Die Angehörigenarbeit drückt sich oft in Aufklärungsarbeit und Konsensfindung darüber aus, welche Interventionen einerseits für die zu Betreuenden und für die Angehörigen und andererseits für die Pflege wichtig erscheinen und durchgeführt werden sollen. Laut Expertin kann das Case Management erst beginnen, wenn das Vertrauen der Angehörigen gewonnen wurde und die Rollen geklärt sind. Die Angehörigenarbeit kann ebenso belastend sein, vor allem wenn viele Kriseninterventionen im Laufe des Case Management z.B. im Demenz-Bereich durchgeführt werden müssen. Solche Interventionen seien laut Aussage der Expertin sehr zeitintensiv, wobei man diese Zeit beziehungsweise die Angehörigenarbeit generell schwer verrechnen könne. Während der Betreuung besteht für die Angehörigen von Montag bis Sonntag, 8:00 bis 20:00 Uhr, die Möglichkeit einer telefonischen Kontaktaufnahme. Zudem findet ein wöchentliches Treffen gemeinsam mit dem

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

Case Manager statt, bei dem eventuell vorhandene Probleme geklärt werden können sowie im Zuge der Qualitätssicherung die Pflegemaßnahmen überwacht werden. Abschließend lässt sich sagen, dass die Angehörigenintegration in das Case Management in der Einrichtung Care Ring laut Expertin klar umgesetzt wird. Die Ergebnisse aus der Angehörigenperspektive über die Dienstleistung von Care Ring folgen im Kapitel 7.2.

7.1.3 Das Case Management des Roten Kreuzes

Das dritte Experteninterview liefert Auskunft über die Umsetzung des Case Management beim Österreichischen Roten Kreuz. Die Resultate stammen einerseits aus dem persönlichen Gespräch mit Frau Mag. Monika Wild, und andererseits aus einem internen Fortbildungsbrief sowie einem internen Standard zum Thema Case Management des Roten Kreuzes (vgl. Wild, 2000). Eine Aufgabe des Österreichischen Roten Kreuzes ist neben dem Rettungs- und Krankentransportdienst, dem Blutspendedienst sowie der Katastrophenhilfe vor allem die Versorgung hilfs- und pflegebedürftiger Personen im ambulanten Pflegebereich. In dieser Versorgung, die im Bereich der Gesundheits- und Sozialen Dienste gesteuert wird, kommt die Unterstützungsform des Case Management zum Einsatz. Im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung wird das Case Management von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern durchgeführt, wobei jeder Klient eine hauptverantwortliche Pflegekraft (Primary Nurse) hat. Diese führt, wenn nötig, das Case Management durch, wobei sie selber auch Pflegeaktivitäten übernehmen kann. In den Case Management Prozess können zusätzliche Professionen und Dienste wie beispielsweise Heimhilfen oder Essen auf Rädern für die Versorgung hinzugezogen werden.

AD Frage „Auf welchem Konzept basiert das Pflege Case Management in Ihrer Organisation?“

Als Orientierung bezüglich des Konzepts dient der genannte Fortbildungsbrief, in dem die Grundlagen des pflegerischen Case Management vorgestellt werden. Es werden zum einen Begriffe und Zielsetzungen des Case Managements definiert, zum anderen wird der Unterschied des Case Management Prozesses zum Pflegeprozess herausgearbeitet, welcher im Kapitel 2.4.7 beschrieben wird. In der Beschreibung des Case Managements liegt die Betonung auf dem individuellen Fall (case) und seinen spezifischen Versorgungsbedürfnissen, der durch einen Case Manager unterstützend durch das Versorgungssystem

7 Ergebnisdarstellung

begleitet wird. Die Definition des Roten Kreuzes lautet: „*Case Management ist ein Prozess der Hilfestellung für Menschen, deren Leben unbefriedigend verläuft oder nicht gelingt, weil viele Probleme vorhanden sind, welche die Unterstützung zugleich von mehreren Helfern erforderlich machen*“. Das Ziel sei dabei die individuelle kontinuierliche Begleitung des Klienten durch die verschiedenen Versorgungssysteme.

Case Management wird auch als Unterstützungsmanagement gesehen, welches zwei Eckpfeiler aufweist. Einerseits wird die Organisation von Diensten und Personen, mit dem Ziel, dem Klienten zu helfen, angestrebt. Andererseits soll die Befähigung des Klienten, das heißt das Wissen, die Fertigkeiten und Einstellungen des Klienten gestärkt werden, diese Hilfe von außen nutzen zu können.

Die Ziele des Case Management formen folgende Punkte:

- Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung
- Vernetzung der Dienstleistungen
- Zielgenauigkeit der Versorgung
- rationelle Leistungserbringung

Im Fortbildungsbrief des Roten Kreuzes werden das Case Management und die häusliche Pflege zusammengeführt, da eine häusliche Betreuung sehr komplex sein kann. Die Gründe dafür sind viele unterschiedliche Dienste, die der Klient in der Versorgung zu Hause benötigen kann. Da eine Fragmentierung der ambulanten Dienstleistungen sowie eine mangelnde Koordination und Vernetzung dieser bestehen, kann der Einsatz eines Case Managers sinnvoll sein. Case Management in der Hauskrankenpflege wird beim Roten Kreuzes als klare Übernahme der Koordinationsverantwortung für die Gesamtbetreuung durch eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester definiert, wobei Gesamtbetreuung nicht nur die pflegerische Versorgung, sondern auch die Koordination der Sozialen Dienste, der therapeutischen Dienste, sowie der medizinischen Versorgung umfasst. Die Pflegeperson ist Ansprechpartnerin für alle an der Versorgung beteiligten Personen, wobei sie besonders die koordinierende Funktion der Dienstleistungen sowie die beratende Funktion für die Klienten und deren Angehörigen wahrzunehmen hat. Der Standard zum Case Management, ein Teil des Konzepts, beschreibt die einzelnen Kriterien der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität sowie eine Überprüfung dieser mittels eines angefertigten Evaluationsblattes. Ebenso werden auch in diesem Standard die Angehörigen dezidiert angesprochen.

AD Frage „Wie wird der Case Management Prozess konkret ausgeführt?“

Der Case Management Prozess im Roten Kreuz wird anhand unterschiedlicher, zumeist sechs Phasen dargestellt, welche gemeinsam ein Regelkreismodell bilden. Als erster Schritt wird die **Identifikation** genannt, die ein aktives Auffinden von Patienten oder Gruppen von Menschen, die vom Case Management profitieren können, beabsichtigt. Als nächstes werden im **Assessment** die systematische Erhebung und Analyse individueller Versorgungsbedürfnisse und feststellbarer Problemlagen durchgeführt. Nach dieser Phase werden in der **Planung** sowohl kurz-, als auch langfristige Versorgungsziele vereinbart und ein entsprechender Versorgungsplan entwickelt. Die vereinbarten Maßnahmen werden in der **Implementation** durch eine aktive Verbindung der einzelnen Dienstleistungen umgesetzt. Dabei kommt die **Monitoring** Funktion zum Tragen, welche die kontinuierliche Überprüfung der Zielerreichung, der Qualität und der Effizienz der erbrachten Leistungen beinhaltet. Zum Schluss werden in der **Evaluation** die Dienstleistungen sowie die durchgeführte Koordination dieser Leistungen ausgewertet.

In der Phase des Assessments wird Wert auf die Berücksichtigung folgender Punkte gelegt:

- Die Untersuchung der Lebens- und Arbeitsatmosphäre sowie des sozialen Umfelds des Klienten,
- die Zielvorstellung für die genannten Bereiche, sofern erkennbare Probleme ersichtlich sind,
- eine Einschätzung der Fähigkeiten, Stärken, Ressourcen und Bedürfnisse des Klienten bezogen auf die jeweiligen Zielvorstellungen.

Die vereinbarten Ziele werden im Planungsprozess verstärkt berücksichtigt, da gemeinsam mit dem Klienten und seinem sozialen Umfeld diese Ziele zunächst formuliert werden und dann in eine Reihe von Prioritäten gefasst werden. Danach werden jene Dienste oder Strategien ausgewählt, mithilfe derer die Ziele erreicht werden können, wobei auch eine Festlegung von Zeiten und bestimmten Verfahren notwendig ist, um Fortschritte erkenntlich zu machen.

Nach der Erstellung eines Dienstleistungspaketes für den Klienten, beginnt die Koordination der Dienste von Seiten des Case Managers, die folgende Aufgaben umfasst:

1. Sicherstellen, dass die unterschiedlichen Dienste, den Klienten durchgängig ganz-

7 Ergebnisdarstellung

heitlich sehen und den Beitrag ihres Programmes zum Pflege- und Betreuungsprozess erkennen,

2. dafür sorgen, dass alle Komponenten des Versorgungspaketes nach Plan umgesetzt werden in der Verhinderung von Mehrfachleistungen,
3. bewerten der Ergebnisse am Dienstende und die Beendigung der Beziehung zum Klienten und/oder seinen Angehörigen.

AD Fragen „Werden pflegende Angehörige in das Case Management Programm eingebunden?“ und „Welche Effekte hat die Einbeziehung Ihrer Meinung nach für die Angehörigen?“

Frau Wild äußert, dass die Angehörigenintegration in ihrer Einrichtung ohnehin ein Grundgedanke sei, da sie die Klienten nicht isoliert sieht, sondern immer gemeinsam mit den Angehörigen. Diese Arbeitsweise sollte bei allen Mitarbeitern internalisiert sein und nicht anders erfolgen.

„Ohne pflegende Angehörige geht eigentlich sowieso nichts. Jetzt in der heutigen Versorgung, wenn ich diese nicht mit einbinde...gerade im Case Management ist es ganz wichtig, weil da muss ich absprechen, wer macht was? Weil einerseits sind die Angehörigen ein Teil des Systems, die die Arbeit übernehmen und gewisse Aufgaben selbst durchführen, auf der anderen Seite brauchen sie wieder eine extra Unterstützung. Also Unterstützung für sich selbst und auch für alles jene, was sie nicht selber machen können.“ Experteninterview3 [Zeilen 147-152]

Weiters betont die Expertin, dass es wichtig sei, die Versorgung speziell auf die unterschiedlichen Angehörigensituationen abzustimmen. Es gibt die verschiedensten Varianten bei pflegenden Angehörigen, da diese entweder gemeinsam mit ihren zu betreuenden Angehörigen wohnen oder in unterschiedlichen Wohnungen leben. Die einen sind berufstätig, die anderen nicht. Es kommt darauf an, wer die Verantwortung übernimmt und als Hauptansprechpartner für die Pflegekräfte dient. Diese Person muss nicht zwingend im selben Haushalt wie die zu versorgende Person leben.

„Ich glaube, wenn ich die Angehörigen nicht mit einbeziehe, dann wird das ganze Pflegearrangement wahrscheinlich weniger gut gelingen. Und wenn ich die Angehörigen 'gescheit' mit einbinde, dann werden sie auch längerfristig die Pflege übernehmen oder eben mitgestalten können, in welcher Form und Rolle auch immer. Aber wenn ich deren Anliegen im Case Management nicht entsprechend berücksichtige, dann

7.1 Beschreibung von Case Management Einsatzbereichen

wird das [Anm.d.Verf. die häusliche Versorgung] langfristig gesehen nicht funktionieren.“ Experteninterview3 [Zeilen 183-187]

Anhand dieser Aussage erkennt man, dass Frau Wild die Miteinbeziehung der Angehörigen besonders stark betont. Laut Expertin machen sich gerade bei dieser Personengruppe oft Überforderungen und Belastungen bemerkbar, die allerdings dadurch behoben werden können, wenn man die Angehörigen im Sinne von Klienten im Copingprozess ihrer Probleme unterstützt. Damit man die häusliche Betreuung gut und lange aufrecht erhalten kann, funktioniert es nur, wenn man die Angehörigen ins Case Management miteinbezieht.

7.1.4 Zusammenfassung

Die Arbeitsweise unterscheidet sich in den drei beschriebenen Einrichtungen in einigen Punkten. Einerseits erfolgt der Case Management Ablauf in einer unterschiedlichen Anzahl an Schritten, aber doch in inhaltlich ähnlich gestalteten Phasen. Andererseits führen in den Organisationen unterschiedliche Berufsgruppen das Case Management aus. Während beim FSW neben den diplomierten Pflegekräften auch Sozialarbeiter und Ergotherapeuten, je nach Schwerpunkt des Falles, mit dem Case Management beauftragt werden, sind bei Care-Ring und dem Roten Kreuz ausschließlich diplomierte Pflegekräfte mit dem Case Management betraut. Berufsgruppen wie Sozialarbeiter und Ergotherapeuten finden sich bei diesen zwei Organisationen nicht.

Der FSW und das Rote Kreuz haben im Vergleich zu Care Ring die meisten Kooperationspartner, die im Case Management Prozess zur Leistungserbringung eingeschaltet werden können. Demnach werden beim FSW auch die meisten unterschiedlichen Professionen für die Versorgung hinzugezogen. Beim Roten Kreuz sind in der mobilen Pflege und Betreuung die drei Berufsgruppen diplomierte Pflegekräfte, Pflegehelfer und Heimhelfer tätig. Laut Frau Wild sei es nicht möglich, zum Beispiel einen Ergotherapeuten oder Sozialarbeiter einzubeziehen, da deren Tätigkeiten nicht in den Finanzierungsrichtlinien aufscheinen und daher nicht verrechnet werden können. Die Einrichtung Care-Ring verfügt ebenso größtenteils über diplomierte Pflegekräfte, Pflegehelfer oder Heimhelfer, welche die Betreuung der Klienten vor Ort übernehmen. Zusätzlich sind viele selbständige Personenbetreuer in der häuslichen Versorgung tätig, welche diesen drei genannten Gruppen zuordenbar sind.

Die Hauptaufgabe aller Einrichtungen besteht darin, durch das Case Management die

7 Ergebnisdarstellung

Versorgung der Klienten in kontinuierlicher Weise und mithilfe einer bestmöglichen Koordination aller benötigten Dienstleistungen zu ermöglichen. Die Angehörigen werden in allen drei Organisationen explizit in der Theorie in den Konzepten erwähnt. Ebenso scheinen sie in der Praxis in das Case Management miteinbezogen zu werden, da es laut Experten eine Grundaufgabe sei, den Klienten mitsamt seinem Umfeld inklusive der Angehörigen in den Ablauf mit allen Entscheidungen zu berücksichtigen. Dadurch könnten die häuslichen Pflegearrangements gut umgesetzt und solange als möglich aufrecht erhalten werden. Wie die Angehörigen die Versorgung durch das Case Management der Einrichtung Care-Ring in der Praxis erleben, folgt im nächsten Abschnitt.

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

In diesem Kapitelabschnitt werden die Ergebnisse der Angehörigeninterviews dargestellt und anschließend die beiden Forschungsfragen „Welche Rolle spielen betreuende Angehörige im Case Management?“ und „Welchen Nutzen sehen Angehörige in der Einbeziehung in das Case Management?“ beantwortet. Dafür wurden bereits bei der Erstellung des Interviewleitfadens (siehe 10) die für die Beantwortung der Fragen relevanten Themen in Abschnitte gegliedert. Die 13 geführten Interviews mit Angehörigen, die sozusagen Kunden der Dienstleistung Case Management bei Care-Ring sind und von dieser Einrichtung vermittelt wurden, wurden anhand der vordefinierten Themen, die später in der Datenanalyse zu Kategorien umgewandelt wurden, ausgewertet. Als nächstes werden sowohl die Stichprobenauswahl, als auch die Zusammensetzung dieser beschrieben und im Anschluss die Hauptergebnisse der einzelnen Kategorien und der sich ergebenden Unterkategorien dargestellt. Diese Ergebnisse weisen typische Muster in den Antworten aus der Angehörigenperspektive auf, das heißt die Antworten wurden meist von der Mehrheit der Befragten gegeben.

Stichprobe

Die Stichprobenauswahl einer qualitativen Untersuchung erfolgt gezielt nach bestimmten Kriterien, im Vergleich zur quantitativen Forschung, in der die Befragten in der Regel nach Zufallsprinzip ausgewählt werden - (vgl. Mayer, 2002, S.188ff). Was die Größe der Stich-

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

probe betrifft, wird in qualitativen Forschungen mit eher kleinen Stichproben gearbeitet, die genau studiert werden. Die Stichprobe ist dann groß genug, wenn eine theoretische Sättigung zu erkennen ist. Das heißt, dass aus neuen Interviews keine neuen Einsichten bzw. Ergebnisse mehr gewonnen werden können.

Für die geplanten Interviews wurden alle Teilnehmer von der Einrichtung Care-Ring vermittelt, nachdem gemeinsam die Kriterien für die Auswahl festgelegt wurden. Die Voraussetzungen sind lediglich, dass die Interviewpartner als hauptverantwortliche Angehörige in der Pflege bzw. Betreuung ihrer Familienmitglieder involviert sind, unabhängig von ihren Aufgaben und Funktionen, und eben die Versorgung durch das Case Management der Einrichtung Care Ring in Anspruch nehmen oder genommen haben.

Die Stichprobe setzt sich aus 13 betreuenden Angehörigen zusammen, unter denen neun Angehörige weiblich und vier männlich sind. Der Großteil der Angehörigen wohnt nicht im selben Haushalt (sieben Personen), hingegen wohnen vier Personen mit ihrem zu betreuenden Angehörigen zusammen und zwei Personen im selben Wohnhaus, jedoch in getrennten Wohnungen. Sechs Befragte sind berufstätig, wobei sie bis auf zwei Personen täglich in Kontakt mit ihren zu betreuenden Angehörigen sind. Neben den genannten Auswahlkriterien spielten in den Angehörigenkonstellationen die Wohnsituation oder Berufstätigkeit keine Rolle.

In drei der Fälle waren die zu betreuenden Angehörigen zum Zeitpunkt des Interviews bereits verstorben. Die Befragung erschien mir trotzdem als wichtig, da eventuell im Nachhinein ein distanzierterer Blick auf die Betreuung und auch auf die Qualität dieser geworfen werden kann, als inmitten der Pflegesituation. Ebenso zählt auch die Sterbebegleitung sowohl zu Angehörigenaufgaben als auch zur Angehörigenunterstützung.

Die Art der Unterstützung bei der häuslichen Pflege durch die Pflegekräfte zeichnet sich vorwiegend durch eine 24-h-Betreuung aus (in acht Fällen). In den restlichen fünf Fällen erfolgt eine stundenweise Unterstützung des Pflegepersonals von Care-Ring. Die Rollenverteilung unter den 13 Angehörigen und ihrer zu betreuenden Familienmitglieder ist dadurch gekennzeichnet, dass ein Großteil der Angehörigen Töchter (fünf Personen) und Schwiegertöchter (zwei Personen) sind, die vorwiegend ihre Mütter bzw. Schwiegermütter betreuen. Nur ein Schwiegervater wird von seiner Schwiegertochter betreut. Weiters wurde eine Gattin befragt, die ihren Ehemann betreut, sowie zwei Ehemänner, die sich um ihre Ehefrauen kümmern. Hinzu kommen zwei Söhne, die in der Pflege ihrer Mutter involviert sind und eine Frau, die ihre Schwester betreut.

7 Ergebnisdarstellung

Die Dauer der Pflege und Betreuung von Seiten der Angehörigen reicht von wenigen Wochen bis hin zu 15 Jahren. Auch das Ausmaß an eigenen Tätigkeiten in der Betreuung variiert in den einzelnen Fällen zwischen rein organisatorischen Tätigkeiten, wie Anschaffung von Medikamenten, Pflegehilfsmittel etc. und der gesamten Palette an Pflege- und Betreuungstätigkeiten rund um die Uhr. Dabei führt die Mehrheit der Befragten eher weniger pflegerische Tätigkeiten, wie Unterstützung bei der Körperpflege, bei der Ausscheidung, in der Mobilisation etc. durch, sondern ist mehr in organisatorische Tätigkeiten involviert. Dies zeigt auch die Wohnsituation, da sieben Personen nicht im selben Haushalt mit ihren Angehörigen leben und daher meist eine 24-h-Pflege organisiert wurde, in der die Pflege gänzlich von den Pflegekräften übernommen wird. Hier konzentrieren sich die Tätigkeiten vorwiegend auf Organisatorisches die Pflege betreffend, Entscheidungshilfe, Handhabung der Finanzen, Kontrolle der Unterstützung der Einrichtung Care-Ring sowie der Zusammenarbeit mit dieser.

7.2.1 Belastungen

Die Belastungsprofile unter den befragten Angehörigen sehen sehr unterschiedlich aus, da es sich um zum einen um verschiedene Krankheitsbilder der zu Betreuenden und einen somit unterschiedlichen Betreuungsbedarf handelt, und zum anderen um unterschiedlich lange Pflegebiografien der Angehörigen. Die ständige Betreuung und Beaufsichtigung eines Demenz Kranken wird belastender empfunden als eine stundenweise Betreuung des Familienmitgliedes, die sich in Form von Kontrollbesuchen und Beschäftigung mit dem Patienten äußert. Fakt ist, je länger und intensiver die Pflege und Betreuung ist, desto höhere Belastungserscheinungen sind festzustellen (siehe 3.2). Im Folgenden werden unterschiedliche Aussagen der Befragten bezüglich ihrer bestehenden oder bereits reduzierten Belastungen in Unterkategorien eingeteilt, welche die Kategorien wiederum bestätigen sollen.

Psychische Belastung

In diese Unterkategorie fallen die Aussagen von den meisten Angehörigen (von zehn Personen), dass die häusliche Versorgungssituation - meist vor der professionellen Unterstützung - als eine enorme psychische Belastung empfunden wurde. Vorwiegend wird die Sorge darüber ausgedrückt, dass etwas passieren könnte, wenn die zu Betreuenden allei-

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

ne, also unversorgt sind.

„Ja und ich wollte das auch. Ich hatte furchtbare Angst, das war am Montag, dass wir sie am Mittwoch entlassen und ich hab noch niemanden in der Nacht. Weil untermittags könnt ich noch um 7 in der Früh rüber fahren und bis am Abend...aber ich hab auch einen Mann und der ist 81, also es ist auch nicht so dass ich in der Nacht...Also das war meine größte Sorge, dass sie in der Nacht alleine sind. Und es wäre am Anfang auch überhaupt nicht möglich gewesen.“ Angehörigeninterview 4 [53-58]

Es stellte sich heraus, dass acht Angehörige in starker *Ungewissheit und Unruhe* leben, wenn sich der Patient alleine zu Hause befindet und sie selber als Kontrollfunktion in der Betreuung agieren. Eine Person äußert ihre Unruhe darüber, dass etwas passieren könnte, wenn der zu Betreuende alleine ist, wie folgt:

„Die Belastung für uns war halt natürlich wo wir gesagt haben, dass sie in der Nacht alleine ist, wenn es ihr nicht so gut ging oder wenn wir Infusionen angehängt haben, dass wir dann schon in der Nacht aufgestanden und rüber gegangen sind, sie gewickelt und frisch gemacht haben. Und man schläft dann schon eigentlich die ganze Nacht schlecht, weil man nicht weiß, was da drüben los ist.“ Angehörigeninterview 12 [92-96]

Eine weitere Aussage eines Interviewpartners, welcher für die Hauptbetreuung des Schwiegervaters zuständig ist, zeigt, dass auch eine gewisse Kontrolle erforderlich ist, damit in der Zeit, in der die zu betreuende Person alleine ist, nichts passiert.

„Er ist dann schon alleine geblieben, aber er musste halt in der Früh...man musste schauen, dass er dementsprechend alles hat, und dass er Essen hat und dass er versorgt ist und...Also man musste ihn sozusagen auch beaufsichtigen, weil er sich ja dann auch körperlich doch etwas erholt hat und dann wieder fort gegangen ist und wir nicht wussten wo er war. Wie haben ihn dann überall gesucht. Das heißt, die ganze Familie ist ausgeströmt und hat ihn halt gesucht.“ Angehörigeninterview 9 [63-69]

Ein Großteil der Angehörigen empfindet die Situation, ihr zu betreuendes Familienmitglied in einem pflegebedürftigen Zustand zu sehen, sehr belastend. Eine Phase hoher Belastung zeigt sich besonders dann, wenn sich der Gesundheitszustand des zu betreuenden Angehörigen verschlechtert (bei 11 Personen).

„Die hat es sehr wohl gegeben, Phasen hoher Belastung. Vor allem in der Phase, in der Stuhlgang und auch die Flüssigkeitsausscheidung ins Stocken geraten sind. Und da hatte ich eine sehr große Sorge, dass die häusliche Pflege endet und das Spital beginnt. Das hat sich damals zum Glück wieder eingerenkt, aber da gab es

7 Ergebnisdarstellung

so zwei, drei Phasen, die für mich sehr problembehaftet und auch beeinträchtigend empfunden wurden.“ Angehörigeninterview 10 [268-273]

Die folgende Aussage zeigt auch, dass die Angehörigen Angst davor haben, die häusliche Betreuung könnte durch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes enden, was natürlich verhindert werden möchte. Weiters bestehen große Ängste von Seiten der Angehörigen um ihre Familienmitglieder, da sich diese laut ihnen zum Teil selber schaden und sehr uneinsichtig in Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen erscheinen (in zwei Fällen). Das nächste Beispiel eines Angehörigen bestätigt, dass eine Betreuungssituation sehr belastend sein kann, sowie Ängste vor dem Alter und vor dem Tod des Patienten bestehen können.

„Und sicher, durch die ganze Situation habe ich auch sehr große psychische Probleme gehabt. Einschlaf-, und Durchschlafstörungen, die jetzt mit Hilfe der Ärzte behoben werden. Aber das belastet schon, obwohl Pflege ... das Alter belastet mich persönlich. Weil ich die Angst habe, wenn ich ... dass ich sie draußen tot auffinde. Das ist die große Angst.“ Angehörigeninterview 5 [310-314]

Physische Beschwerden

Aus den Interviews ergab sich, dass viele der Befragten (sieben Personen) selber an körperlichen Beschwerden leiden, sei es aufgrund der vorherrschenden Betreuungstätigkeiten für ihre Familienmitglieder oder aufgrund mangelnder Selbstpflegekompetenz. Diese Beschwerden wirken sich jedoch - oft zusätzlich zu den oben angeführten psychischen Problemen - ungünstig auf die Betreuung ihrer Angehörigen aus und werden als belastend dargestellt. Eine befragte Person, die eine lange Pflegebiografie von mehreren Jahren vorweist, schildert die Betreuung ihres Familienmitgliedes folgendermaßen:

„Was die ... was eben diese Pflege und das alles betrifft ... fühle ich mich natürlich langfristig überfordert, weil ich bin auch schon 68 Jahre alt, ich fühle mich auch schon ein bisschen, ich habe mit dem Bewegungsapparat starke Beschwerden, und da fühle ich mich überfordert.“ Angehörigeninterview 3 [182-184]

Ein anderer Interviewpartner, welcher seit mehreren Jahren vieles in der Betreuung der eigenen Eltern organisiert hat, und selber seit langem an mehreren Krankheiten leidet, äußert ebenso, dass die Betreuung neben den eigenen gesundheitlichen Problemen belastend sein kann.

„Also ich muss, ich hab so einen Tagesablauf, ich muss sowieso 6-8 mal Blutzucker

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

messen, ich muss drei mal Blutdruck messen, ich muss meine Tabletten nehmen, ich muss Diät essen, ich muss 15 Minuten Radfahren wegen der Neuropathie, also ich hab sowieso einen ganz strikten Tagesablauf. Und dazwischen eben noch die Mutter, und wenn noch irgendetwas anderes hinzukommt, dann ist es mir schon manchmal zuviel.“ Angehörigeninterview 2 [386-390]

Wenig Freizeit

Ein größerer Anteil der Angehörigen (fünf Personen) hat das Gefühl, zu wenig Zeit für sich selber oder für die eigene Familie aufbringen zu können. Durch die mehr oder weniger intensive Betreuung und Beaufsichtigung ihres Familienmitgliedes sind sie sehr angebundnen und stehen unter Zeitdruck, oft auch aufgrund der Vereinbarung des eigenen Berufes.

„Aber wie gesagt ... in diesen 3 Jahren war es schon ein Wahnsinn, ich hatte eigentlich kein Leben mehr [...] Ich habe Ihnen die gesamte Wäsche gewaschen, gebügelt und alleine schon diese Stunde jeden Tag am Abend ... zum Duschen und Pflegen ... mein Schwiegervater wollte natürlich viele, viele Gespräche haben, er wusste ich habe Urlaub und hat mich natürlich voll in Anspruch genommen. Er wollte dann auch, dass ich aufhöre zu arbeiten, damit ich nur mehr für ihn da bin. Da habe ich schon gesagt, dass das unmöglich geht, weil auch wenn er stirbt, dann muss ich weiter leben ...“ Angehörigeninterview 12 [140-149]

Eine weitere Person, die sich um ihre Mutter kümmert, beschreibt, dass diese Betreuungsaufgabe als entlastend empfunden wird, da sie zunächst sehr wenig Freizeit hat und diese dann in der Sorge um ihre Mutter nicht wirklich genießen kann.

„Ja, es ist eine Einschränkung meines Lebens. Ich kann ja auch nie länger wegfahren oder was weiß ich [...] wir haben ja ein winziges 'Garterl' im Burgenland, wir haben uns das deswegen genommen, damit wir in einer Stunde in Wien sind, wenn irgendwas ist. [...] Das ist meine einzige Entspannung. Aber natürlich immer im Hinterkopf, was kann passieren?“ Angehörigeninterview 2 [369-377]

Von drei Angehörigen wird die nächtliche Betreuung als besonders anstrengend empfunden, was wiederum zu weiteren Beschwerden wie Müdigkeit oder Erschöpfungsphasen führen kann. In der Interpretation der Interviews zeigt sich, dass eine Beschwerde überleitend von einer zur anderen sein kann und die angeführten Belastungen nicht voneinander getrennt werden können, da es meist um ein Zusammenspiel mehrerer Aspekte geht.

7 Ergebnisdarstellung

Ausmaß an Tätigkeiten

Wie schon beschrieben resultiert die Übernahme und Verantwortung für eine Fülle an Tätigkeiten, die die Angehörigen in der Betreuung übernehmen, oft darin, dass sie überfordert werden und die eigene Belastungsgrenze immer weiter hinaus schieben. Je höher das Ausmaß an Tätigkeiten in der Betreuung ist, desto höher ist auch die zu tragende Verantwortung für die Angehörigen.

„... sie hat immer nach mir gerufen, wenn sie etwas gebraucht hat. Und sie hat, also mit einem kalten, nassen Waschlappen, wollte sie immer ein bisschen Frische haben. Sie wollte Frischtücher, und Apfelmus immer ganz frisch gemacht haben, und in der Früh um 6 habe ich sie gewickelt. Dann um 7 oder 8 hat sie gerufen ... So ging das den ganzen Tag und die ganze Nacht, sie ist ja jede halbe Stunde bis Stunde aufgewacht und hat gerufen. Dann habe ich sie meist gewickelt.“ Angehörigeninterview 1 [73-81]

An dieser Aussage erkennt man, dass die befragte Person eine rund um die Uhr Betreuung ihres zu betreuenden Angehörigen über hat, die sämtliche Pflege- und Betreuungstätigkeiten inkludiert. Neben diesen Tätigkeiten fallen sehr viele organisatorische Dinge in der Betreuung an, die zunehmend als Belastung wahrgenommen werden können (z.B. Anschaffung von Pflegehilfsmitteln, Medikamenten, finanzielle Abwicklungen und Entscheidungsfindung für ihre Angehörigen). Eine Dame schildert, dass sie trotz Unterstützung noch immer vieles selber machen muss und sich die Situation für sie nicht sehr verändert hat.

„Eigentlich das Gleiche wie jetzt. Also wenn man Pflegerinnen hat, das heißt sie sind im Haus. Und alles was rundherum ist, das mache noch immer ich. Von Windeln angefangen über z.B. die Ringelblumensalbe, da gibt es dort kein Geschäft in der Nähe der Wohnung, die kaufe ich bei mir. Die ganzen Pflegesachen kauf ich ein und bring sie hin. Dafür sind sie zu weit draußen, da kommt man nirgends hin. Windeln vom Bständig, weil da bekommen wir von der Krankenkasse eine Verschreibung, das wird dann geliefert, aber bestellen muss ich das. Und ja, alles was im Haus anfällt...“ Angehörigeninterview 2 [48-54]

Ablehnung fremder Hilfe

In drei Interviews äußerten die Angehörigen eine bestehende Überforderung darin, dass von Seiten des Patienten eine starke Ablehnung gegenüber fremder Hilfe bestand. Die Gründe dafür waren einerseits die Meinung, es sei die Pflicht der Kinder bzw. der Familie

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

diese Aufgabe zu übernehmen. Andererseits wurden als Gründe der Patienten angegeben, dass sie ihren Angehörigen nicht viel Arbeit machen würden und die Versorgung deshalb ohne fremde Hilfe zu schaffen sei. Diese Tatsache ist für die Angehörigen sehr belastend, da sie selber gerne professionelle Unterstützung in Anspruch genommen hätten, jedoch ihrem Angehörigen zuliebe auf die Inanspruchnahme fremder Hilfe lange Zeit verzichtet haben. Das bedeutet, dass sie oft über einen langen Zeitraum die alleinige Verantwortung für die gesamte Palette der Betreuung und Versorgung hatten. Eine nicht berufstätige Person, die ihre Mutter betreute, beschreibt ihre Situation wie folgt:

„Sie wollte das so und wollte auch keine Hilfe in Anspruch nehmen, sie wollte nur, dass ich da bin für sie oder die Enkelkinder. Und erst wie es bei mir gar nicht mehr ging und sie das auch gesehen hat, wo ich gar nicht mehr schlafen konnte, weil es ihr Tag und Nacht eigentlich schlecht ging und sie mich ständig gebraucht hat, da hat sie dann akzeptiert, dass jemand gekommen ist [...] Ja, ich hätte früher, ich hätte Unterstützung gebraucht und habe das auch meiner Mutter sehr oft gesagt, aber sie hat das nicht einsehen wollen. Sie hat immer gesagt 'Nein, warum? Ich mache doch gar keine Arbeit, das ist doch alles nicht so schlimm und wir schaffen das'. Sie wollte einfach niemanden Fremden haben.“ Angehörigeninterview 11 [56-65]

Erst zu einem Zeitpunkt, an dem die Belastung schon äußerst hoch war, taten sie den Schritt, mehr auf sich selber zu achten und professionelle Unterstützung einzufordern. Eine berufstätige Dame schildert ihre Belastung nach einer dreijährigen alleinigen Versorgung der Schwiegereltern, die aus sämtlichen Haushaltstätigkeiten (z.B. Waschen, Bügeln) und Pflegetätigkeiten (z.B. Körperpflege, Medikamentengabe) bestand, folgendermaßen:

„Also da war keine Akzeptanz einer fremden Hilfe da, diese drei Jahre. Ich war eigentlich schon sehr am Limit, muss ich sagen. Also ich bin im Frühling auch zusammengebrochen und habe selbst eine Anämie gehabt, und ... wenn man immer in diesem Strudel drinnen ist und immer funktionieren muss, dann übersieht man leicht die Warnsignale des eigenen Körpers. Das ist ganz gefährlich.“ Angehörigeninterview 12 [67-73]

7.2.2 Entlastungen

Aus der Versorgung von Seiten der Einrichtung resultieren verschiedene Aspekte der Entlastung, welche bedeutend für den Nutzen des Case Managements für die Angehörigen sind. Neben der professionellen Unterstützung als große Entlastung, sind den Angehō-

7 Ergebnisdarstellung

rigen als Entspannungsmaßnahmen Gespräche mit der Familie und/oder mit Freunden wichtig, ausreichend Ruhe sowie dem Nachgehen eigener Interessen wie Sport, Musik oder sonstige Hobbys. Im Anschluss werden jene Entlastungserscheinungen in Kategorien dargestellt, die am häufigsten aus den Interviews hervorgegangen sind.

Beruhigung und Sicherheit

Die generelle Beruhigung durch die Versorgung des Case Managements wird von den meisten Befragten geschildert (zehn Personen), da sie aufgrund der Anwesenheit der Pflegekräfte sicher sein können, dass der/die Angehörige gut versorgt ist.

„Ja, es ist eine Sicherheit da, und ich weiß ganz genau, wenn es heute nicht geht, dass sie das Mittagessen bekommt, dann sage ich zu ihnen [Anm.d.Verf. zu den Pflegekräften]‘Bitte kommen Sie zusätzlich zu Mittag auch‘, und ich weiß, dass sie versorgt wird, dass sie ein warmes Essen hat. Natürlich könnte ich ihr das bringen, aber ich bin auch oft nicht da. Und das sind die Dinge, die mir abgenommen werden, und das ist schon eine große Hilfe.“ Angehörigeninterview 5 [197-201]

Es hat sich gezeigt, dass sich hauptsächlich die Kontrollfunktion, welche die Pflegekräfte in ihrer Tätigkeit ausüben, als entlastend auswirkt. Bei auftauchenden Problemen können die Angehörigen sicher sein, von den Pflegepersonen verständigt zu werden (vier Personen). Die vorher bestehenden Ängste, dass etwas passieren könnte, wenn ihre Familienmitglieder alleine sind, fallen durch die Organisation einer 24-h-Pflege beinahe ganz weg. Die Beaufsichtigung von Seiten der Angehörigen reduziert sich deutlich beziehungsweise entfällt gänzlich. Ebenso ist auch ihre Verantwortung für das zu betreuende Familienmitglied nun eine *geteilte Verantwortung*, was von vier Personen als entlastend empfunden wird und eine interviewte Person gut beschreibt:

„Es ist natürlich für uns schon eine absolute Entlastung, also die ersten Wochen waren wir ... man geht hinein in die Wohnung, ob alles in Ordnung ist, aber ich brauche nicht mehr schauen, dass er gewaschen, gefüttert oder was auch immer ist, sondern ich besuche ihn nur noch. Ich muss nicht mehr... also wir organisieren und helfen den Damen, wenn sie etwas brauchen, oder Wege oder was auch immer. Aber das ist ein anderes Helfen, als dafür allein verantwortlich zu sein.“ Angehörigeninterview 9 [204-209]

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

Kompetenzen der Pflegekräfte

Oft wird das *Vertrauen* in die Pflegekräfte erwähnt, welches Entlastung schafft. Damit dieses Vertrauen entstehen kann ist die personelle Kontinuität wichtig, die vorher angesprochen wurde und meist auch der Fall ist. Es ist auch die *Zuverlässigkeit* der Pflegeperson gefordert, damit das Vertrauen in deren Handeln und in deren Person für die Angehörigen ermöglicht wird. Eine befragte Person schildert ihre Entlastung in der wieder erlangten Freizeit, welche sie auch genießen kann, in der Sicherheit sich auf die Pflegekraft verlassen zu können.

„... genossen, eine Woche gar nicht hingehen zu müssen, um zu schauen, weil ich gewusst habe, ich kann mich hundertprozentig auf die verlassen. Und wenn irgendetwas ist, dann ruft sie mich an.“ Angehörigeninterview 12 [181-182]

Als nächstes spielt die *Qualifikation* der Pflegekräfte für die Angehörigen eine große Rolle, was ein Interviewpartner, nachdem einige Wechsel im Personal aufgrund mangelnder Qualifikation stattgefunden haben, gut beschreibt:

„Jetzt haben wir wieder eine Kraft, die ist auch diplomierte Krankenschwester, die hatten wir zwei Wochen und die war ganz ausgezeichnet, die hat das sehr gut gemacht [...] Jedenfalls die zwei, also die ersten zwei Wochen und die letzten zwei Wochen, die waren sehr gut, und jetzt ist wieder die von den ersten Wochen da. Wie gesagt das sind zwei diplomierte Schwestern, die können etwas und machen auch etwas.“ Angehörigeninterview 8 [114-116, 119-122]

Die Tatsache, dass - je nach Pflegebedarf des einzelnen Falles - eine ausreichend qualifizierte Pflegekraft mit genügend Fachwissen an der Versorgung teilnimmt, bewirkt den Abbau von Ängsten sowie ein sicheres Gefühl bei den Angehörigen und wirkt sich entlastend aus.

Qualität der Versorgung

Die Befragten schätzen vor allem die *Kontinuität der Versorgung* als entlastend ein, das heißt, dass es meist nur eine hauptverantwortliche Pflegeperson für einen Klienten gibt, die sich zwar mit einer weiteren Kraft abwechseln kann, jedoch regelmäßig zu denselben Zeiten kommt. Die Regelmäßigkeit im Alltag und in der Betreuung erscheint für drei der interviewten Personen enorm wichtig für ihre Angehörigen. Durch die Regelmäßigkeit des Personals wird ein besseres Kennenlernen und in Folge ein Beziehungsaufbau geför-

7 Ergebnisdarstellung

dert, welcher eine Basis für die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegekräften darstellt. Eine betreuende Angehörige, die zuvor genau aufgrund dieser Unregelmäßigkeit Schwierigkeiten mit einer anderen Organisation hatte, schildert ihre Sichtweise bezüglich der Kontinuität der jetzigen Versorgung wie folgt:

„Und X hat eben den Vorteil, dass sie einen Betreuer pro Person bestellen, und die Pflegeperson kennt dann den Patienten schon so gut, dass sie weiß was man ihr zu-trauen kann und was nicht. Die Kontinuität ist einfach bei einem Alzheimer Kranken sehr wichtig [...] Und wie gesagt, das war einfach optimal, weil eine Person immer da war. Sie hat sich schon mit einer zweiten immer wieder abgewechselt, die Hauptver-antwortung ist aber bei der einen Person gelegen.“ Angehörigeninterview 12 [27-29, 87-89]

Weiters wird aus der Angehörigenperspektive erkennbar, dass eine *Klientenorientierte Be-treuung* als sehr positiv und entlastend gewertet wird. Die Empathie und das Eingehen auf Vorlieben und Interessen des Patienten stellt für vier Angehörige eine wichtige Funktion in der Versorgung dar und drückt sich in weiterer Folge in einer Wertschätzung des Perso-nals aus. Die nächsten zwei Beispiele verdeutlichen die Empfindungen der Angehörigen über die klientenorientierte Arbeit der Pflegekräfte.

„Also, das was, (Pause) sie haben brav gekocht, sind auf den Patienten eingegangen, weil das hat meine Mutter auch gern, wenn man beim Frühstück schon bespricht, was es zu Mittag geben wird. Obwohl sie es manchmal wahrscheinlich gar nicht bemerkt, aber man kann ein Gespräch darüber führen.“ Angehörigeninterview 2 [203-206]

„Ja und diese Orientierung zum Pflegebedürftigen hin hat meines Erachtens sehr gut funktioniert und ich glaube das ist der Punkt, den man besonders wahrnehmen muss...“ Angehörigeninterview 10 [233-235]

Abnahme von bzw. Hilfe bei Tätigkeiten

Durch die Versorgung werden den Angehörigen selber viele Tätigkeiten bzw. Aufgaben in der Versorgung völlig abgenommen, was als sehr entlastend bewertet wird. Ein berufstätiger Interviewpartner beschreibt seine momentane Situation, in der die Pflegekräfte seine Frau unterstützen folgendermaßen:

„Ich habe den ganzen Teil weg mit den Kindern, und was die tagsüber machen. Das kann alles meine Frau, eben mit Hilfe der Pflegekräfte, selbstständig machen [...] Ja besser geworden ist es auf alle Fälle, weil ich weniger zu tun habe. Und ich konnte

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

mich wieder auf andere Sachen konzentrieren, mir wäre es zuviel gewesen. Ich hätte das nicht gepackt.“ Angehörigeninterview 13 [105-117]

Zum anderen werden sie tatkräftig vom Pflegepersonal bei ihren Aufgaben in der Betreuung unterstützt, was ebenso von fast allen Befragten als äußerst positiv gesehen wird (12 Personen). Ein Interviewpartner beschreibt die Unterstützung der Pflegekräfte in den folgenden Dingen.

„Ja, wir haben uns vor allem in der Nacht abgewechselt. Dass eine die Lagerungsstunden übernimmt und die andere schlafen kann, und naja vor allem bei der Mobilisation und beim Duschen und so war es...ich meine zu zweit einen Patienten heben ist leichter als alleine. Und ich denke mir, wenn zwei die Verantwortung für einen Patienten tragen, dann ist das eine halbe Verantwortung.“ Angehörigeninterview 6 [112-116]

Dadurch wird ein Teil der Verantwortung von den Pflegekräften übernommen und ebenso mehr Zeit für die Angehörigen verfügbar, was im Folgenden beschrieben wird.

Zeitgewinn und bessere Alltagsgestaltung

Diese Abnahme von eigenen Tätigkeiten resultiert darin, dass die Angehörigen einen deutlichen Zeitgewinn verspüren, einerseits mehr Zeit für sich selber und andererseits für ihre Familie aufbringen zu können (sieben Personen). Es sind nun mehr Privatleben und Freizeit als vor der Inanspruchnahme des Case Management vorhanden, in der die Angehörigen eigenen Interessen wie Hobbys mehr Beachtung schenken, welche für das eigene Wohlbefinden und als Ausgleich wichtig sind.

„... dass ich einfach wieder ein bisschen Privatleben hatte, ein bisschen Zeit für mich. Ich habe dann angefangen, wieder Sportstunden in Anspruch zu nehmen, habe dann teilweise auch die Freiheit genossen, eine Woche gar nicht hingehen zu müssen [...] Also das war ein großes Stück Freiheit wieder.“ Angehörigeninterview 12 [178-182]

Eine andere befragte Person drückt ihre Entlastung durch weniger Zeitdruck und durch eine ruhigere und unbeschwertere Alltagsgestaltung folgendermaßen aus.

„Besser geworden ist, dass wir alle drei jetzt keinen Zeitdruck mehr haben. Und das ist die totale Verbesserung. Ich habe keinen Druck, ich muss nicht um halb 9 unten sein und ich muss nicht um halb 12 mit dem Essen vor der Tür stehen. Das ist weg und somit kann jeder wieder seinen Tagesablauf einteilen, wobei die Belastung oder Sorge um ihn trotzdem da ist, denn es passieren immer wieder Dinge...“ Angehörigeninterview 9 [333-337]

7.2.3 Inhalt der Unterstützung

Erstgespräch und Beratung

Alle befragten Personen haben zu Beginn der Inanspruchnahme des Case Management eine Beratung über den Ablauf einer möglichen Versorgung im Zuge des Erstgesprächs erfahren. Meist fanden diese persönlichen Gespräche in Spitälern statt, in denen die zu betreuende Person zur Behandlung aufgenommen war (in neun Fällen). Eine Person, deren Schwester aufgrund einer Beinamputation im Spital war, schildert die Kontaktaufnahme mit der Einrichtung wie im Folgenden angeführt:

„Jetzt war natürlich die Frage 'Was tun wir?' und da habe ich vom Spital die Adresse von X bekommen [...] Ja, im Spital hat sie mit meiner Schwester selber gesprochen. Zuerst, haben wir mit ihr verhandelt, wie teuer das ist usw. Und dann hat sie meine Schwester gefragt, ob ihr das Recht ist. Das muss man ja auch, das habe ich dann mit ihr ausgemacht und dann ist die Frau L. auch zu ihr gekommen und hat ihr alles erklärt, wie das Ganze abläuft.“ Angehörigeninterview 7 [79-80, 190-193]

Die meisten Angehörigen haben von sich aus entschieden, professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen, da sie sich bereits in einem Stadium hoher Überforderung befanden sowie es der Gesundheitszustand des Angehörigen erforderte, eine Unterstützung in der häuslichen Pflege zu organisieren.

„Ja, ich bin zugegangen auf die Frau von der Verwaltung im Spital, die kenne ich schon viele, viele Jahre, ich habe sie am Gang getroffen und habe gesagt: 'Fr. X, bitte, ich brauche jemanden, können Sie mir helfen, ich schaffe das nicht alleine mit der Mutter'. Und dann hat sie mir sofort die Telefonnummer von der Einrichtung gegeben.“ Angehörigeninterview 1 [303-306]

In diesen Beratungsgesprächen wird vorwiegend der Bedarf an Unterstützung festgelegt sowie der Ablauf der Finanzierung und Organisation einer möglichen Pflege besprochen. Es ist an den Interviews erkennbar, dass die Angehörigen ebenso als Klienten in diese Gespräche eingebunden werden und eine gemeinsame Entscheidungsfindung auch mit den Betroffenen angestrebt wird.

Organisation der Pflege

Nach Klärung des Pflege- bzw. Betreuungsbedarfs wird entweder eine 24-h-Pflege oder eine stundenweise Unterstützung im Haushalt der pflegebedürftigen Personen organisiert.

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

Dafür müssen geeignete Pflegekräfte, die das Fachwissen für die jeweilige Versorgungsform mitbringen, ausgewählt und vorgestellt werden. Eine Zusammenarbeit zwischen den Pflegekräften und den mitgestaltenden Angehörigen in der Versorgung kann nur dann erfolgen, wenn die Kompetenzen der Pflegekräfte 7.2.2 vorhanden sind und auch die Angehörigen dem Personal offen und hilfsbereit gegenüber stehen.

Als nächster Punkt in der Organisation der Pflege wird von fünf Personen die Anschaffung von Pflegehilfsmitteln wie zum Beispiel Rollator, Zimmer WC, Sauerstoffapparat, Dekubitusmatratzen, Hygieneprodukte usw. angeführt.

„Nein, für die Organisation, weil die haben sich wirklich um alles gekümmert. Um die Erhöhung des Pflegegeldes hat sie sich gekümmert, und dann ist die Schwester X gekommen, die sie auch im Krankenhaus besucht, und wenn sie irgendetwas braucht, z.B. brauchte sie vorher noch Einlagen, das hat sie besorgt, ebenso die Windelhosen. Und, dass sie diese Sachen wie Sauerstoffapparat, den sie gebraucht hat, dass der geliefert wird. Diese Sachen hat mir der Pflegedienst alle abgenommen. Angehörigeninterview 7 [172-177]

Diese Besorgungen von Seiten der Einrichtung werden von den Angehörigen positiv angenommen. Neben der Anschaffung der Hilfsmittel in der Pflege kümmert sich die Organisation in drei Fällen um den Antrag bzw. um die Erhöhung des Pflegegeldes.

„Den Rollator hat die Frau X beantragt. Dann hat sie...also meine Eltern haben bis jetzt kein Pflegegeld bezogen. Das hat sie eingereicht und Sauerstoff haben sie noch vom Krankenhaus vermittelt, und das ist geliefert worden, da braucht man nur anrufen, wenn man es wieder braucht. Und jetzt wir bekommen jetzt eine Dekubitusmatratze.“ Angehörigeninterview 4 [84-88]

Pflege- und Betreuungstätigkeiten

Aus der Beschreibung der Interviews kann interpretiert werden, dass zwischen Pflegetätigkeiten und Betreuungstätigkeiten unterschieden wird. Unter Pflegetätigkeiten fallen sämtliche Tätigkeiten, die direkt beim Patienten ausgeführt werden wie zum Beispiel Körperpflege, Hilfe bei der Ausscheidung, Mobilisation und Lagerungsmethoden etc. Ein Mann sieht die Entlastung durch die Unterstützung der Pflegekräfte darin, dass ihm diese an ein paar Stunden pro Tag, in denen er Besorgungen tätigen kann, viele Pflegetätigkeiten abnehmen.

„Ja, in erster Linie das, was auch die Krankenschwester im Spital macht, also die

7 Ergebnisdarstellung

Wundversorgung, die tägliche Körperpflege, wichtig ist aber die Wundversorgung, das Einschmieren der trockenen Haut, und eben die richtige Hilfe beim Aufstehen, beim Niederlegen und diese mechanischen Tätigkeiten.“ Angehörigeninterview 8 [246-249]

Ein weiterer Aspekt ist die medizinische Versorgung des Patienten, die sich in Bereitstellen und Verabreichung der Medikamente, Anhängen von Infusionen etc. ausdrückt. Betreuungstätigkeiten stellen jene Aufgaben dar, die zwar in der Versorgung des Klienten relevant sind, aber nicht direkt beim Patienten ausgeführt werden. Als Beispiele werden von den Befragten vor allem Tätigkeiten, die den Haushalt betreffen, angeführt. Die Pflegekräfte übernehmen in vielen Fällen großteils das Kochen, Wäsche waschen, Bügeln und das Sauberhalten der Wohnung der Pflegebedürftigen wie folgendes Beispiel zeigt:

Ja sowieso, die gehen einkaufen, machen ihr die Wohnung, die waschen und pflegen sie selber [...] Aber die Schwestern machen sonst alles. Sie waschen ihre Wäsche, bügeln ihr diese, sie kochen für sie, sie wird wirklich rund um die Uhr betreut.“ Angehörigeninterview 7 [232-234]

Qualitätssicherung

Ein weiterer Inhaltspunkt der Unterstützung ist die Qualitätssicherung, die in den meisten Fällen durch einen wöchentlichen Besuch in der häuslichen Umgebung durch eine Case Managerin erfolgt. Dabei werden die nötigen Maßnahmen, die für den Patienten in der Betreuung durchgeführt werden, überwacht. Ebenso wird der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen kontrolliert. Diese Maßnahme der wöchentlichen Kontrolle durch die professionelle Pflege erscheint den Angehörigen wichtig und wirkt sich beruhigend aus.

„Ja, es kam einmal in der Woche eine Dame der Firma X zur Qualitätssicherung. Das war für mich als Angehöriger äußerst wichtig, weil mir das auch eine gewisse Sicherheit gebracht hat, dass es meiner Mutter gut ging und das war absolut gewährleistet vor allem in dieser Phase der letzten 4-5 Monate, in der eben zwei geschulte Krankenschwestern in dem Fall aus dem nahen Ausland hier die Pflege übernommen und durchgeführt haben.“ Angehörigeninterview 10 [39-44]

Die Evaluation und Qualitätssicherung wurden ebenso als entlastende Maßnahme gesehen, da diese Funktionen durch die Kontrolle der häuslichen Pflege von Seiten der Einrichtung wiederum ein sicheres Gefühl und somit eine Beruhigung bei den Angehörigen veranlassen.

7.2.4 Handlungskompetenz

Der Begriff Handlungskompetenz bezieht sich ausschließlich auf die Dependenzpflege- oder Fürsorgekompetenz (siehe Kapitel 4.2.1) der Angehörigen und nicht auf die Selbstpflegekompetenz. Der gewählte Begriff der Selbstpflegekompetenz als ein Bereich des Interviewleitfadens war schwer zu erheben bzw. wurde für eine genaue Feststellung nicht ausreichend behandelt. Eine Erkenntnis ist, dass im Interviewleitfaden nicht die adäquaten Fragen für die Erhebung der Selbstpflegekompetenz von Angehörigen formuliert wurden. Zudem wurden die gewählten Fragen, um die Selbstpflegekompetenz annähernd beurteilen zu können, nach einer erfolgten Änderung nach dem Pre-Test wiederum nicht richtig verstanden oder zu ungenau beantwortet.

Eine Möglichkeit die Selbstpflegekompetenz von Patienten zu erheben beschreibt Evers mit der Frage „Was kann der Patient von den Dingen tun, die er tun müsste, um spezifische Selbstpflegeziele, die im Zusammenhang mit dem Überleben, der Gesundheit und dem Wohlbefinden und der Entwicklung stehen, zu erreichen?“ Daraus ergibt sich eine Folge von weiteren spezifischen Fragen, die für diese Feststellung nötig sind (vgl. Evers, 1997, S.155ff). Eine weitere Methode, die Selbstpflegekompetenz zu erheben wäre die Messung der allgemeinen Selbstpflegekompetenz mithilfe der ASA (Appraisal of Self-care agency) Skala, welche von Evers et.al. 1989 entwickelt wurde (vgl. Evers, 1997, 142ff).

Deshalb wird hier mehr auf den Begriff der Handlungskompetenz eingegangen, welcher mit der Frage, ob die Angehörigen durch die Unterstützung selber etwas dazugelernt haben, 'gemessen' werden kann. Hierzu kamen viele unterschiedliche Antworten der Angehörigen, die sich jedoch fast ausschließlich auf die Dependenzpflege (siehe 4.2.1) und nicht auf die Selbstpflege beziehen. Dieses 'Dazulernen' drückt sich in Befähigungen in Bezug auf die Betreuung aus, die durch das Case Management erzielt wurden.

Verbesserung der Kompetenzen durch das Case Management

Aus den gewonnenen Daten der Interviews lässt sich schlussfolgern, dass sich bei fünf Angehörigen die Kompetenzen verbessert haben, da sie durch die Unterstützung der Pflegekräfte sowie durch Informationen und Beratung der Einrichtung selber etwas dazu gelernt haben. Das Meiste, was die Angehörigen angeben, durch die Pflegekräfte gelernt zu haben, fällt unter pflegebezogene praktische Handgriffe bzw. Tätigkeiten (wie zum Beispiel lagern, Körperpflege, Umgang mit Inkontinenzprodukten wie Einlagenwechsel). Weiters

7 Ergebnisdarstellung

haben sie im Hinblick auf die medizinische Versorgung und im Umgang mit ihren zu betreuenden Angehörigen viel gelernt. All diese Bereiche, in denen sie etwas dazulernten, betreffen, wie oben angeführt, nicht die Selbstpflegekompetenz, sondern die Fürsorgekompetenz (Dependenzpflegekompetenz).

„Ja sicher, ich habe schon dazugelernt. Einfach wie man so einen Menschen angreift. Weil als Laie ist man ja 'potschert' und ich weiß wie sie alles herrichten. Ich weiß wie ich sie angreifen soll. Und vielleicht auch, dass ich wenn die Mama etwas gehabt hat, zu hektisch war. Und das habe ich gesehen, wie ruhig die dann mit der Mama umgehen.“ Angehörigeninterview 5 [268-271]

„Ja, also die M. hat mir gezeigt, wie man den Patienten aufhebt, sie hat mir perfekt gezeigt, wie man gewisse Dinge in der Küche herrichtet [...] Ja vom Kochen her habe ich das mitgekriegt, auch wie sie die Mutti gewickelt hat, das habe ich gelernt.“ Angehörigeninterview 1 [188-89, 196-97]

Bei vier der Angehörigen hat sich die Handlungskompetenz in der Betreuung nicht verändert bzw. haben sie laut Antworten nichts dazugelernt. Auf die Frage ob durch die Pflegekraft etwas dazugelernt wurde, verneint dies eine befragte Person, obwohl ihr die Pflegekräfte einen Anreiz im Umgang mit ihrem Angehörigen geboten haben.

„Ich weiß nicht, eigentlich nein, glaube ich nicht. Wobei die Pflegerinnen sicher viel geduldiger sind als wir. Weil die...geduldiger, also im Sinne von nicht widersprechen. Weil wir als Kinder, wenn er einen unglaublichen Schwachsinn sagt, sagt man 'Papa, das kann es nicht sein'. Das sagt die Pflegerin natürlich nicht, sondern 'Ja, alles in Ordnung, das passt so'.“ Angehörigeninterview 9 [370-373]

In drei der Interviews zeigte sich, dass es sogar umgekehrt war, dass die Angehörigen selber aufgrund hoher Pflegeexpertise den Pflegekräften annähernd alle relevanten Dinge in der Pflege und Betreuung beigebracht haben.

„Also ich habe eigentlich den Pflegerinnen beigebracht wie und was. I: Also war es umgekehrt? Ja. Zum Beispiel eine Kleinigkeit. Ich meine, jetzt muss die Mutter nicht mehr auf den Leibstuhl aber, man gibt immer in den Leibstuhl zwei Blatt Küchenrolle, weil dann kann man den Stuhl eigentlich herausheben und muss den Dreck nicht wegwaschen. Und solche Kleinigkeiten, also das weiß keine. Und auch beim Wickeln...“ Angehörigeninterview 2 [414-419]

In den restlichen vier Interviews ist nicht erkennbar, ob sich die Kompetenzen durch das Case Management verbessert haben, da die Frage nach eventuell erlangten Befähigkeiten nicht ausreichend behandelt wurde.

7.2.5 Veränderung durch das Case Management

Die positive Veränderung, die wiederum auf den Nutzen durch das Case Management schließen lässt, geht aus den meisten Interviews hervor. Bis auf eine befragte Person äußerten die restlichen Angehörigen, dass sich die Gesamtsituation seit Beginn der professionellen Unterstützung im Vergleich zu der vorherigen Zeit, in der noch keine Hilfe in Anspruch genommen wurde, deutlich verbessert hat.

Erleichterung in der Pflegesituation

Es zeigte sich bei fast allen Interviewpartnern eine Erleichterung in der Pflegesituation, die sich in einem ruhigerem Alltag, in mehr Freizeit und einer Abnahme an eigenen Tätigkeiten sowie in Sicherheit aufgrund der Pflegevorsorge und -versorgung ausdrückt.

Eine interviewte Person bestätigt, dass die momentane Situation durch eine gewisse Beruhigung gekennzeichnet ist, was sich in der Kontrolle und in der Erreichbarkeit der Pflegekräfte widerspiegelt.

*„Aber klar, es ist beruhigend für mich, weil ich weiß, in der Früh, wenn ich sie um 9 anrufe, da meldet sie sich meistens, und wenn ich sie auch nicht erreiche, weiß ich, dass gleich jemand raus kommt. Und sollte etwas sein, weiß ich, dass sie mich sofort anrufen, das ist schon eine Beruhigung. Diese Einrichtungen sind ganz toll.“
Angehörigeninterview 5 [192-195]*

Entlastung

Weiters bewirkt das Case Management mit all seinen Leistungen eine Entlastung (siehe Kapitel 7.2.2) für die betreuenden Angehörigen (zehn Personen), was ebenso eine positive Veränderung im Vergleich zu früher ohne Unterstützung darstellt, da sich die Angehörigen nun mehr entspannen können, angstreiner sind und Belastungen reduziert wurden.

*„Ja ich habe mich entlastet gefühlt, auf jeden Fall entlastet. Ich hatte mehr Zeit gehabt und habe zumindest einmal kurz einkaufen gehen können oder meine Wege eben erledigen können, ohne Angst zu haben, dass in der Zwischenzeit irgendetwas passiert. Weil es war einfach nicht mehr möglich, meine Mutter alleine zu lassen. Das war zu gefährlich...“
Angehörigeninterview 11 [249-252]*

7.2.6 Evaluation der Dienstleistung

Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegekräften, welche die Verständigung, Absprachen, sowie die Aufgabenteilung mit den Pflegekräften umfasst, hat sich durchgehend als gut erwiesen. Bis auf zwei Personen, welche wenig bis gar nichts mit den Pflegekräften zu tun haben, beurteilen alle weiteren Angehörigen die Zusammenarbeit als überaus positiv. Es wurden wenige negative Aspekte aufgezeigt, die jedoch meistens beseitigt werden konnten und somit die gute Zusammenarbeit nicht überwiegen.

Positive Aspekte

- *Kommunikation*: Acht der Befragten bewerten die Kommunikation mit den Pflegekräften sowie mit den Case Managern als sehr gut. Dies äußert sich darin, dass bestimmte Absprachen die Betreuung betreffend gut funktionieren, dass offen über relevante Aspekte der Versorgungssituation gesprochen wird und die Pflegekräfte den Angehörigen unterstützend zur Seite stehen sowie auch umgekehrt, dass die Angehörigen bereit sind, mitzuhelfen. Eine Angehörige beschreibt die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal gut, wobei eine gegenseitige Unterstützung beider Parteien erkennbar ist.

„Nein, das funktioniert Bestens. Also wir hatten jetzt wirklich schon einige verschiedene Damen und die sind alle wirklich sehr, sehr nett und bemüht und sie wissen, dass wir jederzeit da sein können. Wir haben unten alle Telefonnummernlisten, also wenn irgendetwas ist, können sie jederzeit anrufen und wenn ein Problem vorhanden ist, dann kann man in einer halben Stunde oder so herkommen. Wobei es wird nicht ausgenutzt, dass die sagen würden "Das mache ich nicht so gerne oder helfen...das ist überhaupt nicht so. Das ist total angenehm mit ihnen...oder wenn sie etwas brauchen, dann kommen sie, fragen ob ich das helfen oder erledigen kann, und wenn ja, dann mache ich das, wenn ich aber keine Zeit habe, dann erkläre ich ihnen wie das funktioniert oder wo sie hingehen müssen. Das funktioniert alles gut.“ Angehörigeninterview 9 [403-412]

- *Ansprechpartner*: Ebenso wurde von sechs Personen erwähnt, dass es hilfreich zu wissen sei, einen Ansprechpartner bei Problemen zu haben. Die Erreichbarkeit der Organisation sei gut und die persönlichen Beratungsgespräche werden positiv angenommen.

7.2 Einbeziehung in das Case Management aus der Angehörigenperspektive

„Erstens einmal fühle ich mich entlastet, dass da noch Menschen sind, also Menschen vom Fach, dass die quasi auch mir helfen, psychisch. Und auch die Sicherheit geben, dass ich jemanden fragen kann, oder mit jemanden auch sprechen kann...“ Angehörigeninterview 3 [128-130]

- **Vertrauen:** Für acht der Angehörigen ist das Vertrauen in die Pflegekräfte gegeben, welches erst nach einem erfolgreichen Beziehungsaufbau entstehen kann. Nach anfänglichen Aussprachen und Ehrlichkeit lernen sich die Angehörigen und Pflegekräfte besser kennen. Somit kann das Vertrauen in das Handeln der Pflegekräfte erlangt werden.

„Das Vertrauen war einfach da. Am Anfang muss das natürlich wachsen, aber als ich das dann einschätzen konnte und wusste, egal was ist, wenn sie sich selbst so einschätzt, dass sie es nicht schaffen kann, dann ruft sie mich an. Das ist eine große Beruhigung. Die Verantwortung bleibt zwar trotzdem, aber man muss nicht dauernd gehen und nachschauen.“ Angehörigeninterview 12 [184-188]

- **Persönliche Kompetenzen der Pflegekräfte:** Es wurden einige Charaktereigenschaften der Pflegekräfte wie Empathie, Freundlichkeit, Höflichkeit und Geduld gegenüber der pflegebedürftigen Person und den Angehörigen selbst erwähnt, die die Zusammenarbeit positiv erscheinen lassen.

„Sonst gibt es wirklich nichts, sie sind höflich, sie sind freundlich, da gibt es überhaupt kein Problem. Ich würde sie nicht über den grünen Klee loben, wenn es nicht so ist. Ich würde ihnen auch sofort sagen, das und das funktioniert nicht.“ Angehörigeninterview 5 [217-219]

Eine andere Person äußert folgendes über die Charaktereigenschaften einer Pflegekraft:

„...aber diese Dame, also die war unwahrscheinlich, die war so toll, so herzlich. Und das ist genau das, was man in dieser Situation braucht, also dass man das Gefühl hat, mehr als alles andere, jede Kompetenz, einfach eine Menschlichkeit. Und das hat sie so vermittelt.“ Angehörigeninterview 11 [267-270]

Negative Aspekte

- **Verständigung:** Es ergaben sich laut vier der Angehörigen öfters Verständigungsschwierigkeiten mit dem Personal, da die Pflegerinnen oft kein gutes Deutsch sprechen. Diese Tatsache stellte aber kein grundlegendes Problem dar, da sich die meis-

7 Ergebnisdarstellung

ten Angehörigen trotzdem mit Hilfsmittel oder mehreren Erklärungsversuchen mit dem Personal verständigen können und auch die Pflegerinnen bemüht waren, unsere Sprache zu erlernen. Die folgenden Beispiele zeigen, dass die Verständigung manchmal schwierig oder mühsam war.

„Naja, das einzige Problem ist halt, dass viele nicht unbedingt gerade, sie sprechen gut Deutsch, aber halt ihnen irgendwie etwas extra zu erklären, ist manchmal schwierig. Und wenn ich ihnen etwas aufschreibe, muss es meistens die Mama vorlesen, weil sie halt sprechen können, aber nicht, ich weiß nicht, vielleicht können sie auch meine Schrift nicht lesen. Ich will ihnen nicht unterstellen, dass sie nicht lesen können, das ist klar. Aber dass sie vielleicht ein gesprochenes Wort verstehen, und ein gelesenes Wort nicht so in dem Zusammenhang verstehen. Aber das sind schon die einzigen Schwierigkeiten.“ Angehörigeninterview 5 [204-210]

„Ich meine, das Einzige, was vielleicht war, dass eine nicht so gut Deutsch konnte, was die Sache etwas mühsam machte.“ Angehörigeninterview 6 [130-131]

- Qualifikation: Es stellte sich aus vier Interviews heraus, dass oft Wechsel im Personal stattgefunden haben, großteils aufgrund mangelnder Qualifikation der Pflegekräfte und teilweise auch aufgrund von Sympathie-Problemen. Für diese Angehörigen spielt die Qualifikation des Personals in der Versorgung ihrer Familienmitglieder eine große Rolle im Sinne der Beruhigung und Sicherheit.

„Anfänglich hatten wir eine Kraft, die war 24h da, die war aber keine Diplomschwester. Und die hat also...die war weniger brauchbar [...] Laut meiner Befragung hat sie beim Roten Kreuz einen Kurs 'Krankenpflege' gemacht. Das war aber bei diesem schweren Fall zu wenig.“ Angehörigeninterview 8 [78-85]

„Gezeigt hat sich, dass es mit dem schlechter werdenden Zustand immer notwendiger wurde, dass wirklich geschultes Fachpersonal zur 24-h-Betreuung zur Verfügung gestanden ist. Das hat auch dazu geführt, dass einige Damen, die in der besseren Periode meiner Mutter ihre Leistung noch voll erbringen konnten, dann durch wirkliches Fachpersonal gleichsam ausgewechselt wurden.“ Angehörigeninterview 10 [20-24]

Diese zwei Beispiele zeigen, dass in der Auswahl der Pflegekräfte besonders darauf geachtet werden muss, ob diese auch wirklich für den Bedarf des Falles geeignet sind, damit es zu möglichst wenigen Personalwechsel kommt.

Zusätzliche Wünsche und Kritik

Von zwei Personen wurde angegeben, dass sie sich eine wöchentliche Kontrolle im Sinne der Qualitätssicherung wünschen. Dies sollte zwar laut Konzept erfolgen, hingegen wird die Überprüfung offenbar nicht bei allen Klienten durchgeführt. Eine befragte Person kritisiert die eigentlich geplante wöchentliche Qualitätssicherung, da diese anscheinend in ihrem Fall nicht eingehalten wird.

„Aber die war ... in den ganzen drei Wochen von der X war sie ganz am Anfang einmal da. Das sind die Sachen, die halt versprochen werden, [...] aber diese Kontrollmechanismen funktionieren nicht wirklich. Ich werde sehen, wann die X jetzt kommt und nachschaut.“ Angehörigeninterview 2 [164-167]

Die Kommunikation funktioniere oft nicht wie erwartet, es mangelt an Gespräch und Zeit von Seiten der Einrichtung. Zwei Personen äußerten den Wunsch nach einer regelmäßigen Kontaktaufnahme vom Pflegepersonal, um über die momentane Situation aufgeklärt zu werden, auch mit eventuell vorhandenen Änderungen oder Neuigkeiten. Diese Angehörigen wohnen nicht im selben Haushalt und der Kontakt zu den Pflegerinnen ist nicht täglich vorhanden. Diese Wünsche sollten jedoch im Zuge der Qualitätssicherung erfüllt werden. Auf die Frage, ob eine regelmäßige Kontaktaufnahme von der Einrichtung stattfindet, antwortet ein Interviewpartner:

„Nein. Gibt es nicht. Also, das wäre vielleicht einmal im Monat nett, wenn sie das täten. Dass sie sagen 'Wie sieht es aus, ist alles in Ordnung? Aber ich nehme an, sie rechnen damit, dass sich der Betreute oder die Betreute, wenn etwas nicht funktioniert, sowieso selber meldet. Ja, aber das wäre eine gute Idee, dass einmal im Monat von der Einrichtung eine Nachfrage käme.“ Angehörigeninterview 5 [173-177]

Es wird weiters der Wunsch nach mehr Beschäftigung mit dem Patienten ausgedrückt, die laut Angehörigen neben den Pflege- und Betreuungstätigkeiten zu kurz komme wie dieses Beispiel zeigt:

„Das, was ich nicht so beurteilen konnte, aber was glaube ich auch ganz wesentlich ist in diesem Zusammenhang ist die Beschäftigung mit dem Patienten. Nämlich Pflege und Betreuung, und Essen herrichten usw. ist sicherlich das eine, aber z.B. einfache Spiele spielen wie Mühle oder sonstige Dinge, die ja letzten Endes auch den Tagesablauf der Pflegekraft ein bisschen bereichern würden, ich glaube das kommt zu kurz. Das ist eine wesentliche Erfahrung, die ich wenn ich wieder Verantwortung für jemanden, der gepflegt wird, zu übernehmen hätte, in besserem Umfang wahrnehmen würde.“ Angehörigeninterview 10 [116-123]

7 Ergebnisdarstellung

Ein weiterer Kritikpunkt ist die Dienstübergabe, die in den Augen der Angehörigen besser ablaufen sollte, wenn sich die 24-h-Pflegekräfte nach zwei Wochen abwechseln, und die persönliche Art der Pflegekräfte, der sich teilweise als problembehaftet heraus stellte. Ein Interviewpartner schildert den ersten Kontakt mit der Pflegekraft folgendermaßen:

„...ihre Frage war 'Wo ist das Radio, Wo ist der Fernseher, kann ich ins Internet', das waren die ersten Fragen und 'Was gibt es zu essen, wo sind die Sachen und was kann ich mir alles nehmen?' [...] Naja und es wurde diese Kraft dann nach zwei Wochen gewechselt, wie es so üblich ist, nach zwei Wochen.“ Angehörigeninterview 8 [87-89, 99-100]

Allgemeine Bewertung

Die Abschlussbewertung für die Einrichtung und die Versorgung durch das Case Management fällt durchgehend positiv aus, da zehn Angehörige die Unterstützung als sehr zufriedenstellend (Note 1) bewerten, zwei Angehörige als zufriedenstellend (Note 2) und eine Person als eher nicht zufriedenstellend (Note 3). Verschiedene Aussagen der Angehörigen im Hinblick auf die Gesamtbewertung der Organisation lauten:

„Ja, als sehr positiv. Da kann ich ... also für mich ist es wirklich eine große Beruhigung. Weil früher, wie sie das [Anm.d.Verf. die Unterstützung] noch nicht hatte, hatte ich alle paar Monate, immer wieder geglaubt es sei etwas...dadurch, dass sie öfter hingefallen ist und dies und jenes passiert ist...“ Angehörigeninterview 5 [239-242]

„Ja, sehr gut, würde ich sagen. Das passt. Das ist eine Pflege, die im Heim nie, nie so wäre. Hier ist es individuell, und im Heim mangelt es einfach an Zeit...“ Angehörigeninterview 6 [279-80]

„Ja ich bin wirklich sehr zufrieden und ich bin sehr froh, dass es diese Einrichtung gibt. Ich habe auch bereits versucht, diese Einrichtung weiter zu empfehlen. Und, ja, im Bekannten und Verwandtenkreis, weil ich wirklich überzeugt bin, dass diese Form der Pflegebetreuung, auch eine gesamtwirtschaftlich gesehen ganz wichtige Ergänzung ist, damit das Gesundheits- und Pflegesystem überhaupt aufrecht bleiben kann, was leider Gottes vielfach nicht erkannt wird.“ Angehörigeninterview 10 [395-400]

Weiters sind die Angehörigen mit dem reibungslosen Ablauf und der raschen Umsetzung von Maßnahmen in der Versorgung sehr zufrieden wie folgende Aussage bestätigt.

„... aber im Moment muss ich sagen, bin ich zufrieden und ich hätte mir nicht gedacht, dass alles so reibungslos und so schnell funktioniert.“ Angehörigeninterview 4 [199-200]

Der Großteil der Angehörigen gibt positive Rückmeldungen über die Versorgung. Es haben sich außerdem die anfänglich vorhandene Befürchtungen der Angehörigen gegenüber dem Beginn der Versorgung durch die Pflegekräfte wie beispielsweise keine gute Harmonie, Einschränkungen der Privatsphäre (v.a. bei einer 24-h-Pflegekraft) oder Problemen in der Betreuung, nicht verwirklicht.

7.3 Beantwortung der Forschungsfragen

7.3.1 Rolle der Angehörigen im Case Management

„Welche Rolle spielen betreuende Angehörige im Case Management?“

Sowohl aus den Experteninterviews als auch aus den Angehörigeninterviews resultiert, dass die betreuenden Angehörigen eine bedeutende Rolle im Case Management spielen, zumal sie in der Theorie in allen Konzepten der drei befragten Organisationen angeführt werden und in der Praxis ebenso dezidiert miteingebunden und offenbar durch das Case Management unterstützt werden. Es zeigte sich, dass alle befragten Angehörigen Hauptansprechpartner und zugleich Entscheidungsträger für ihre zu betreuenden Familienmitglieder und somit auch verantwortlich für die Maßnahmen der Pflegeleistungen sind. Es ist deshalb für die professionelle Pflege unbedingt erforderlich, die Angehörigenintegration in die Versorgung umzusetzen. Um eine gute Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegepersonal zu ermöglichen muss ein Beziehungsaufbau zwischen den beteiligten Parteien entstehen. Dies kann nur dann funktionieren, wenn die Pflegepersonen sowohl persönliche als auch fachliche Kompetenzen für den jeweiligen Fall mitbringen sowie die Arbeit der Angehörigen wert schätzen und umgekehrt, dass auch die Angehörigen die Arbeit der Pflegekräfte wert schätzen. Ein wichtiger Punkt ist, dass Angehörige vor allem bei einer langen Pflegebiografie viel Wissen mitbringen und die Pflegekräfte diese Expertise angemessen miteinbinden müssen. Für das entstehende Vertrauen sind die personelle Kontinuität und Zuverlässigkeit der Pflegekräfte ausschlaggebend.

In der häuslichen Versorgung ergibt sich ein Dreieck an beteiligten Partnern - die Pflegebedürftigen, die Angehörigen und die professionellen Pflegekräfte. Damit die nötigen Pflegearrangements zu Hause gut funktionieren, müssen die Angehörigen laut Experten als Ressourcen gefördert werden. Nur in einer guten Zusammenarbeit und Absprache mit den Angehörigen können Pflegemaßnahmen optimal umgesetzt und die häusliche Ver-

7 Ergebnisdarstellung

sorgung aufrecht erhalten werden. Man sieht, wie auch schon in der Literatur beschrieben (Kapitel Pflegende Angehörige), dass die betreuenden Angehörigen eine große Rolle in der Betreuung ihrer Familienmitglieder, in deren Krankheitsbewältigung und im Alltagsmanagement spielen. Weiters resultiert aus den Interviews, dass die Angehörigen viele Tätigkeiten in der Versorgung, die von rein organisatorischen Dingen bishin zu Pflegetätigkeiten reichen, übernehmen (siehe Punkt Belastungen), welche ohne professionelle Unterstützung schnell zu Überforderungen führen können. Deshalb ist es eine grundlegende Bedingung, diese Personengruppe in die Versorgung, das heißt in das Case Management miteinzubeziehen und zu unterstützen, welche aus den Ergebnissen der Interviews erfolgreich umgesetzt zu werden scheint.

7.3.2 Nutzen des Case Management aus der Angehörigenperspektive

„Welchen Nutzen empfinden Angehörige durch die Miteinbeziehung in das Case Management?“

Die Angehörigeninterviews zeigten durchgehend, dass die Befragten einen klaren Nutzen durch die Versorgung des Case Management, welche die Betreuung der Pflegekräfte inkludiert, sehen. Dies drückt sich vorwiegend darin aus, dass vorhandene Belastungen reduziert wurden und somit eine Entlastung durch die Unterstützung der Pflegekräfte erzielt wurde. Als Hauptfaktor der Entlastung werden das Gefühl der Sicherheit und Beruhigung durch die Pflegevorsorge und -versorgung genannt sowie das Vorhandensein eines Ansprechpartners in Problemsituationen. In der Unterstützung des Case Management ist es wichtig, dass den Angehörigen eine qualifizierte Pflegekraft, auch in der 24-h-Versorgung, unterstützend zur Seite steht und mit ihnen bei Bedarf, im Sinne einer Beratung, über relevante pflegebezogene Themen spricht. Es ist das Vertrauen in diese Person nötig, damit die Angehörigen Tätigkeiten abgeben bzw. ein sicheres Gefühl in der Versorgung ihres zu betreuenden Familienmitgliedes entwickeln können. Somit wird auch die zum Teil hohe und belastende Verantwortung der Angehörigen verringert, was wiederum einen großen Nutzen darstellt. Ebenso bewirken die Qualität der Versorgung und die Kompetenzen der Pflegekräfte ein Gefühl der Sicherheit bei den Angehörigen. Die Qualität der Versorgung drückt sich laut Angehöriger zum einen in der Kontinuität der Versorgung aus, sowohl in der personellen als auch in der zeitlichen Regelmäßigkeit, und zum anderen in der klientenorientierten Arbeit der Pflegekräfte. Diese Bereiche stellen wie in der Literatur beschrieben gleichsam die Ziele des Case Managements dar, welche in der Versorgung der Einrichtung

7.3 Beantwortung der Forschungsfragen

Care Ring bestmöglich umgesetzt zu werden scheinen.

Als weiteren Nutzen beschreiben die Angehörigen, dass durch die professionelle Unterstützung wieder ein normaler bzw. ruhiger Alltag ermöglicht wurde, in dem weniger Tätigkeiten und weniger Kontrolle anfielen sowie mehr Zeit für sich selber und für die Familie gewonnen werden konnte. Es wurde in den meisten Fällen eine positive Veränderung durch das Case Management gesehen, die sich vor allem durch eine Erleichterung in der Betreuungssituation sowie in einer allgemeinen Entlastung ausdrückt.

Durch die überaus positive Evaluation der Unterstützung aus der Angehörigenperspektive lässt sich die Schlussfolgerung formulieren, dass die Einbeziehung in das Case Management für die Angehörigen von großem Nutzen ist. Es stellte sich heraus, dass diese Personengruppe durch die Versorgungsmethode Case Management gezielt entlastet und als Ressource in der häuslichen Betreuung gefördert werden kann.

8 Conclusio und Diskussion

Verantwortliche im Gesundheitssystem müssen überlegen, wie die Ressourcen der Angehörigen in Zukunft trotz der Prognose der Abnahme des informellen Pflegepotentials gefördert werden können. Ältere Menschen wollen bevorzugt in ihren Wohnungen verbleiben, wodurch Familienangehörige aus verschiedenen Gründen veranlasst werden, Betreuungstätigkeiten zu übernehmen. Würde die professionelle Pflege die Arbeit der Angehörigen übernehmen, würden hohe Kosten entstehen, die von der Gesellschaft finanziert werden müssen. Es gilt daher, die pflegenden Angehörigen bestmöglich zu unterstützen und somit die häusliche Versorgung aufrecht zu erhalten sowie die Lebens- und Versorgungsqualität im häuslichen Umfeld zu verbessern.

Trotz vieler vorhandener Unterstützungsangebote für die häusliche Pflege ist die Situation der Angehörigen nach wie vor durch hohe Belastungen und einem großen Informationsdefizit geprägt. Es sind Strategien gefragt, mit denen man Angehörige durch Information und Beratung vermehrte Hilfe zur Selbsthilfe bieten kann, sodass sie die Versorgung ihres Familienmitglieds mit allen nötigen Maßnahmen organisieren und ein befriedigendes Alltagsmanagement erzielen können.

In dieser Arbeit lautet die leitende Fragestellung „Wie kann Pflege Case Management als Unterstützungsleistung für pflegende Angehörige fungieren?“. Es wurde der Fokus darauf gelegt, inwieweit diese Versorgungsform des Pflege Case Management neben dem Patienten auch für die Angehörigen zielführend und unterstützend sein kann. Dabei erweist sich diese Art der Versorgung als sehr effektiv, da den Angehörigen eine längerfristige Unterstützung durch eine hauptverantwortliche Person geboten wird, die in Problemsituationen kontaktiert werden kann.

Die Ergebnisse der Angehörigeninterviews belegen, dass in den meisten Fällen eine deutliche Entlastung vorwiegend im Sinne des Gefühls der Sicherheit und der Beruhigung mit Beginn der Versorgung eingetreten ist. Weitere Entlastungserscheinungen sind die Kompetenzen der Pflegekräfte wie Zuverlässigkeit und Qualifikation sowie die Qualität der Versorgung, die sich sowohl in der personellen als auch in der zeitlichen Kontinuität und in der klientenorientierten Betreuung ausdrückt. Den Angehörigen wurden durch die Unterstützung des Case Management zum einen viele Tätigkeiten abgenommen, zum anderen wurden sie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Das Resultat ist eine Abnahme der Verantwortung sowie ein Zeitgewinn und eine bessere Alltagsgestaltung.

8 Conclusio und Diskussion

Den Inhalt des Case Management betreffend, erfolgte bei allen befragten Personen ein Erstgespräch bzw. eine Beratung, in dem der Betreuungsbedarf erhoben wurde und die Angehörigen über die weitere Vorgehensweise beraten und aufgeklärt wurden. Die anschließende Organisation der Pflege beinhaltete die Auswahl von geeigneten Pflegekräften, die Anschaffung von Hilfsmittel sowie die Antragstellung des Pflegegeldes. Ein weiterer Inhaltspunkt der Unterstützung war die Qualitätssicherung, die einmal in der Woche in Form eines Hausbesuches durch eine Case Managerin stattfand, mittels der alle Maßnahmen der Versorgung kontrolliert wurden. Angehörige finden diese Tätigkeiten relevant und fühlen sich dadurch entlastet.

Allgemein kann auf Basis der Ergebnisse eine positive Veränderung in fast allen Fällen festgestellt werden, die sich in einer Erleichterung der Pflegesituation und in einer allgemeinen Entlastung - im Vergleich zu vorhandenen Belastungen vor Inanspruchnahme des Case Management - zeigt. Die Evaluation der Dienstleistung fiel sehr positiv aus, da zehn von dreizehn Befragten die erbrachten Leistungen als sehr zufriedenstellend bewerten.

Abschließend resultiert, dass das Pflege Case Management die Begleitung der Angehörigen angemessen und zufriedenstellend umsetzen kann, wenn diese als Klienten betrachtet werden. Wichtig ist, dass ein Hauptansprechpartner in der Versorgung vorhanden ist, der alle benötigten Leistungen organisiert und koordiniert sowie für die Angehörigen, besonders in Problemfällen, erreichbar ist. Basierend auf den erzielten Ergebnissen dieser Arbeit, muss die Angehörigenunterstützung als ein zentrales Tätigkeitsfeld der professionelle Pflege gesehen werden. Diese muss die Angehörigenintegration im Pflege Case Management, vor allem in der Pflege und Betreuung zu Hause, in Zukunft verstärkt wahrnehmen und umsetzen. Auf diese Weise kann die häusliche Pflege durch Angehörige auch zukünftig gefördert und aufrecht erhalten werden.

Abbildungsverzeichnis

4.1	Integration der Angehörigenpflege in das Selbstpflegemodell	60
7.1	Case Management Prozess FSW	79

Tabellenverzeichnis

2.1	Orientierung des Case Management	20
2.2	Case Management Regelkreise vs. Pflegeprozess	22
2.3	Klassifikation von Pflege Case Management	30
3.1	Psychische Belastungen	42

9 Literaturverzeichnis

- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. und Mayer, H.** (2008): *Lexikon der Pflegeforschung - Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer, Elsevier, München.
- Bednar, M., Biringer, E., Enge, I., Fürstl-Grasser, M., Ostermeyer, E. und Rubisch, M.** (2007): *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007*. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.
- Bekel, G., Panfil, E. M. und Scupin, O.** (2005): *Selbstsorge - praktische Erkenntnisse für die klinische Praxis aus der Perspektive der Pflegewissenschaft*. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Ausg. 10 (Dez):623–627.
- Bischofsberger, I.** (2007): *Familienorientiertes Case Management*. Krankenpflege/Soins infirmières, Ausg. 5:10–13.
- Blanc, J. und Ackermann, G.** (2003): *Pflegende Angehörige*. Managed Care, Ausg. 6:16–17.
- Cohen, E. L. und Cesta, T. G.** (2005): *Nursing Case Management - From Essentials to Advanced Practice Applications*. Elsevier Mosby, St. Louis.
- Dennis, C.** (2001): *Dorothea Orem - Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie*. Hans Huber, Bern.
- Dörpinghaus, S., Grützmacher, S., Werbke, S. und Weidner, F.** (2008): *Überleitung und Case Management in der Pflege*. Schlüter, Hannover.
- Ertl, R. und Grundböck, A.** (2001): *Entlassungsmanagement durch ambulante Anbieterorganisationen im Hanusch-Krankenhaus der WGKK - Case Management an der Schittstelle Krankenhaus und extramuraler Betreuung*. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste.
- Ertl, R. und Kratzer, U.** (2001): *Hauskrankenpflege - wissen - planen - umsetzen*. Facultas, Wien.
- Evers, G. C.** (1997): *Theorien und Prinzipien der Pflegekunde*. Ullstein Mosby, Berlin.
- Ewers, M.** (2005): *Das anglo-amerikanische Case Management - Konzeptionelle und methodische Grundlagen*. In **Ewers, M. und Schäffer, D.** (Hrsg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Hans Huber, Bern.
- F.A. Brockhaus** (1999a): *Der grosse Brockhaus, Band 8*. F. A. Brockhaus, Wiesbaden.

9 Literaturverzeichnis

- F.A. Brockhaus** (1999b): *Der grosse Brockhaus, Band 9*. F. A. Brockhaus, Wiesbaden.
- Fries, H.** (2003): *Case Management als Gesundheitsdienstleistung*. In **Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R. und Wendt, W. R.** (Hrsg.): *Case Management - Fallsteuerung in der Sozialen Arbeit*. Luchterhand, München.
- George, W. und George, U.** (2003): *Angehörigenintegration in der Pflege*. Ernst Reinhardt, München.
- Grundböck, A.** (2001): *Case Management - Steuerung von extramuralen Gesundheits- und Sozialleistungen*. Dachverband Wiener Pflege- und Sozialdienste.
- Grundböck, A. und Luhan, C.** (2006): *Standard Entlassungsmanagement für PatientInnen mit umfassendem, poststationärem Betreuungs- und Versorgungsbedarf*. PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung.
- Grundböck, A., Rappauer, A., Müller, G. und Stricker, S.** (2005): *Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen - Sicht der Patienten und Angehörigen*. *Pflege*, Ausg. 18:121–127.
- Herold, E. und Brunen, M.** (Hrsg.) (2001): *Ambulante Pflege - Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Band 1*. Schlüter, Hannover.
- Herold, E. E.** (Hrsg.) (2002): *Ambulante Pflege - Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Band 3*. Schlüter, Hannover.
- Hönig-Robier, K.** (2009): *24-h-Betreuung zu Hause - Neues und Wissenswertes*. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.
- Jansen, J. K. und Mostert, H.** (1997): *Pflegeprozess - Die Pflegemodelle von Orem und King im Pflegeprozess*. Urban & Fischer, München.
- Klie, T. und Monzer, M.** (2008): *Case Management in der Pflege - Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Ausg. 41:92–105.
- Klug, W.** (2005): *Case Management im US amerikanischen Kontext - Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit*. In **Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R. und Wendt, W. R.** (Hrsg.): *Case Management - Fall-, und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, Band 3. Ernst Reinhardt Verlag, München.

- Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Faßbender, R. und Wendt, W. R.** (2005): *Case Management - Fall- und Systemsteuerung in der sozialen Arbeit*. Ernst Reinhardt, München.
- Lotterberger, N.** (2008): *Case und Care Management - Information, Beratung, Koordination, Qualität*. Care-Ring GesmbH.
- Mayer, H.** (2002): *Einführung in die Pflegeforschung*. Facultas, Wien.
- Milota, E.** (2007): *Österreichs Städte in Zahlen*. Österreichischer Städtebund und Statistik Austria.
- Pochobradsky, E., Bergmann, F., Samoylenko, H., Erfkamp, H. und Laub, R.** (2005): *Situation pflegender Angehöriger*. Österreichisches Institut für Gesundheitswesen im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Sambale, M.** (2005): *Empowerment statt Krankenversorgung - Stärkung der Prävention und des Case Management im Strukturwandel des Gesundheitswesens*. Schlüter, Hannover.
- Schäffer, D.** (2000): *Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema*. Pflege, Ausg. 13:17–26.
- Schäffer, D. und Ewers, M.** (2005): *Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen*. In **Ewers, M. und Schäffer, D.** (Hrsg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Hans Huber, Bern.
- Schnepp, W.** (Hrsg.) (2002): *Angehörige pflegen*. Hans Huber, Bern.
- Schnepp, W.** (2003): *Unterstützung der pflegenden Angehörigen seitens der professionellen Pflege*. In **Kozon, V. und Fortner, N.** (Hrsg.): *Gerontologische Pflege - Pflegeberatung*. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien.
- Seidl, E. und Labenbacher, S.** (Hrsg.) (2007): *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt - Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen*. Böhlau, Wien, Köln, Weimar.
- Stricker, S., Grundböck, A., Krajic, K. und Pelikan, J.** (2005): *Case Management in einem Wiener Modellprojekt zur ambulanten Versorgung von Patienten mit komplexem Betreuungsbedarf*. In **Ewers, M. und Schäffer, D.** (Hrsg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Hans Huber, Bern.
- Wendt, W. R.** (2001): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Lambertus,

9 Literaturverzeichnis

Freiburg.

Wendt, W. R. (2005): *Case Management - Ein Konzept, viele Anwendungen*. Managed Care, Ausg. 2:7–9.

Wild, M. (2000): *Case und Care Management in der ambulanten Pflege und Betreuung*. Rotes Kreuz. Fortbildungsbrief.

Wirnitzer, B. (2002): *Von der koordinierten Entlassung zum Case Management - Pflege in integrierten Versorgungsformen*. Pflege aktuell, Ausg. 6:332–335.

Zander, K. (2005): *Case Management, klinische Pfade und CareMaps - Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA*. In **Ewers, M.** und **Schäffer, D.** (Hrsg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Hans Huber, Bern.

10 Anhang

Kurzfassung

Die Pflege und Betreuung im häuslichen Bereich wird zu über 80% von pflegenden Angehörigen, dem 'größten Pflegedienst' in Österreich übernommen und durchgeführt. In der Literatur wird belegt, dass Angehörige durch die Pflege- bzw. Betreuungstätigkeiten im häuslichen Umfeld sowohl psychisch als auch physisch sehr belastet sind und dringend Information, Beratung und Hilfeleistungen bedürfen. Es müssen neue Unterstützungsmaßnahmen entwickelt werden, um diese Personengruppe als große Ressource des Gesundheitssystems auch zukünftig zu fördern und zu erhalten, zumal sie dem Gesundheitswesen wesentliche Einsparungen ermöglichen.

Die Methode Case Management in der Pflege bietet sich als Hilfestellung für Angehörige von Seiten der professionellen Pflege an, da diese personenbezogene Dienstleistung eine kontinuierliche Versorgung und Unterstützung für den Patienten und seinem Umfeld mit den Angehörigen gewährleistet. Case Manager schätzen die Bedürfnisse der Klienten ein, planen, koordinieren, implementieren und evaluieren sämtliche benötigten Dienstleistungen im Gesundheitssektor und garantieren eine integrierte Versorgung unter verschiedenen Professionen und Organisationen.

Es wurden 13 qualitative, halbstandardisierte Interviews mit betreuenden Angehörigen durchgeführt, um den Nutzen des Case Management aus der Angehörigenperspektive zu erheben. Zusätzlich wurde in drei Experteninterviews die Arbeitsweise des Pflege Case Management in drei Einrichtungen im Raum Wien behandelt sowie die Frage nach der Rolle der Angehörigen in diesem Prozess geklärt. Diese Art der Versorgung erwies sich nach den Interviewanalysen als sehr effektiv, da den Angehörigen eine längerfristige Unterstützung durch eine hauptverantwortliche Person geboten wird. Somit ist ein definierter Ansprechpartner vorhanden, der in Problem- bzw. Krisensituationen konsultiert werden kann. Auf Basis der Ergebnisse konnte in fast allen Fällen eine positive Veränderung festgestellt werden. Diese zeigt sich in einer Erleichterung der Pflegesituation und in einer deutlichen Entlastung.

Zusammenfassend kann das Pflege Case Management die Betreuung der Angehörigen angemessen und zufriedenstellend umsetzen, vorausgesetzt diese werden als Klienten betrachtet. Basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit, ist die Angehörigenunterstützung dem Aufgabenbereich der professionellen Pflege zuzuordnen. Die Angehörigenintegration im Pflege Case Management muss vor allem in der mobilen Pflege und Betreuung in Zukunft verstärkt wahrgenommen und umgesetzt werden. Das Case Management in der

10 Anhang

Pflege bietet eine vielversprechende Möglichkeit, wie die Pflege durch Angehörige gezielt unterstützt werden kann.

Abstract

More than 80% of informal caregivers, which represent the biggest care service in Austria, support their relatives in need of care in the home care setting. Referring to the literature, informal caregivers are mostly, both psychologically and physically, burdened with their care activities and thus require urgent consultation and assistance. New measures of support must be developed in order to encourage and maintain this group of people as an important resource of our health system, considering that informal caregivers reduce health care costs explicitly.

Nursing case management provides great support for caregivers by professional nursing. This personal service guarantees a continuous supply for the patient and his environment including the informal caregivers. Case Manager assess the individual needs of clients, plan, coordinate, implement and evaluate all services needed in the health care.

The empirical investigation consists of 13 qualitative half-standardized interviews with informal care givers, supplied with nursing case management. In this survey the benefit of this method from the perspective of the family caregivers was ascertained. In addition, three interviews with experts from different health care organizations in Vienna took place in order to describe the working method with case management in practice and to clear up the role of informal caregivers in a case management program. Based on the analyses of all interviews nursing case management proved as an effective form of care, because support for caregivers on a long term basis and through one main responsible nurse can be offered. There is one defined contact that can be reached especially in situations characterized by problems and crisis. In nearly all cases a positive change was identified, that is apparent in a general relief of care activities and in a reduction of burden.

In summary, nursing case management represents an adequate and satisfactory support for informal caregivers, provided that they have a client status. The support of family caregivers is in the area of responsibility of professional nursing. This profession must consider and attend its duties regarding the integration of informal caregivers in a case management program in future. Nursing case management offers a promising opportunity to promote and support the care of family caregivers effectively.



universität
wien

Einverständniserklärung

Sehr geehrte(r) Interviewpartner(in),

Mein Name lautet Corinna Christl, ich studiere Pflegewissenschaft an der Universität Wien und ich möchte im Rahmen meiner Diplomarbeit Interviews mit pflegenden Angehörigen führen. Es geht in dieser Studie darum, welchen Nutzen Angehörige von der Pflegeleistung, die sie in Anspruch nehmen bzw. nahmen, haben und wie sie davon profitieren können. Ich möchte herausfinden, was sich für pflegende Angehörige durch die Unterstützung der Einrichtung Care-Ring verändert hat.

Deshalb würde ich Sie, als pflegende(n) Angehörige(n), gerne ein paar Dinge über die Hilfestellung, die Sie bekommen (haben), fragen.

Damit ich den Inhalt des Gesprächs festhalten und für anschließende Auswertungen verwenden kann, wird das Interview aufgenommen. Ihre Aussagen werden ausschließlich von mir eingesehen und absolut vertraulich behandelt. Im Zuge meiner Auswertungen werden sämtliche Angaben von Ihnen anonym verwendet und in den Ergebnissen werden mit Sicherheit keine Rückschlüsse auf Ihren Namen möglich sein.

Ich bitte Sie um Ihre Unterschrift zum Einverständnis der angeführten Punkte und danke Ihnen sehr herzlich für die Teilnahme am Gespräch.

Datum _____

Unterschrift _____

Einstieg

1. allgemeine Daten [Name, Alter, Beziehung zur gepflegten Person] nur abfragen, wenn diese nicht schon aus dem Assessment hervorgehen
2. Pflegesituation [Seit wann und aus welchem Grund pflegen Sie Ihre(n)...zu Hause? Seit wann nehmen Sie pflegerische Unterstützung (CM) in Anspruch?]
3. Wie sind Sie auf die Einrichtung Care-Ring gestoßen? [selbst erkundigt oder vermittelt?]
4. Was waren die Gründe, warum Sie sich dorthin gewendet haben? [event. Belastungen]

Hauptteil

Hauptaspekte und Hauptfragen	Detailfragen
<p>1. Können Sie mir bitte schildern, wie Ihr Alltag aussieht?</p> <p>Zuständigkeit</p> <p>(Eindruck, Interpretation des Gesagten)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Pflege- und Betreuungstätigkeiten sind zu erledigen? ▪ Wie ist die Tagesstruktur? Was wird wann gemacht? (Tätigkeiten, Zeit) ▪ Welche Pfl egetätigkeiten führen Sie selbst aus? ▪ Welche werden von der Pflegekraft gemacht? <p>(Wie steht es um Be- und Entlastungen?) (Wie in Hinblick auf Kompetenzen?)</p>
<p>Inhalt der Unterstützung (→ Nutzen)</p> <p>2. Können Sie erzählen wie Sie durch die Pflegekraft unterstützt werden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie war es, als die Pflegeperson das erste Mal zu Ihnen kam? ▪ Was hat sie alles gemacht? ▪ Welche Art von Unterstützung haben Sie bisher bekommen? Sind Sie beraten worden? Haben Sie Anleitungen erfahren? (worüber?)
<p>Belastung / Entlastung (→ Nutzen)</p> <p>3. Haben Sie sich bei der Pflege schon einmal überfordert gefühlt? Wenn ja, weshalb?</p> <p>4. Wurden Sie durch die Pflegekraft entlastet? Wenn ja, können Sie beschreiben wie sie entlastet wurden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Sie sich überfordert fühlen, wie gehen Sie damit um? ▪ Wie können Sie sich am Besten entspannen bzw. wie entlasten sie sich?
<p>Veränderungen (→ Nutzen)</p> <p>5. Wie war das, bevor Sie Hilfe in Anspruch genommen haben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn Sie auf die Zeit zurückblicken, in der Sie noch keine Hilfe bei der Pflege bekommen haben, wie war das damals? ▪ Was hat sich seitdem für Sie persönlich verändert? ▪ Was ist in Ihren Augen besser/schlechter geworden?

<p>Selbstpflegekompetenz eigene Pflegetätigkeiten und -kompetenz</p> <p>6. Haben Sie durch die Unterstützung der Pflegekraft selber etwas dazu gelernt?</p> <p>7. Sorgen Sie dafür, dass Sie sich wohl fühlen und gesund bleiben?</p> <p>a) Wissen, Fähigkeit für Beurteilen/ Einschätzen b) Beschlussfassung c) Ausführungstätigkeit</p>	<p>SPK: im Zusammenhang damit, was gemacht wird, Handlungskompetenzen;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Tätigkeiten in welchen Bereichen? ▪ In welcher Form achten Sie auf Ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden? (Ruhe, frische Luft, soziale Kontakte, Ernährung etc.) ▪ Wissen Sie, was Sie tun müssen, wenn sie überfordert sind? ▪ Können Sie sich dann auch für das, was Ihnen hilft, entscheiden? ▪ Wird das, was für Sie entlastend wirkt, tatsächlich auch von Ihnen gemacht?
<p>Evaluation Aspekte der Evaluation der Dienstleistung Case Management</p> <p>8. Wie ist / war die Zusammenarbeit mit der Pflegekraft?</p> <p>9. Haben Sie noch zusätzliche Wünsche zur Unterstützung?</p> <p>10. Wie bewerten sie die pflegerische Unterstützung allgemein? (sehr gut bis sehr schlecht, Notensystem)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Was hat gut funktioniert, was eher nicht so gut? ▪ Was fehlt Ihnen an Hilfe bzw. was würde Ihnen noch gut tun? ▪ Was wird in Ihren Augen zu wenig oder gar nicht gemacht? ▪ Was hat Ihnen an der Unterstützung am Meisten geholfen?

Abschluss

1. Fallen Ihnen etwaige Verbesserungsvorschläge für die Unterstützung in der häuslichen Pflege ein?
2. Gibt es sonst noch irgendwelche Anregungen von Ihrer Seite?

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mit mir dieses Gespräch zu führen.

Lebenslauf

Angaben zur Person:

Name: Corinna Christl
Geburtsdatum: 27.08.1985
Geburtsort: Schärding/Inn (OÖ)

Schulbildung:

[1991 – 1995] Volksschule Sigharting
[1995 – 2003] Gymnasium Schärding/Inn; Matura im Juni 2003;

Studium:

[seit 2004] Studium *Pflegewissenschaft* an der Universität Wien sowie an der Medizinischen Universität Wien
[seit 2007] Studium *Transkulturelle Kommunikation* in den Sprachen Englisch und Italienisch

Berufserfahrung:

[Dez./ Jän. 2005/06]
[Dez./ Jän. 2007/08] *Projektmitarbeit*
Teilnahme an zwei Projekten „Lebensqualität im Pflegeheim“ des Instituts für Soziologie an der Universität Wien und Zentas (Zentrum für Alternswissenschaften, Gesundheits- und Sozialpolitikforschung)

[Jun. 06 – Jul.07] *Persönliche Assistenz (Behindertenassistenz)*
Leistung von Hilfestellung und Pflege im Alltag, Dekubitus- und Thrombose-Prophylaxe, Transfer in den Elektro-Rollstuhl sowie Bewegungstherapie für Tetraplegiker

[Juli 2007] *Ehrenamtliches Praktikum*
4-wöchiges Praktikum im Integrativ Geriatrischen Tageszentrum der Caritas Socialis, Pramergasse; Unterstützung in der Betreuung von Tagesgästen in verschiedenen Beschäftigungsangeboten