

ABSCHLUSSBERICHT

„Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement (AGFM)“

- ein Angebot für ältere Menschen in Mittelfranken mit
Demenz oder Depression

durchgeführt von qualifizierten ambulanten Pflegediensten

Koordination:

Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa) Mfr./
ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg
Gerontopsychiatrische Fachkoordination (GeFa) Mfr.

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangssituation.....	5
2 Darstellung des Projektes „Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement (AGFM)“	6
2.1 Zielgruppe.....	6
2.2 Ziele und Aufgaben.....	7
2.3 Zeitrahmen.....	7
2.4 Fragestellungen.....	7
3 Durchführung des Projektes.....	8
3.1 Teilnahmevoraussetzung der Fallmanagerinnen.....	8
3.2 Kooperationspartner.....	8
3.3 Regionale Verteilung.....	9
3.4 Dokumentationsmaterial im Fallmanagement.....	9
3.4.1 Anforderungsprofil der Fallmanagerinnen.....	10
3.4.2 Neutralitätserklärung.....	10
3.4.3 Datenschutzerklärung der GeFa.....	10
3.4.4 Rückfax Fallmeldung.....	10
3.4.5 Schweigepflichterklärung und Schweigepflichtentbindung.....	10
3.4.6 Dokumentationsbogen.....	10
3.4.7 Bedarfsermittlung.....	11
3.4.8 Zeittabelle.....	11
3.4.9 Abschlussbericht.....	11
3.4.10 Zahlungsanweisungsformular.....	11
3.5 Schulungen der Fallmanagerinnen.....	11
3.5.1 Einführungsveranstaltung.....	12
3.5.2 Inhalte der Schulungen.....	12
3.5.3 ReferentInnen.....	12
3.5.4 Abschluss-Schulung.....	13
3.6 Finanzierung.....	13
3.7 Öffentlichkeitsarbeit.....	13
4 Fallbezogene Ergebnisse.....	14
4.1 Anzahl der Fälle.....	14
4.2 Zugangsweg.....	14
4.3 Regionale Verteilung.....	15
4.4 Alter und Geschlecht.....	15
4.5 Krankheitsbilder.....	16

4.5.1 Psychiatrische Erkrankungen.....	16
4.5.1.1 Eingesetzte Testverfahren.....	17
4.5.1.2 Erzielte Ergebnisse bei der Durchführung der einzelnen Testverfahren.....	17
4.5.2 Somatische Erkrankungen.....	18
<u>4.6 Lebenssituation.....</u>	<u>19</u>
<u>4.7 Problemstellungen.....</u>	<u>20</u>
4.7.1 Pflegeeinstufung.....	20
4.7.2 Ärztliche Versorgung.....	21
4.7.3 Verhaltensauffälligkeiten/ Risiken.....	23
<u>5 Fallbearbeitung.....</u>	<u>24</u>
<u>5.1 Hilfebedarf und Hilfeplanung.....</u>	<u>24</u>
<u>5.2 Vermittlung/ Einbindung.....</u>	<u>25</u>
<u>5.3 Zeitaufwand.....</u>	<u>26</u>
5.3.1 Erster Hausbesuch.....	26
5.3.2 Zweiter Hausbesuch.....	27
5.3.3 Dritter Hausbesuch.....	27
5.3.4 Telefonkontakte.....	27
5.3.5 Kilometer- und Zeitaufwand.....	27
<u>5.4 Grund für Beendigung.....</u>	<u>28</u>
<u>6 Diskussion und Ausblick.....</u>	<u>28</u>
<u>6.1 Hürden bei Umsetzung.....</u>	<u>29</u>
<u>6.2 Effekte des Fallmanagements.....</u>	<u>30</u>
6.2.1 KlientInnen.....	31
6.2.2 Ambulante Pflegedienste.....	32
6.2.3 Bezirk.....	33
<u>6.3 Fazit der GeFa.....</u>	<u>34</u>
<u>7. Anhang.....</u>	<u>36</u>
<u>7.1 Fallbeispiel 1.....</u>	<u>36</u>
<u>7.2 Fallbeispiel 2.....</u>	<u>39</u>
<u>7.3 Dokumentationssystem.....</u>	<u>42</u>
7.3.1 Anforderungsprofil.....	42
7.3.2 Neutralitätserklärung.....	44
7.3.3 Datenschutzerklärung.....	45
7.3.4 Rückfax Fallmeldung.....	46
7.3.5 Schweigepflichtentbindung.....	47
7.3.6 Dokumentationsbogen.....	48
7.3.7 Bedarfsermittlung.....	51
7.3.8 Zeittabelle.....	54

7.3.9 Abschlussberichtsbogen.....	56
7.3.10 Zahlungsanweisungsformular.....	57
<u>7.4. Tabellen und Grafiken.....</u>	<u>58</u>

1 Ausgangssituation

Häufigkeit der gerontopsychiatrischen Erkrankungen

In Mittelfranken leben derzeit ca. 1,7 Mio Menschen, von denen 314.384 Menschen ab 65 Jahre und älter sind (*Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Stand: 24.02.2006*). Betrachtet man sich die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Erkrankungen, so ist nach wie vor davon auszugehen, dass etwa 25 % der älteren Menschen von einer nicht geringfügigen psychischen Störung betroffen sind. Die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Alter sind demenzielle und depressive Syndrome. Je nach Studiendesign, d.h. ab welchem Schweregrad bestimmte Krankheitsbilder erfasst werden, schwanken die Prävalenzzahlen für mäßig schwere bis schwere Demenzen zwischen 3 und 7,7 %. Die Zahlen für leichtere bzw. beginnende Demenzprozesse weisen in vielen internationalen Studien einen enormen Schwankungsbereich auf. Zwei repräsentativen Studien in Deutschland zufolge liegen die Prävalenzzahlen hierfür bei 6 %. Häfner geht folglich davon aus, dass 10 – 12 % der über 64-Jährigen von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind (*Häfner (1994): Psychiatrie des höheren Lebensalters, S.156ff in Baltes et al. (Hrsg.): Alter und Altern, de Gruyter Verlag Berlin New York*).

Bei depressiven Erkrankungen im Alter sind die Prävalenzzahlen ebenfalls differenziert zu betrachten: Werden leichte depressive Verstimmungen mit erfasst, so ergeben sich Prävalenzraten in Höhe von 20 % und mehr. Werden hingegen nur schwere Depressionen erfasst, so liegen die Ergebnisse bei 1 – 5 % (*Häfner (1994)*).

Zahlen in Mittelfranken

Für Mittelfranken ergibt sich hinsichtlich der Demenzerkrankungen somit eine Anzahl von ca. 22.000 Betroffenen. Die Zahl entspricht in etwa der Angabe im Gesundheitsmonitor Bayern von 1/2006, in dem eine Anzahl von 21.848 Demenzerkrankten für Mittelfranken ausgewiesen ist (*Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Gesundheitsmonitor Bayern 1/2006*). Die Anzahl der depressiv erkrankten älteren Menschen läge demnach bei insgesamt ca. 31.438 Betroffenen. Die der schwer depressiv Erkrankten bei ca. 6.288 Personen.

Lag die Anzahl der durch die „Bestandsaufnahme zur gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur im Bezirk Mittelfranken“ ermittelten gerontopsychiatrisch Erkrankten, die durch ambulante Pflegedienste versorgt wurden, bei etwa einem Drittel der insgesamt erfassten Versorgten, so ist deren Anzahl mittlerweile laut Aussagen der Pflegedienstleitungen dramatisch gestiegen. Oft würden lt. deren Aussage jedoch keine Diagnosen vorliegen.

Das „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“

Seit Ende November 2002 wurden MitarbeiterInnen von rund 130 ambulanten Pflegediensten von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg durch das „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“ geschult. Diese Basisqualifikation im Umfang von 32 Fortbildungseinheiten und ein zweiter Teil zur Entwicklung von Handlungskompetenz im Umfang von 16 Fortbildungseinheiten stießen auf große Resonanz bei den Pflegedienst-MitarbeiterInnen. Dieses Fortbildungsangebot, das vom Bezirk Mittelfranken finanziert wird, ist für die Pflegedienste kostenlos.

Die Auswertung einer Fragebogen-Aktion zur Evaluation des Fortbildungsangebotes im Jahr 2005 (TN= 27,6% von insgesamt ca. 600 MitarbeiterInnen plus zusätzlich 37 Fragebögen der Pflegedienstleitungen, die für 46 Dienste in 16 Orten Mittelfrankens zuständig waren) ergab, dass sich bei ca. 80% der MitarbeiterInnen das Verständnis für die Krankheit und das dadurch veränderte Verhalten der Erkrankten wesentlich verbessert habe. Von zwei Drittel der MitarbeiterInnen wurde als weiterer positiver Aspekt angegeben, dass die Vermittlung an weiterführende Hilfen zugenommen habe. Ebenfalls mehr als die Hälfte (61,6%) der MitarbeiterInnen gab an, das Arbeitsfeld Gerontopsychiatrie hätte eine größere Bedeutung innerhalb der Organisationen gefunden. Der Mehrzahl der Pflegedienstleitungen (51,7%) schien die Übernahme eines gerontopsychiatrischen Fallmanagements vorstellbar.

Die vorliegenden Zahlen und Aussagen zur Häufigkeit gerontopsychiatrischer Erkrankungen und zum Auftreten von Neuerkrankungen, die im Vorfeld durchgeführte Bestandsaufnahme zur gerontopsychiatrischen Versorgungsstruktur, die parallel durchgeführten Fortbildungen und die positiven Ergebnisse der Befragung zum „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“ waren der Anlass für die Konzipierung des im Folgenden dargestellten ambulanten gerontopsychiatrischen Fallmanagement-Projektes für ältere Menschen mit Demenz und/ oder Depression im Bezirk Mittelfranken.

2 Darstellung des Projektes „Ambulantes gerontopsychiatrisches Fallmanagement (AGFM)“

2.1 Zielgruppe

Zielgruppe des Projektes waren demenzerkrankte und depressiv erkrankte ältere Menschen ab ca. 65 Jahre, deren Lebenssituation eine beratende, koordinierende und lösungsorientierte Unterstützung erforderlich machte, unabhängig davon ob sie allein oder mit Angehörigen zusammenlebten.

2.2 Ziele und Aufgaben

Ziel des Projektes war es, durch ein möglichst frühzeitiges, koordiniertes Fallmanagement für demenzkranke oder depressiv erkrankte ältere Menschen und ihre Angehörigen zur Vermeidung von Krisensituationen beizutragen, die zu einem vorzeitigen Umzug bzw. einer unnötigen Einweisung in eine stationäre Einrichtung der Alten- und Gesundheitshilfe geführt hätten.

Durch das Fallmanagement-Angebot sollte zur Stabilisierung der Lebenssituation der erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen beigetragen werden. Durch Begleitung, Unterstützung und Entlastung sollte der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erhalten oder zumindest verlängert werden. Damit sollte das Fallmanagement zur Vermeidung von stationären Dauerversorgungen und möglicherweise unnötigen oder verfrühten Einweisungen in stationäre (Pflege-) Einrichtungen beitragen.

Ein wichtiger nicht zu vernachlässigender Begleitaspekt aus Sicht der Kostenträger wäre die mögliche Kostendämpfung von Sozialleistungen, Behandlungskosten und Pflegekosten. Darüber hinaus sollte durch das Projekt ermittelt werden, ob geschulte Mitarbeiterinnen ambulanter Pflegedienste in der Lage sind, ein Fallmanagement durchzuführen.

2.3 Zeitrahmen

Das Projekt begann im April 2006 mit einer Einführungsveranstaltung für die Fallmanagerinnen. Die ersten Fälle konnten im Anschluss daran im Mai 2006 angenommen werden. Für die Bearbeitung eines Falles wurden maximal sechs Monate angesetzt, so dass bis Ende Juni 2008 Fälle angenommen werden konnten. Für die Fallaufnahme standen somit insgesamt 25 Monate im Projektraum zur Verfügung. Im Dezember 2008 wurde das Projekt abgeschlossen und die Auswertung konnte erfolgen.

2.4 Fragestellungen

Um die Fragestellung, welches die Effekte des Fallmanagements sind, beantworten zu können, müssen zum einen die Situation der Erkrankten und ihrer Angehörigen und zum anderen die Möglichkeiten der als Fallmanagerinnen tätigen Pflegedienst-Mitarbeiterinnen beachtet werden.

Eine wichtige Fragestellung besonders im Hinblick auf eine mögliche Fortführung des Projektes ist die Klärung, ob die ambulanten Pflegedienste für die Übernahme eines gerontopsychiatrischen Fallmanagements geeignet sind.

Für die Erkrankten und ihre Angehörigen stellt sich die Frage, ob im Einzelfall eine (verfrühte) Heimeinweisung verhindert oder zumindest hinausgezögert werden konnte.

Da es aus Kostengründen nicht möglich war, eine wissenschaftliche Begleitung des Fallmanagement-Projektes durchführen zu lassen, werden die aufgeworfenen Fragen

anhand der erhobenen Daten, einer abschließenden Befragung der Fallmanagerinnen sowie der Befragung der Angehörigen zum Fallmanagement beantwortet werden.

Äußerst schwierig und nur im Ansatz möglich ist es, Aussagen zum Kosten-Nutzen-Effekt vorzunehmen.

3 Durchführung des Projektes

3.1 Teilnahmevoraussetzung der Fallmanagerinnen

Voraussetzung für die Teilnahme an dem Fallmanagement-Projekt war auf Seiten der Fallmanagerinnen mindestens die vorausgehende Teilnahme am „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“ Teil 1 und einer möglichst zeitnahen Teilnahme an Teil 2. Bei diesem Fortbildungsangebot handelt es sich um eine Basisqualifikation im Umfang von 32 Fortbildungseinheiten für Teil 1 und 16 Fortbildungseinheiten für das Vertiefungsangebot zum Umgang mit Demenzerkrankten in Teil 2. Das Vorliegen einer höherwertigen Aus-/ Fort- oder Weiterbildung war keine Voraussetzung, da der Kontakt zu den ambulanten Pflegediensten über das Angebot des „Qualifizierungskonzeptes Gerontopsychiatrie“ entstanden war und nicht davon ausgegangen werden konnte, dass flächendeckend gerontopsychiatrische Fachkräfte in ambulanten Pflegediensten vorhanden wären.

Alle teilnehmenden Pflegedienste erklärten sich durch Unterschrift bereit

- zur Einhaltung völliger Neutralität bei der Durchführung des ambulanten Fallmanagements,
- zur träger- und personenneutralen Vermittlung der notwendigen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen,
- zur Beachtung des Vorranges der Wünsche und Erfordernisse von Seiten der Betroffenen bei der Vermittlung und Zuschaltung weitergehender Maßnahmen und
- zur Kooperation mit allen notwendigen weiteren informellen und professionellen Unterstützern.

Die durchzuführenden Maßnahmen sollten auf der Grundlage der Biografiekenntnis erfolgen und als Ziel die größtmögliche Motivierung und Reaktivierung sowie die Stärkung des Selbstwertgefühls der erkrankten Menschen und deren Angehöriger haben.

3.2 Kooperationspartner

Nach persönlichen Gesprächen vor Ort mit interessierten Geschäftsführern und Pflegedienstleitungen konnten

12 Diakoniestationen mit zwei Außenstellen,

1 Caritasstation,

1 Offene Behinderten-Arbeit (OBA)

mit insgesamt 40 (zum Teil nachträglich) namentlich gemeldeten Fallmanagerinnen für die Teilnahme an dem Projekt gewonnen werden.

3.3 Regionale Verteilung

Die Projektteilnehmer verteilten sich auf die Regionen wie folgt:

- Stadt und Landkreis Ansbach => 4
(mit zwei Fachstellen Beratung für pflegende Angehörige)
- Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen => 2
(mit je einer Fachstelle Beratung für pflegende Angehörige und einer Außenstelle)
- Stadt Nürnberg => 2
- Landkreis Roth/Stadt Schwabach => 2
- Landkreis Fürth => 1
(mit einer Außenstelle)
- Stadt Erlangen => 1
(eine Sozialstation mit 4 Dienststellen)
- Neustadt/A. /Bad Windsheim => 1
(mit einer Fachstelle Beratung für pflegende Angehörige)
- Landkreis Nürnberger Land => 1

3.4 Dokumentationsmaterial im Fallmanagement

Das umfassende Dokumentationsinstrumentarium wurde nach umfangreicher Literatur- und Internetrecherche und nach Sichtung diverser Dokumentations- und Überleitungsbögen sowie der verwendeten Unterlagen im Bezirk Mittelfranken zum Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII sowie persönlicher Beratung durch die Geschäftsführung von HALMA e.V. in Würzburg, nach Rücksprache mit Pflegedienstleitungen und einem Vorgespräch bei HomeCareNürnberg (HCN) von der Mitarbeiterin der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination (GeFa) Mittelfranken entwickelt, um eine standardisierte Dokumentation der bearbeiteten Fälle im Rahmen des Fallmanagements zu ermöglichen.

Den Fallmanagerinnen wurde das umfangreiche Dokumentationsmaterial sowohl in Papierform als auch als CD-ROM ausgehändigt. Alle Unterlagen konnten von den Teilnehmerinnen somit entweder per Hand oder am PC bearbeitet und per Post, per Fax oder per E-Mail an die GeFa weitergeleitet werden.

Die im Folgenden aufgeführten Unterlagen finden sich im Anhang.

3.4.1 Anforderungsprofil der Fallmanagerinnen

Das Anforderungsprofil mit 15 Items sollte den Fallmanagerinnen zur Überprüfung und Selbsteinschätzung dienen, ob sie die Anforderungen als Fallmanagerin fachlich und persönlich erfüllen würden.

3.4.2 Neutralitätserklärung

Die Unterschrift seitens der kooperierenden ambulanten Pflegedienste unter die Neutralitätserklärung war verbindlich vorgeschrieben. (s. Punkt 3.1 Voraussetzungen). Bei der Fallbearbeitung sollte das Angebot aller Träger vor Ort berücksichtigt werden und die speziellen Wünsche der Erkrankten und ihrer Angehörigen sollten die Grundlage für die Koordination der weiterführenden Hilfsangebote bilden.

3.4.3 Datenschutzerklärung der GeFa

Von Seiten der GeFa wurde in Anlehnung an HCN eine Datenschutzerklärung verfasst, die den Pflegediensten für die Erkrankten bzw. ihre Angehörigen zur Vorlage dienen sollte.

3.4.4 Rückfax Fallmeldung

Vor Beginn der Bearbeitung sollte jeder (neue) Fall von der Fallmanagerin mit der Angabe einiger Rahmendaten an die GeFa gefaxt werden mit der Bitte um Bestätigung. Durch die Anmeldung jedes Falles sollte gewährleistet werden, dass das Budget nicht überschritten würde und Rückfragen durch die GeFa ermöglicht wären.

3.4.5 Schweigepflichterklärung und Schweigepflichtentbindung

Eine wichtige Zugangsvoraussetzung war die Unterschrift der Erkrankten bzw. ihrer Angehörigen unter die Schweigepflichtentbindung, ohne die eine Fallbearbeitung nicht möglich war. Diese diente als „Kontrakt“ zwischen Klient und Pflegedienst. Gleichzeitig verpflichtete sich der Pflegedienst durch Unterschrift zur Offenlegung der vorgenommenen Kontakte mit anderen Dienstleistern, die fallbezogen in dem dafür erforderlichen Rahmen durchgeführt werden sollten.

3.4.6 Dokumentationsbogen

In dem mehrseitigen Dokumentationsbogen sollten Angaben zur Person, zur somatischen und psychiatrischen Diagnose, zur Medikation, zu Verhaltensauffälligkeiten, zum Kontaktverhalten, zur Mobilität, zu Hilfsmitteln, zu verordneten Therapien und zu ambulanten, teilstationären und (klinisch) stationären Unterstützungsmaßnahmen vorgenommen werden.

3.4.7 Bedarfsermittlung

Für die Bereiche Kontaktaufnahme, ärztliche Versorgung, Grund- und Behandlungspflege, Ernährung, Haushalt, Wohnung, soziale Kontakte, Tagesgestaltung, Mobilität und Aktivierung, Finanzen und Post sollte der Hilfebedarf ermittelt und in Abstimmung mit den Erkrankten und/ oder den Angehörigen abgeklärt werden, welche Maßnahmen und Unterstützungsleistungen durch welche Personen oder Dienstleister abgedeckt werden könnten.

3.4.8 Zeittabelle

Erfasst wurden die Fahrzeit mit Kilometerangabe, die Dauer und der stichpunktartige Inhalt der Gespräche bei den drei vorgesehenen Hausbesuchen. Weiter abgefragt wurden Angaben zur fallbezogenen Anzahl der Telefonkontakte und durch wen die Kontaktaufnahme erfolgte.

3.4.9 Abschlussbericht

Im Abschlussberichtsbogen wurden Beginn und Ende des Fallmanagements, die durchgeführten Testverfahren mit deren Ergebnissen, die Pflegestufe bei Beginn und Ende der Fallbearbeitung, die vermittelten Institutionen und eingeleiteten Therapiemaßnahmen, weitere Unterstützungsmaßnahmen sowie der Grund für die Beendigung des Fallmanagements protokolliert.

Zusätzlich wurde nach der Eigenbeurteilung der Effekte durch die Fallmanagerinnen und der Beurteilung des Fallmanagements durch die Klienten und Angehörigen gefragt.

3.4.10 Zahlungsanweisungsformular

Nach Abschluss einer Fallbearbeitung erhielten die Fallmanagerinnen bzw. der kooperierende ambulante Pflegedienst eine pauschale Aufwandsentschädigung. Zum Nachweis für die Buchhaltung war eine Anweisung erforderlich.

3.5 Schulungen der Fallmanagerinnen

Im Kooperationsvertrag war festgelegt, dass für die Fallmanagerinnen begleitend eine halbjährliche Schulung im Rahmen des Projektes stattfinden sollte. Vor Beginn des Projektes wurde eine Einführungsveranstaltung und nach Beendigung des Projektes eine Abschlussveranstaltung durchgeführt. Organisiert, moderiert und inhaltlich begleitet wurden die Schulungen durch die für das Projekt zuständige Mitarbeiterin der GeFa. Den Fallmanagerinnen wurden ergänzend umfangreiche Skripten und ausführliche Protokolle zur Verfügung gestellt.

Von insgesamt 40 gemeldeten Fallmanagerinnen hatten 19 einen oder mehrere Fälle bearbeitet. Von diesen nahmen an den halbjährlichen Schulungen jeweils zwischen 15 und

17 (durchschnittlich: 16) Fallmanagerinnen teil. Dies sind rund 84% der Fallmanagerinnen, die einen oder mehrere Fälle bearbeitet hatten.

3.5.1 Einführungsveranstaltung

Bei der Einführungsveranstaltung im Umfang von 4 Fortbildungseinheiten (FE) wurden die zukünftigen Fallmanagerinnen anhand eines exemplarischen Fallbeispiels zur Vorgehensweise im Fallmanagement unterrichtet. Vorkenntnisse zum Case Management nach H. Wendt wurden bereits im Baustein 6 des „Qualifizierungskonzeptes Gerontopsychiatrie“ erworben.

Die umfangreichen Dokumentationsmaterialien wurden den zukünftigen Fallmanagerinnen in Papierform und als CD-Rom ausgehändigt und ausführlich erläutert.

Im Rahmen der Einführungsveranstaltung wurden die Fallmanagerinnen vom Leiter der Gedächtnissprechstunde des Klinikums Nürnberg Nord geschult

- zum Mini-Mental-Status-Test (MMST / nach Folstein),
- zum DemTect (nach J. Kessler und P. Calabrese) und
- zur Geriatrischen Depressionsskala (GDS / nach Yesavage).

Die Schulung berechtigte die Fallmanagerinnen zur selbstständigen Durchführung der Testverfahren. Die Fallmanagerinnen erhielten eine Teilnahmebestätigung.

Bei der Einführungsveranstaltung waren 34 Fallmanagerinnen von 15 ambulanten Pflegediensten anwesend. Ein Pflegedienst entschied sich nach der Teilnahme der Einführungsveranstaltung gegen eine Teilnahme an dem Projekt.

3.5.2 Inhalte der Schulungen

Inhalte der regelmäßig angebotenen Schulungen im Umfang von je 4 FE waren:

- die Krankheitsbilder Demenz und Depression,
- Ablauf des Case Managements (nach H. Wendt),
- exemplarische Falldarstellung,
- Coaching zur Fallbearbeitung,
- kollegialer Austausch zur konkreten Durchführung des Fallmanagements sowie eine
- Fortbildung zur Wohnberatung und Wohnanpassung für Pflegekräfte - angepasst an das Krankheitsbild Demenz.

3.5.3 ReferentInnen

Als Referentinnen und Referenten wurden eingesetzt:

- ein Arzt des Klinikums Nürnberg Nord,
- eine Ärztin des Bereichs Gerontopsychiatrie im Bezirksklinikum Ansbach,
- ein Supervisor der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv),

- eine Mitarbeiterin der „Fachstelle Wohnberatung in Bayern“,
- der Geschäftsführer der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg und
- die Mitarbeiterinnen der Gerontopsychiatrischen Fachkoordination Mittelfranken.

Zum Einsatz kamen Folien, Power-Point-Präsentationen, Video-Vorführungen und Moderationstechniken aus der Erwachsenenbildung.

3.5.4 Abschluss-Schulung

In der Abschluss-Schulung wurden ausgewählte Ergebnisse des Projektes besprochen und die Frage nach einer möglichen Fortführung des Projektes oder der Weiterentwicklung der Angebote der ambulanten Pflegedienste erörtert. Der Geschäftsführer und die Mitarbeiterinnen der GeFa Mittelfranken/ Angehörigenberatung e.V. Nürnberg waren für die Inhalte und die Moderation der Abschlussveranstaltung zuständig.

Den Fallmanagerinnen wurde eine Bestätigung über die Teilnahme an dem Fallmanagement-Projekt überreicht.

3.6 Finanzierung

Die Finanzierung des Fallmanagement-Projektes erfolgte durch den Bezirk Mittelfranken über das Budget für die Fortbildungsmaßnahme „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“. Es wurden keine zusätzlichen Mittel dafür zur Verfügung gestellt, sondern es fand eine Umwidmung der vorhandenen Mittel statt, die der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg für das Fortbildungsangebot zur Verfügung standen. Pro abgeschlossenem Fall erhielten die Fallmanagerinnen bzw. der ambulante Pflegedienst eine pauschale Aufwandsentschädigung. Das Fortbildungsangebot „Qualifizierung Gerontopsychiatrie“ wurde im Zeitraum des Projektes weiterhin durchgeführt.

3.7 Öffentlichkeitsarbeit

Um das Projekt in der Öffentlichkeit bekannt zu machen, wurden verschiedene Wege und Medien genutzt:

- Den ambulanten Pflegediensten wurde ein Faltblatt mit den Rahmendaten für die Werbung vor Ort zur Verfügung gestellt.
- Die Mitarbeiterin der GeFa Mittelfranken wies in den verschiedenen Gremien wie z.B. den Arbeitskreisen Gerontopsychiatrie und den Pflegekonferenzen sowie auf einer Verbrauchermesse und auf dem mittelfränkischen Geriatrietag auf das neue Angebot hin.
- Die Ärztinnen und Ärzte vor Ort wurden mit Anschreiben und Faltblättern über das Projekt informiert und um Kooperation gebeten.
- Im Bezirks-Report wurde auf das Fallmanagement-Projekt hingewiesen.

- Bei einer Pressekonferenz, an der der Bezirkstagspräsident von Mittelfranken und neben der GeFa-Mitarbeiterin einige Fallmanagerinnen teilnahmen, wurde über das Projekt berichtet.

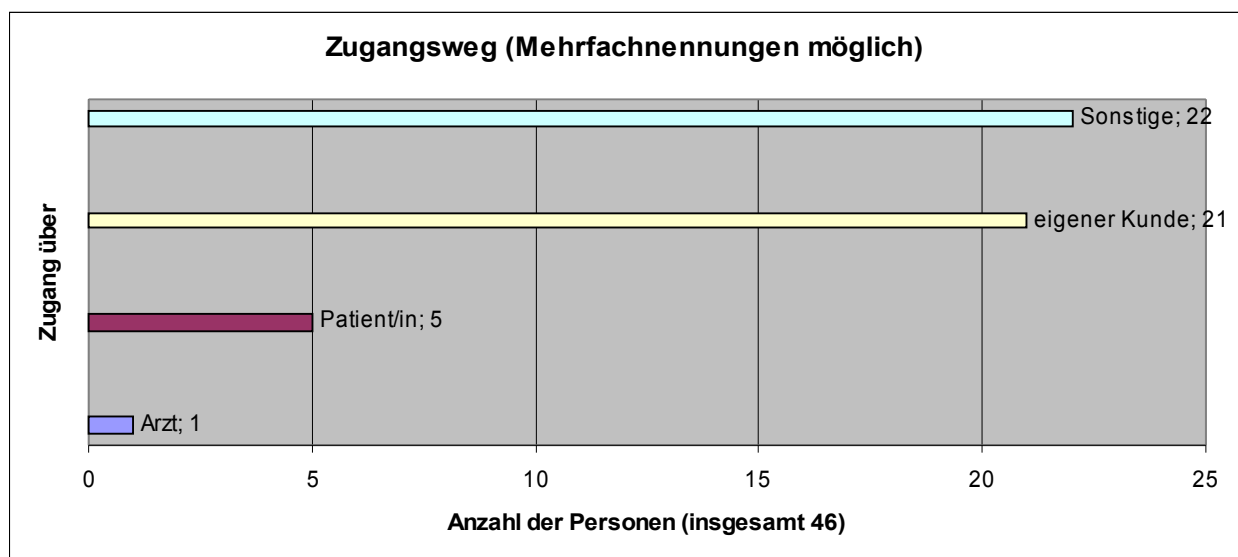
4 Fallbezogene Ergebnisse

4.1 Anzahl der Fälle

Zur Auswertung lagen die Unterlagen von insgesamt 46 Fällen vor. Laut Rückmeldung einzelner Fallmanagerinnen wurden zwar weitere Fälle bearbeitet, jedoch lagen dazu keine Unterlagen vor.

4.2 Zugangsweg

Wie sah der Zugangsweg zum Fallmanagement aus?

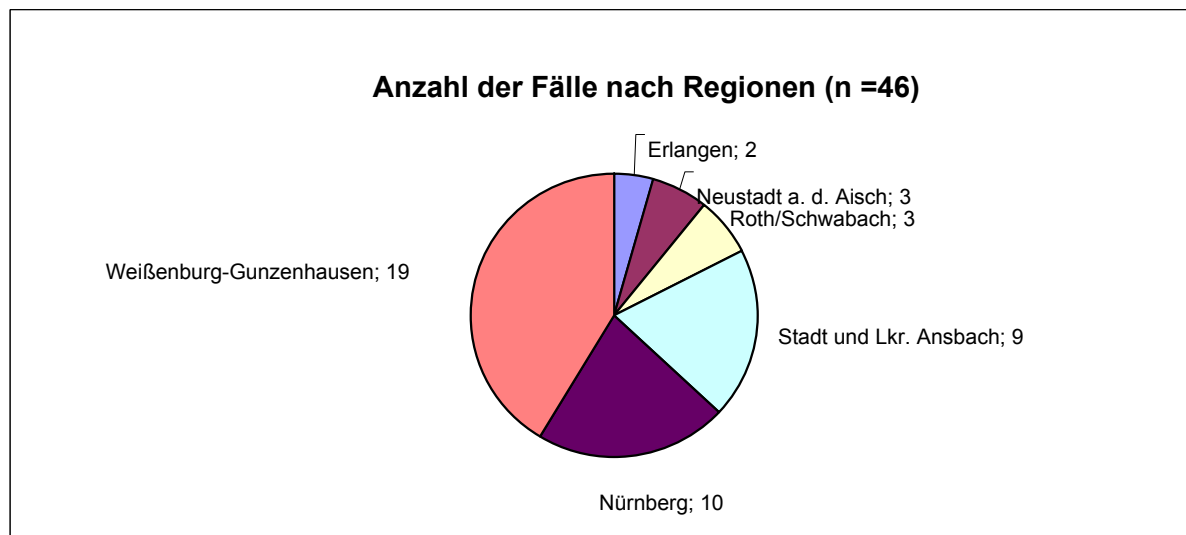


Grafik 1: Zugangsweg zum Fallmanagement

Unter „Sonstige“ wurde mit 22-mal am häufigsten genannt der Zugangsweg über die GeFa/ Angehörigenberatung e.V. sowie Angehörige, Nachbarn, Bekannte oder Betreuer der Erkrankten. Am zweithäufigsten wurde 21-mal der Zugangsweg über den Pflegedienst genannt. Hier konnten Fallmanagerinnen z.B. bei einem Pflege- oder Beratungsbesuch auf das Angebot hinweisen. So kommen z.B. die Mehrfachnennungen zustande, wenn ein Angehöriger das Fallmanagement nutzen wollte für die oder den erkrankten Familienangehörigen. In 5 Fällen hatte der Klient/ die Klientin selbst den Kontakt zum Pflegedienst aufgenommen, um das Fallmanagement in Anspruch nehmen zu können. Nur in einem Fall kam der Kontakt über einen Arzt zustande.

4.3 Regionale Verteilung

Die regionale Verteilung der dokumentierten Fälle sieht folgendermaßen aus:



Grafik 2: Anzahl der Fälle nach Regionen

Wie der Grafik zu entnehmen ist, wurden die meisten Fälle im ländlichen Bereich bearbeitet. Die Region Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen ragt mit 41% der Fälle heraus. In der Stadt Nürnberg wurden 21,7% der Fälle bearbeitet. In der Region Stadt und Landkreis Ansbach wurden 19,6% der Fälle bearbeitet. In der Region Landkreis Roth/Stadt Schwabach und in der Region Landkreis Neustadt/A. - Bad Windsheim wurden jeweils 6,5% und in der Stadt Erlangen 4,3% der Fälle bearbeitet.

4.4 Alter und Geschlecht

In Tabelle 1 ist die Altersstruktur der Klienten im Fallmanagement-Projekt dargestellt (n=46). Das Durchschnittsalter lag bei 78,4 Jahren. Die jüngste Klientin war 56 Jahre, die älteste war 93 Jahre alt. Bei den männlichen Teilnehmern war der jüngste 67 Jahre und der älteste 91 Jahre alt.

Kategorie	Geschlecht	Alter in Jahren
Durchschnittsalter	männlich und weiblich	78,4
Mindestalter	männlich	67
Mindestalter	weiblich	56
Höchstalter	männlich	91
Höchstalter	weiblich	93

Tabelle 1: Mindest- und Höchstalter für weibliches und männliches Geschlecht

In Tabelle 2 ist die Geschlechterverteilung wiedergegeben (n=46). Gut drei Viertel der Erkrankten waren weiblichen und knapp ein Viertel war männlichen Geschlechts.

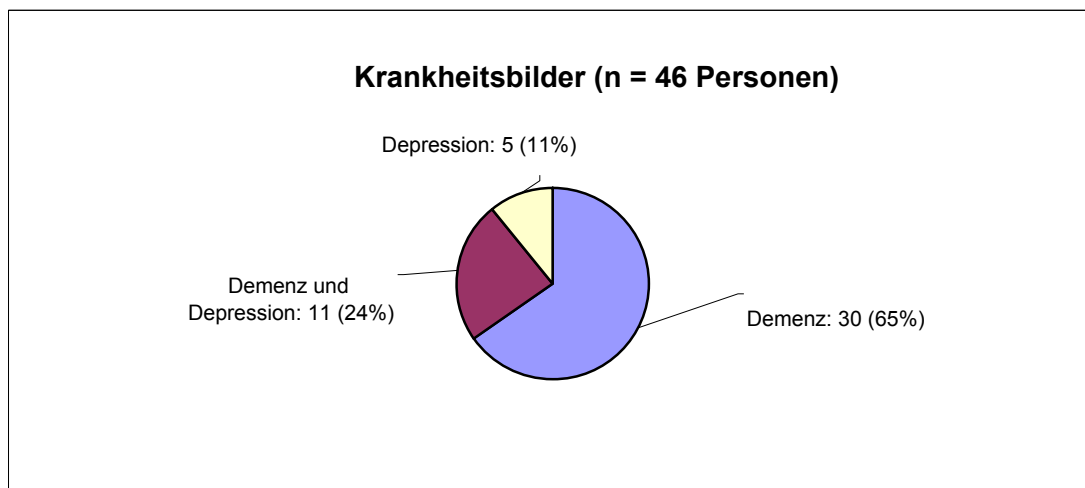
Geschlecht	Anzahl	Anteil in Prozent
weiblich	35	76%
männlich	11	24%

Tabelle 2.: Anzahl nach Geschlecht

4.5 Krankheitsbilder

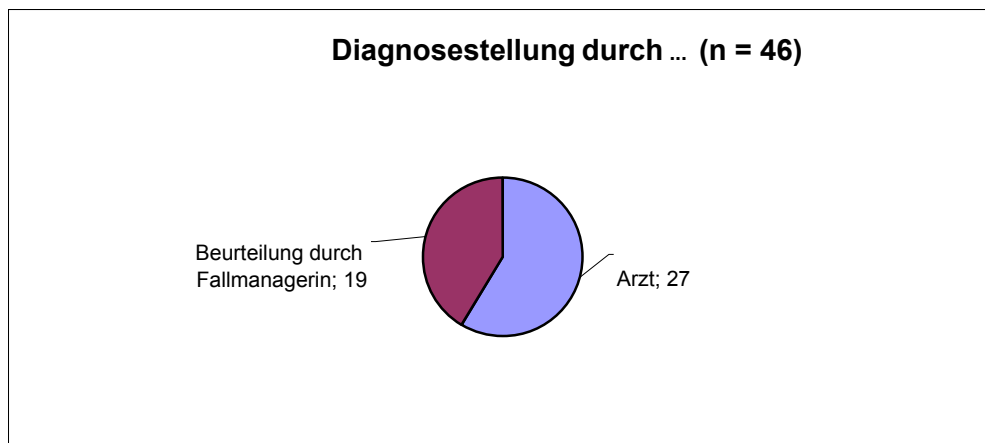
4.5.1 Psychiatrische Erkrankungen

Von den 46 Fällen wiesen lt. Angaben der Fallmanagerinnen rund zwei Drittel eine Demenz auf. Bei 11 Fällen lag eine Demenz und Depression vor und bei 5 Fällen eine Depression. Bei der Aufnahme der Klienten als „Fall“ war den Fallmanagerinnen eine Eigenbeurteilung möglich, was im Rückmeldebogen angegeben werden sollte. Zur Spezifizierung konnten die Testverfahren eingesetzt werden.



Grafik 3: Anzahl der Krankheitsbilder

In Grafik 4 ist die Verteilung der Diagnosestellung durch Arzt oder Fallmanagerin angegeben (n= 46). Bei rund 59% der Klienten lag bereits eine ärztliche Diagnose vor. Bei rund 41% der TeilnehmerInnen hatten die Fallmanagerinnen eine Eigenbeurteilung vorgenommen.



Grafik 4: Diagnosestellung durch Arzt oder Fallmanagerin

4.5.1.1 Eingesetzte Testverfahren

Insgesamt 27-mal konnten die Fallmanagerinnen eines oder mehrere der Testverfahren einsetzen, zu denen sie in der Einführungsveranstaltung eine Schulung erhalten hatten. Insgesamt 12-mal wurde der Test abgebrochen, weil entweder die Situation für den Erkrankten zu belastend oder die Aufmerksamkeitsspanne der Erkrankten zu kurz war.

Testverfahren	Anzahl	Abgebrochen bzw. nicht durchführbar oder verweigert
MMST	14	2
DemTect	7	2
GDS	6	1
Nicht durchführbar	/	7
Insgesamt	27	12

Tabelle 3: Eingesetzte Testverfahren

4.5.1.2 Erzielte Ergebnisse bei der Durchführung der einzelnen Testverfahren

Der **Mini-Mental Status Test (MMST)** erlaubt eine Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten eines älteren Menschen. Erfasst werden z.B. zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen. Es kann ein Wert von 0 bis 30 Punkten erreicht werden. 30 Punkte stehen für uneingeschränkte, 0 Punkte für schwerstbeeinträchtigte kognitive Funktionen. Eine Punktzahl <20 Punkte weist auf eine leichte bis mittlere Demenz hin, eine Punktzahl <10 weist auf eine schwere Demenz hin.

Die Ergebnisse beim MMST lagen bei einem Punktwert von 5 bis 24 Punkten.

Erzielte Punkte im MMST	5	6	11	13	14	16	19	21	24
Anzahl der Tests	2	1	3	1	1	2	1	1	2

Tabelle 4: Anzahl der erzielten Punktzahl im MMST

Der **DemTect** ist ein Test für eine erste Demenzdiagnostik und enthält Aufgaben zu den Funktionen verbales Gedächtnis, Wortflüssigkeit, intellektuelle Flexibilität und Aufmerksamkeit. Die Ergebnisse der Einzelaufgaben werden in Punkte umgerechnet. Die Punkte-Skala reicht von 0 bis 18 Punkte. Werte ab 13 Punkten sprechen für eine angemessene kognitive Leistung, zwischen 9 und 12 Punkten ist von einer milden kognitiven Beeinträchtigung und bei Werten unter 8 von einer Demenz auszugehen.

Die Ergebnisse beim DemTect lagen bei einem Punktwert zwischen 1 und 5 Punkten.

Erzielte Punkte im DemTect	1	2	4	5
Anzahl der Tests	1	1	1	4

Tabelle 5: Anzahl der erzielten Punkte im DemTect

Die **Geriatrische Depressionsskala (GDS)** besteht aus 15 Fragen, die jeweils mit «Ja» und «Nein» beantwortet werden können. Mehr als 5 Punkte legen den Verdacht auf das Bestehen einer Depression nahe, bei 11 und mehr Punkten muss von einer manifesten Depression ausgegangen werden.

Die Ergebnisse beim Einsatz der Geriatrischen Depressionsskala ergaben bei fünf Personen den Hinweis auf das Vorliegen einer Depression. Die Antworten lagen zwischen 6 und 11 Ja-Antworten.

Anzahl der Ja-Antworten bei der GDS	6	7	9	11	„überwiegend Ja-Antworten“
Anzahl der Tests	1	1	2	1	1

Tabelle 6: Anzahl der Ja-Antworten bei der GDS

4.5.2 Somatische Erkrankungen

Zusätzlich zu den psychiatrischen Erkrankungen litten die KlientInnen an weiteren somatischen Erkrankungen, deren Anzahl in der folgenden Tabelle dargestellt ist.

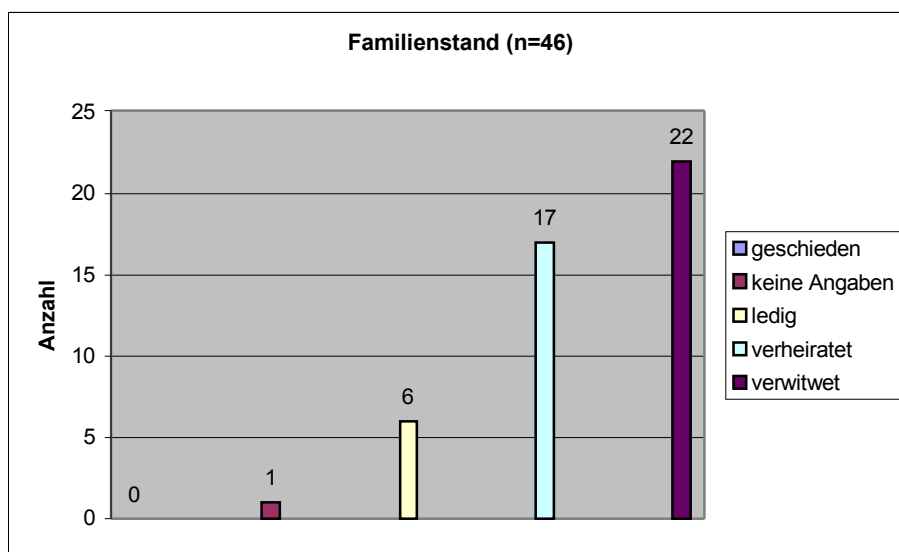
Art der	Herz-/	Stoffwechsel	Degenerativ	Neurologisch
---------	--------	--------------	-------------	--------------

Erkrankung	Kreislauf			
Anzahl	18	11	10	9

Tabelle 7: Anzahl somatischer Erkrankungen (Mehrfachnennungen möglich)

4.6 Lebenssituation

Von den 46 KlientInnen waren 22 (= 47,8%) verwitwet, 17 Personen (= 36,9%) waren verheiratet. 6 Personen (= 13%) waren ledig. Einmal wurde keine Angabe zum Familienstand vorgenommen.



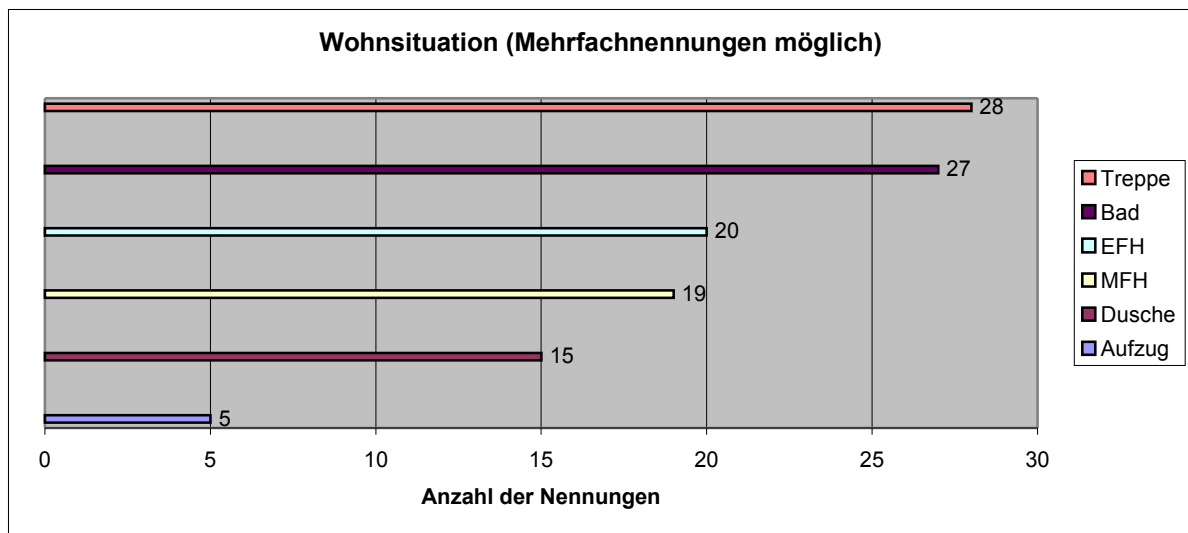
Grafik 5: Familienstand der Erkrankten

Knapp zwei Drittel der 46 Personen (= 30 Personen) lebten mit bzw. bei ihren Angehörigen und gut ein Drittel (= 16 Personen) der Betroffenen lebte allein.

Wohnform	Anzahl	In Prozent
Alleinlebend	16	34,8%
mit Angehörigen	30	65,2%

Tabelle 8: Wohnform der Erkrankten

Wie sah die Wohnsituation der Betroffenen und ihrer Familien aus? 28 Personen mussten Treppen überwinden, 5 Personen konnten einen Aufzug nutzen. Ein Bad stand 27 Personen zur Verfügung, 15 Personen konnten eine Dusche nutzen. 20 Personen lebten in einem Einfamilienhaus, 19 Personen in einem Mehrfamilienhaus. Alle, die in einem Einfamilienhaus lebten, waren in den ländlichen Regionen Mittelfrankens ansässig. Für 7 Personen lagen zu dieser Frage keine Angaben vor.



Grafik 6: Wohnsituation der KlientInnen

4.7 Problemstellungen

Bei welchen Problemstellungen ergab sich für die Erkrankten und ihre Angehörigen ein Hilfebedarf? Hinsichtlich der Pflegeeinstufung, der ärztlichen Versorgung und der im Verlauf der Erkrankung auftretenden Verhaltensänderungen können die Angaben der Fallmanagerinnen zugrunde gelegt werden.

4.7.1 Pflegeeinstufung

Wichtig für die Erkrankten und ihre Angehörigen war oftmals, eine Pflegeeinstufung bzw. Höherstufung zu erreichen, denn beim überwiegenden Anteil der KlientInnen (= insgesamt 86,9%) lag zu Beginn des Fallmanagements entweder überhaupt noch keine Einstufung oder die Einstufung in Pflegestufe 1 (= jeweils 43,4%) vor. Wie Tabelle 9b zu entnehmen ist, konnte in 6 Fällen eine Höherstufung erzielt werden. In 15 Fällen wurde die Einstufung bzw. eine Höherstufung beantragt. In einem Fall hatte sich eine Rückstufung ergeben.

Pflegeeinstufung zu Beginn:

Pflegestufe	Anzahl
keine	20
Stufe I	20
Stufe II	6

Tabelle 9a: Pflegeeinstufung zu Beginn

Pflegeeinstufung am Ende im Vergleich zum Beginn:

Pflegestufe	Anzahl
erhöht	6
rückgestuft	1
gleich geblieben	39
Erhöhung oder Einstufung beantragt	15

Tabelle 9b: Pflegeeinstufung am Ende

4.7.2 Ärztliche Versorgung

Wie sah es mit der ärztlichen Versorgung aus? Eine Aufgabe der Fallmanagerinnen war es, den Zugang zur notwendigen medizinischen Diagnostik und Therapie mit zu unterstützen. Bei etwas mehr als der Hälfte der KlientInnen (= 56,5) wurde die fachärztliche Versorgung bereits wahrgenommen. Etwas mehr als ein Drittel (=37%) wurde bisher jedoch nur durch den Hausarzt versorgt.

Ärztliche Versorgung durch	Anzahl	Anteil in Prozent
nur Hausarzt	17	37
nur Facharzt	1	2,2
Hausarzt und Facharzt	26	56,5
Kein Arzt oder keine Angabe	2	4,3

Tabelle 10: Anteil der Haus- und Facharztversorgung

Wie viele Diagnosen lagen bei den KlientInnen vor?

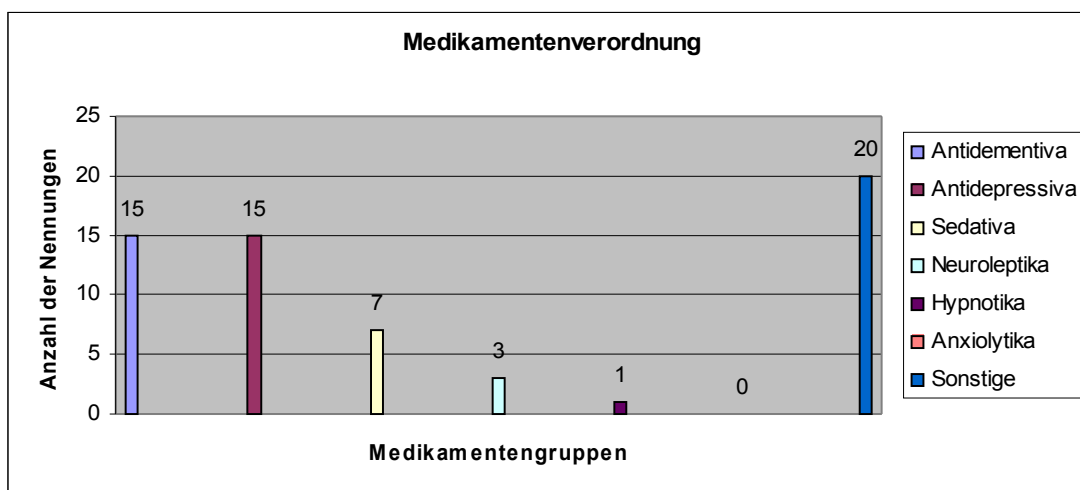
Anzahl der Diagnosen	Anzahl der Personen	Anteil in Prozent
0	3	6,5
1	13	28,3
2	12	26,1
3	10	21,7
4	5	10,9
5	3	6,5

Tabelle 11: Anzahl der Diagnosen pro KlientIn

Der Anteil der KlientInnen mit einer oder zwei Diagnosen lag mit jeweils rund 28% und 26% in etwa gleichauf. Bei 21% der KlientInnen lagen drei Diagnosen vor. Der Anteil der Personen, bei denen keine Diagnose vorlag oder bei denen - als häufigste Anzahl - fünf Diagnosen vorlagen, betrug jeweils 6,5%. Bei fünf Personen (= 10,9%) lagen vier Diagnosen

vor. Somit lagen bei insgesamt 65,2% oder rund zwei Drittel der KlientInnen zwei und mehr Diagnosen vor. Dies stützt die in der Fachliteratur getroffene Aussage von der Multimorbidität der Zielgruppe.

Was kann über die medikamentöse Versorgung der KlientInnen hinsichtlich der psychiatrischen Symptome ausgesagt werden? Jeweils 15 Personen erhielten Antidementiva oder Antidepressiva verordnet. Sieben Personen erhielten Sedativa verordnet, drei erhielten Neuroleptika und eine Person erhielt Hypnotika verordnet. 20 Personen erhielten darüber hinaus weitere Medikamente. Dabei handelte es sich um Medikamente zur Behandlung der somatischen Erkrankungen wie Bluthochdruck und Herz- Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und z.B. Schilddrüsenerkrankungen. Darüber hinaus wurden u.a. Antiepileptika oder Gichtmittel sowie Cholesterin- oder Prostatamedikamente verabreicht.



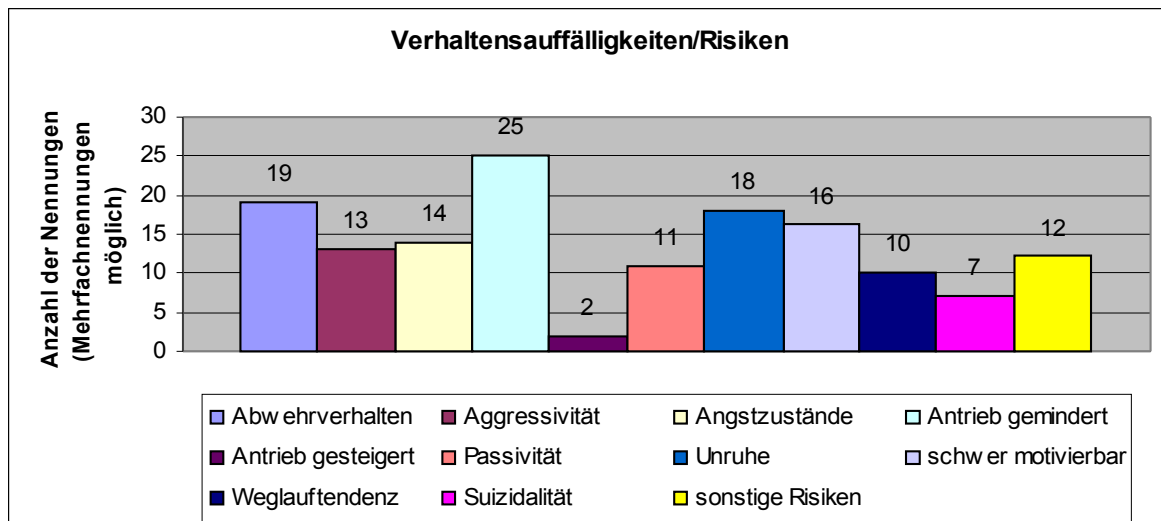
Grafik 7: Medikamentenverordnung

Die korrekte Medikamenteneinnahme sicherzustellen, ist eine wichtige Aufgabe in der Betreuung und Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Die Fallmanagerinnen sollten diesen Hilfebedarf mit überprüfen und ggf. für eine Sicherstellung sorgen. Bei 21 Personen (= 45,7%) wurden die Medikamente gerichtet und erfolgte die Einnahme unter Aufsicht eines ambulanten Pflegedienstes. Bei sieben Personen wurden die Medikamente gerichtet, die Einnahme jedoch nicht beaufsichtigt. Bei jeweils neun Personen erfolgte entweder die Einnahme unter Aufsicht oder es waren keine Hilfen notwendig bzw. lagen keine Angaben über erforderliche Hilfen vor.

Medikamente	Anzahl
werden gerichtet und Einnahme erfolgt unter Aufsicht	21
nur gerichtet	7
nur Einnahme erfolgt unter Aufsicht	9
keine Hilfen bzw. keine Angaben	9

4.7.3 Verhaltensauffälligkeiten/ Risiken

Was waren die besonderen Probleme der Menschen mit einer Demenz und/ oder einer Depression, die durch das Fallmanagement-Projekt erreicht werden konnten?



Grafik 8: Verhaltensauffälligkeiten/ Risiken (Mehrfachnennungen möglich)

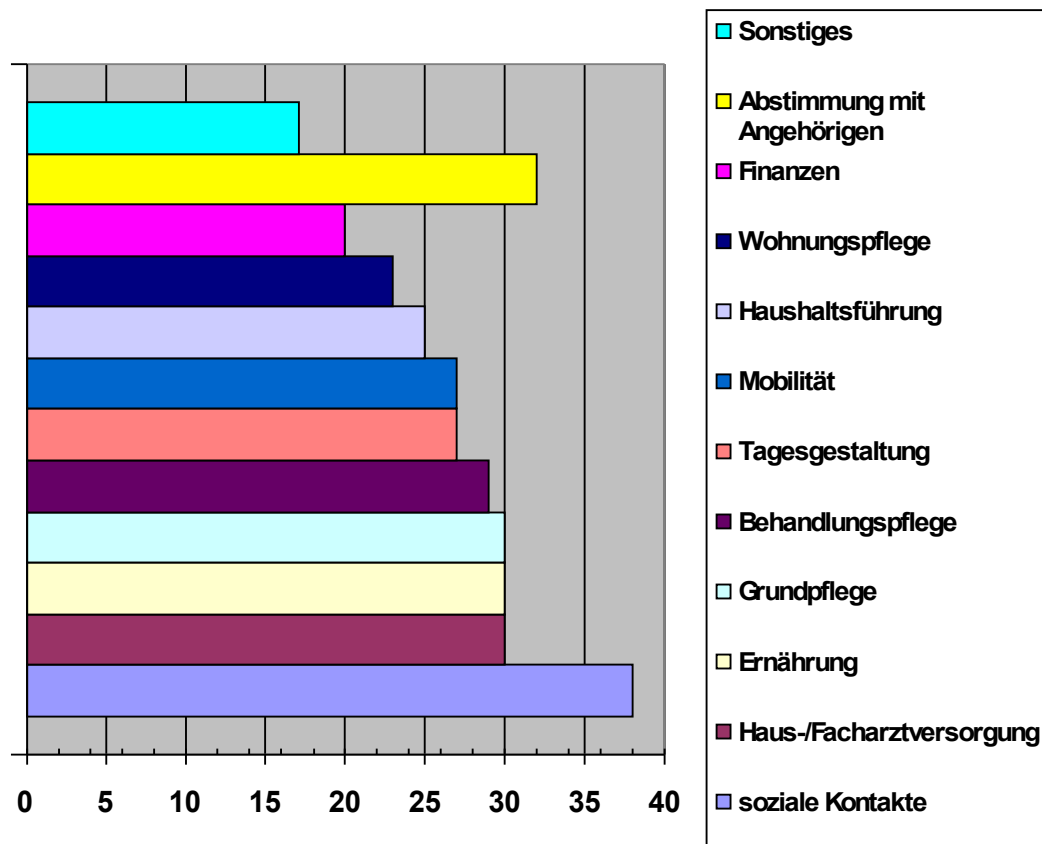
Bei 25 Personen (= 54,3%) wurde ein verminderter Antrieb durch die Fallmanagerinnen festgestellt. 19 Personen (= 41,3%) zeigten ein Abwehrverhalten. 16 Personen (= 34,8%) wurden als schwer motivierbar beschrieben. Die genannten Symptome erschweren die Betreuung und Versorgung der Erkrankten, die zum überwiegenden Anteil noch von den Angehörigen geleistet wurde. Diese Annahme scheint berechtigt, da nur ein geringer Anteil bereits in Pflegestufe 2 eingestuft war (s. Tab. 9a). Andererseits zeigten 18 Personen (=39%) Unruhe und 10 Personen (= 21,7%) zeigten eine Weglauftendenz. Bei 13 Personen (= 28,3%) wurde Aggressivität festgestellt. Diese Verhaltensweisen oder mögliche Reaktionen auf nicht adäquaten Umgang mit den Erkrankten erschweren die Pflege und Betreuung im häuslichen Alltag. Bei immerhin 14 Personen (= 30,4%) wurden Angstzustände und bei 7 Personen (= 15,2%) wurde Suizidalität durch die Fallmanagerinnen festgestellt. Auch dies sind Verhaltensauffälligkeiten, die neben der notwendigen medizinischen Versorgung eine angepasste Vorgehensweise erfordern und eine besonders große Herausforderung im Umgang mit den Erkrankten darstellen. Hier können niedrigschwellige Angebote einen wichtigen Beitrag zur Entlastung bieten.

5 Fallbearbeitung

5.1 Hilfebedarf und Hilfeplanung

Anhand des Hilfebedarfsplanes, der den Fallmanagerinnen die Erkundung und anschließende Organisation notwendiger Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen sollte, wurde von den Fallmanagerinnen in Abstimmung mit den Klienten und - sofern vorhanden - mit deren Angehörigen für die in Grafik 9 dargestellten Bereiche ermittelt, welche Unterstützung durch wen erfolgen sollte. Dies war in immerhin 32 von 46 Fällen (= 69,6%) möglich. Die fortschreitende Einschränkung der Alltagsbewältigung und die zunehmend fehlende Strukturierung wurden von den Fallmanagerinnen als die zentrale Problematik angesehen. Dazu wurde besonders für die Alleinlebenden eine zunehmende Vereinsamung beobachtet und vereinzelt bereits Tendenzen zur Verwahrlosung beschrieben. Besondere Bedeutung erlangte vor diesem Hintergrund der Aufbau von sozialen Kontakten. Dies wurde in 38 Fällen (= 82,6%) als notwendig erachtet. Bei den KlientInnen, die mit ihren Angehörigen zusammen lebten, wurde besonders die Belastung der Angehörigen hervorgehoben.

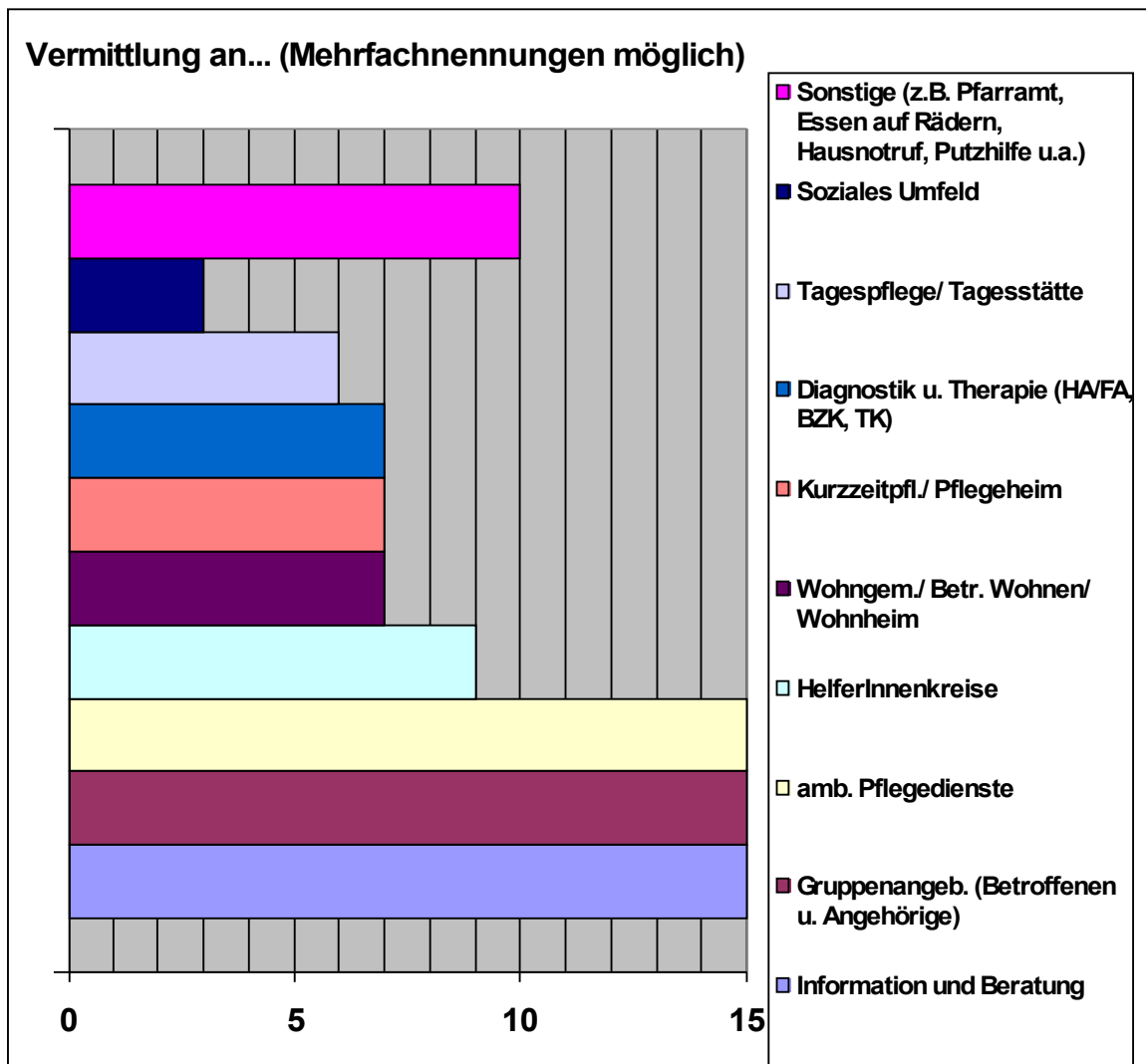
Hilfebedarf für Kategorie... (Mehrfachnennungen möglich)



Grafik 9: Hilfebedarf in den verschiedenen Kategorien

5.2 Vermittlung/ Einbindung

Der ermittelte Hilfebedarf diente als Grundlage für die zu organisierenden Unterstützungsleistungen, deren Nutzung zur Stabilisierung der häuslichen Situation beitragen sollte. Dies geschah in Absprache mit den KlientInnen und den Angehörigen. Welche Unterstützungsangebote wurden empfohlen und an welche Dienste/ Stellen/ Einrichtungen wurden die Erkrankten mit ihren Angehörigen weitervermittelt?



Grafik 10: Vermittlung an weitere Unterstützungsangebote

Es fanden 15 Weiterverweisungen an Beratungsstellen statt bzw. wurden den Angehörigen Informationen über die Erkrankung, den Umgang mit den Erkrankten und weitere Informationen übermittelt. Da rund zwei Drittel der Erkrankten mit oder bei Angehörigen lebten, kam der Information der Angehörigen über das Krankheitsbild und der Schulung zum Umgang besondere Bedeutung zu. Ebenfalls 15-mal wurden entweder die Betroffenen selbst und/ oder die Angehörigen in Gruppenangebote vermittelt. Desgleichen fand 15-mal eine

Vermittlung an ambulante Pflegedienste statt oder die Pflege wurde durch den eigenen Pflegedienst ausgeweitet bzw. wurden weitergehende Pflegeleistungen erbracht. Dies weist auf den zunehmenden Pflegebedarf der Erkrankten auch im Hinblick auf die Multimorbidität hin. In 9 Fällen wurde speziell auf den HelferInnenkreis verwiesen, dessen Einsatz der stundenweisen Entlastung der Angehörigen dient und den Erkrankten Anregung und sozialen Kontakt bietet. 7-mal fanden Weiterverweisungen an ambulante Wohnformen, wie z.B. Betreutes Wohnen aber auch eine spezielle Wohngemeinschaft statt. Auf Grund von zunehmender Pflegebedürftigkeit bzw. akuten Erkrankungsfällen erfolgte in ebenfalls 7 Fällen eine Weitervermittlung in die Kurzzeitpflege bzw. in ein Pflegeheim. Die Verbesserung der medizinischen Versorgung wurde in 7 Fällen durch eine Vermittlung zur Diagnostik und Therapie entweder durch den Haus- oder Facharzt oder die Gedächtnissprechstunde oder die Tagesklinik eingeleitet. In 6 Fällen konnte eine Vermittlung an die Tagespflege/ Tagesstätte erfolgen – ein Angebot, das den Betroffenen Aktivierung und soziale Kontakte und den Angehörigen Entlastung bietet. In 3 Fällen konnte das soziale Umfeld (Nachbarn u.a.) in die Versorgung eingebunden werden. Unter „Sonstiges“ erfolgten insgesamt 10 Nennungen bzgl. der Weitervermittlung an einen Hausnotrufdienst, Putzhilfen, Essen auf Rädern oder eine Vermittlung an das Pfarramt u.a.

Zusätzlich wurde in 7 Fällen die Verbesserung bzw. Sicherstellung der Medikamentenversorgung genannt, explizit genannt jeweils 1-mal durch Antidementiva und Antidepressiva. Ebenfalls jeweils 1-mal genannt wurde die Einleitung von Ergotherapie und Krankengymnastik.

5.3 Zeitaufwand

Eine wichtige Angabe für die Auswertung der Ergebnisse ist der Zeitaufwand, der pro Hausbesuch notwendig war und die Erfassung der Anzahl der notwendigen Telefonkontakte pro Fallbearbeitung.

5.3.1 Erster Hausbesuch

Der erste Hausbesuch wurde zur Kontaktaufnahme, Bedarfsermittlung, Information, Dokumentation, Testung der Erkrankten und Abstimmung über das weitere Vorgehen genutzt. Für 44 Fälle wurden insgesamt 2.750 Minuten eingesetzt. Pro Fall wurden beim ersten Hausbesuch durchschnittlich 62,5 Minuten oder ca. 1 Stunde aufgewandt. Für zwei Fälle lagen keine Angaben vor. Der niedrigste Zeiteinsatz lag bei 20 Minuten und der höchste Einsatz lag bei knapp 2 Stunden (= 110 Minuten).

5.3.2 Zweiter Hausbesuch

Der zweite Hausbesuch wurde genutzt zur weiteren Bedarfsermittlung, zur Erläuterung von Maßnahmen, zur Abstimmung über Maßnahmen, zur Planung, zur Testung und als Abschlussgespräch. Für 39 Fälle wurden insgesamt 1.940 Minuten aufgewendet. Die eingesetzte Zeit für den Besuch lag zwischen 5 und 120 Minuten (= 2 Stunden). Durchschnittlich wurden 49,7 Minuten pro Hausbesuch aufgewandt.

5.3.3 Dritter Hausbesuch

Der dritte Hausbesuch wurde genutzt zur weiteren Bedarfsfeststellung, zur Besprechung und Erkundung der Wünsche, zur Information, Planung und Organisation, zur Testung und als Abschlussgespräch. Für 25 Fälle wurden insgesamt 1.374 Minuten aufgewendet. Die eingesetzte Zeit pro Hausbesuch lag zwischen 10 und 125 Minuten. Durchschnittlich wurden 55 Minuten pro Hausbesuch aufgewandt.

5.3.4 Telefonkontakte

Insgesamt wurden für 38 Fälle 165 Telefonkontakte dokumentiert. Pro Fall wären dies rund 4 Telefongespräche. Mit 123 Telefonkontakten erfolgte die überwiegende Anzahl fallbezogener Telefonkontakte (= 74,5%) durch die Fallmanagerinnen. 43 Telefonkontakte (= 26,1%) erfolgten durch „Sonstige“ wie z.B. den Angehörigen, Nachbarn, MitarbeiterInnen von Institutionen, Diensten, Stellen o.a. Dreimal erfolgte der Telefonkontakt durch den Klienten selbst. Die Telefonate dienten überwiegend der Absprache und Informationsvermittlung, in einem Fall auch der Entlastung.

In einem Fall wurden 8 Telefonkontakte mit einem Erkrankten dokumentiert, der aus Sorge die Privatnummer der Fallmanagerin nutzte. Diese Kontakte sind in der obigen Auflistung nicht enthalten.

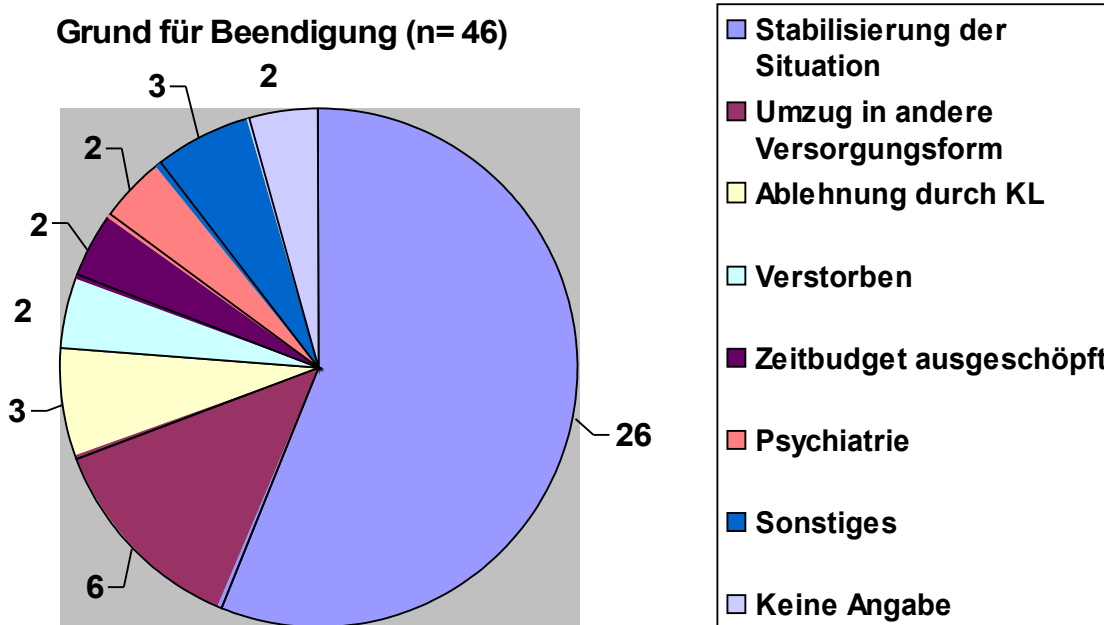
Der Zeitaufwand pro Telefonkontakt lag zwischen 5 und 25 Minuten. Bei 37 Fällen wurden insgesamt 385 Minuten aufgewendet, das entspricht durchschnittlich 10 Minuten pro Telefonkontakt.

5.3.5 Kilometer- und Zeitaufwand

Die überwiegende Anzahl der KlientInnen lebte im ländlichen Bereich (s. Grafik 2/ Regionale Verteilung). Als weiteste zurückzulegende Entfernung für einen Hausbesuch wurden 30 Kilometer angegeben. Die kürzeste Strecke lag bei einem Kilometer. Entsprechend unterschiedlich hoch fiel damit die aufgewendete Fahrzeit auf, die zwischen 2,5 Minuten und 30 Minuten pro Fahrstrecke variierte.

5.4 Grund für Beendigung

Als Grund für die Beendigung des Fallmanagements wurde von den Fallmanagerinnen in 26 Fällen (= 56,5%) angegeben, dass es zu einer Stabilisierung der Situation gekommen und keine weitere Hilfe notwendig wäre oder dass es zu einer Stabilisierung des Erkrankten gekommen wäre oder Hilfestellung durch die Familie gewährt würde bzw. der Versorgungsbedarf geregelt wurde. In 6 Fällen (= 13%) fand ein Umzug in ein Pflegeheim (2x), in das Betreute Wohnen, eine Wohngruppe, eine ambulante Wohngemeinschaft oder eine Hausgemeinschaft statt. In 2 Fällen wurde die Einweisung in die Psychiatrie veranlasst. In weiteren 2 Fällen war das vorgesehene Zeitbudget von 6 Monaten für die abschließende Fallbearbeitung ausgeschöpft. Einmal wurde auf Grund der Einschätzung des Ehepartners die Bearbeitung beendet. In einem weiteren Fall kam es zur Übernahme der Betreuung durch einen Angehörigen und einmal war wegen Wegzugs keine weitere Kontaktaufnahme mit den Angehörigen möglich. In 2 Fällen wurde das Fallmanagement beendet, da der Klient verstorben war. In 3 Fällen (= 6,5%) lehnte der Klient jede Hilfe ab, so dass das Fallmanagement beendet wurde.



Grafik 11: Grund für Beendigung des Fallmanagements

6 Diskussion und Ausblick

Im Folgenden soll versucht werden, einige Schlussfolgerungen aus den vielfältigen Daten zu ziehen um zu einer Aussage über den Erfolg oder Misserfolg des Fallmanagement-Projektes zu kommen. Zu klären ist die Frage, ob Pflegedienste geeignet sind für die Übernahme eines Fallmanagements und ob es weitergeführt werden soll? Sollte dieses bejaht werden, ist zu klären, welcher von den teilnehmenden Diensten für eine Weiterführung in Frage kommt und

wie die Finanzierung aussehen soll. Eine weitere Finanzierung aus dem Budget für das „Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie“ ist nicht vorgesehen und erscheint aus Sicht der GeFa als nicht angemessen. In einer abschließenden Befragung der Fallmanagerinnen konnten diese angeben, welche Abrechnungsart sie für das Fallmanagement bevorzugten. 15 Fallmanagerinnen wünschten sich eine stundenweise Abrechnung. Zwei Fallmanagerinnen sprachen sich für eine Pauschale aus, die jedoch wesentlich höher liegen sollte als die im Projekt gewährte Aufwandsentschädigung. Weitere Angaben lagen nicht vor.

Welches sind nun die Effekte des Fallmanagements?

Zur Klärung der aufgeworfenen Frage ist es notwendig, vorab einen Blick auf die Hürden zu werfen, die bei der Umsetzung des Fallmanagement-Projektes auftraten.

6.1 Hürden bei Umsetzung

Bei der Umsetzung des Fallmanagement-Projektes traten verschiedene Hürden auf, die mit dazu beigetragen haben, dass die Fallzahl nicht noch höher lag als bei den dokumentierten 46 Fällen. In den begleitenden Schulungen wurden die dazu aufgetretenen Fragestellungen aufgegriffen, konnten aber nicht immer gelöst werden.

a) Keine Krankheitseinsicht bei den Erkrankten

Eine Hürde liegt in der Tatsache begründet, dass die Betroffenen in den überwiegenden Fällen keine Krankheitseinsicht zeigen und folglich nicht von selbst nach Hilfe und Unterstützung verlangen und angebotene Hilfe nicht oder erst zu einem relativ späten Zeitpunkt der Erkrankung annehmen. In einem Fall, in dem bei einer Person z.B. ein Migrationshintergrund vorlag, konnten bestehende Versorgungsstrukturen nicht nutzbar gemacht werden, da in diesem Fall die Erkrankte keine fremden Personen in ihrer Häuslichkeit duldeten. Deren Angehörige beugten sich – wie andere auch - trotz Überlastung den Wünschen der Erkrankten.

b) Keine Einsicht in bestehenden Hilfebedarf bei den Angehörigen

Aus fachlicher Sicht wurde oftmals ein dringender Handlungsbedarf gesehen und versucht, die entsprechenden Maßnahmen zu vermitteln. Die Fallmanagerinnen stießen mit ihren Vorschlägen bei einigen Angehörigen auf Ablehnung. Als Erklärungsmöglichkeiten wurden zum einen fehlende Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen und zum anderen finanzielle Gründe herangezogen.

c) Zurückhaltung seitens der Fallmanagerin die Dienstleistung anzubieten

Von den 40 gemeldeten Fallmanagerinnen hatten 19 Fallmanagerinnen einen oder mehrere Fälle bearbeitet. Dies ist zum Teil in der persönlichen Einstellung der Fallmanagerinnen zum

Fallmanagement begründet. So äußerten einige Fallmanagerinnen in den Schulungen: *„Das machen wir ja sowieso schon.“* oder *„Die (Beratungs-)Situation ist nicht geeignet um das Fallmanagement anzubieten.“* In den Schulungen wurde diese Haltung hinterfragt und versucht, neue Sichtweisen oder Handlungsmöglichkeiten auszuloten. Dieses Bemühen stieß insofern an Grenzen, da zumeist nur die aktiven Fallmanagerinnen an den Schulungen teilnahmen. Für diese erwiesen sich das Coaching und die kollegiale Beratung als hilfreich.

d) Keine Zeit für die Durchführung aufgrund der Struktur der Dienste

Es lagen Kooperationsvereinbarungen mit den teilnehmenden ambulanten Pflegediensten in Mittelfranken vor. Für einige Fallmanagerinnen gestaltete sich die Bearbeitung eines Falles jedoch dadurch sehr schwierig, dass ihnen innerbetrieblich und trotz der gewährten Aufwandsentschädigung keine Zeit für die Bearbeitung des Falles und für die Dokumentation eingeräumt wurde. Dies führte dazu, dass einige Fallmanagerinnen Fälle unter erschwerten Bedingungen oder sogar außerhalb der regulären Arbeitszeit - zum Teil als Projektarbeit - bearbeiteten und dokumentierten.

e) Keine angemessene Aufwandsentschädigung

Eine weitere Hürde im Projekt kann darin zu finden sein, dass zum einen aus Sicht einiger Fallmanagerinnen eine zu geringe Aufwandsentschädigung gezahlt wurde. Wesentlicher ist der Einwand zu bewerten, dass der Zeitaufwand als zu gering bemessen angesehen wurde. Dies wurde jedoch nur von einer geringen Anzahl der Fallmanagerinnen geäußert. Dazu das Zitat einer Fallmanagerin: *„Bei professioneller, kontinuierlicher Begleitung der Erkrankten und ihrer Angehörigen sind weit mehr als die vorgesehenen 3 Besuche nötig! Dazu müssen weiterhin und vermehrt finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden! Denn: Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen wird angesichts der demografischen Entwicklung auch in Zukunft immer noch, immer wieder und immer mehr Thema sein.“*

Die teilweise unvollständige Dokumentation kann ebenfalls ein Hinweis auf die große zeitliche Belastung der Pflegedienstmitarbeiterinnen sein.

6.2 Effekte des Fallmanagements

Nach der Darstellung der Hürden soll nun nach möglichen positiven Effekten gefragt werden im Hinblick auf die Klienten und ihre Angehörigen, den Effekten für die ambulanten Pflegedienste und für den Bezirk Mittelfranken. Denn trotz der ausführlich dargestellten Hürden konnten in einem Zeitraum von 25 Monaten immerhin 46 Fälle in den verschiedenen Regionen Mittelfrankens bearbeitet werden. Dass sich hinter den „Fällen“ schwierigste menschliche Problemlagen und Schicksale verbergen, ist immer mitzubeachten.

6.2.1 KlientInnen

Von den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen wurde überwiegend große Zufriedenheit und Dankbarkeit für die erhaltene Unterstützung geäußert. Dazu ein Auszug aus dem Brief eines Angehörigen: „...Ich danke für die gute Beratung, die mich ermutigt hat, den Antrag an die Pflegekasse zu stellen. Dieser Schritt ist mir schwer gefallen, denn damit verbunden ist auch eine starke emotionale Komponente, nämlich das Eingeständnis, dass eine einstmals tüchtige, umsichtige Partnerin,..., nun auf die Hilfe von anderen angewiesen ist. Deswegen war der Kontakt mit der GeFa und die Beratung von Frau ein wichtiger Impuls in unserer Situation. ...“ Die Angehörigen fühlten sich sicherer im Umgang und besser informiert über die bestehenden Unterstützungsangebote.

Aus den eingeholten Beurteilungen des Fallmanagements durch die KlientInnen bzw. ihre Angehörigen für den Abschlussberichtsbogen lag eine Anzahl von 40 positiven Rückmeldungen (= 87%) vor. Die KlientInnen oder deren Angehörige äußerten ihre Dankbarkeit und Zufriedenheit. Es wurde von einer spürbaren Verbesserung oder/ und Entlastung der Situation berichtet. Das Fallmanagement wurde als positiv angesehen, die Angehörigen fühlten sich besser informiert und hatten eine gesteigerte Motivation. In einem Fall wurde von einer gesteigerten Lebensqualität gesprochen.

An negativen Aussagen lagen 6 Nennungen (= 13%) vor, die sich z.B. auf die fehlende Mitwirkung der Erkrankten (2x), einen fehlenden Fahrdienst, die fehlende Überweisung zum Facharzt, die Verschlechterung der Situation oder notwendige Einweisung des Erkrankten in die geschlossene Abteilung bezogen.

In einer anonymen Befragung nach Abschluss des Fallmanagements äußerten sich 7 Angehörige zu den Effekten folgendermaßen:

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft weniger zu	Trifft überhaupt nicht zu	Anzahl insgesamt
War das AGFM hilfreich in Ihrer Situation?	3	3	0	0	6
Konnte eine Heimeinweisung verzögert werden?	4	0	0	1	5
Konnte eine Heimeinweisung vermieden werden?	3	0	0	0	3
Konnten Ihnen geeignete ambulante Maßnahmen vermittelt werden?	3	3	0	0	6
Fühlen Sie sich in Ihrem Alltag durch die vermittelten Angebote entlastet?	2	3	0	0	5

Würden Sie das AGFM bei Bedarf wieder in Anspruch nehmen?	0	5	0	0	5
---	---	---	---	---	---

Tabelle 13: Befragung der Angehörigen zu den Effekten des AGFM

6.2.2 Ambulante Pflegedienste

Auf die Frage nach der Fortführung des Fallmanagements bekundeten 12 der 19 aktiven Fallmanagerinnen (= 63,2%) Interesse an einer Fortführung. 7 Fallmanagerinnen (= 36,8%) sprachen sich gegen eine weitere Teilnahme aus.

Wie die Fallmanagerinnen die Situation der Erkrankten und deren Angehöriger einschätzen, wird in der folgenden Tabelle dargestellt, die die Auswertung der abschließenden Befragung der Fallmanagerinnen zum AGFM wiedergibt.

	Trifft voll und ganz zu	Trifft zu	Trifft weniger zu	Trifft überhaupt nicht zu	Weiß nicht	Anzahl insgesamt
Konnten geeignete ambulante Maßnahmen vermittelt werden?	0	14	2	1	0	17
Konnte die Lebensqualität der Erkrankten verbessert werden?	3	14	2	0	0	19
Konnte die Lebensqualität der Angehörigen verbessert werden?	4	13	1	0	0	18
Wurden Ihre Vorschläge von den Erkrankten angenommen?	3	8	5	1	0	17
Wurden Ihre Vorschläge von den Angehörigen angenommen?	5	11	3	0	0	19
Konnte eine Heimeinweisung verzögert werden?	0	11	0	1	6	18
Konnte eine Heimeinweisung vermieden werden?	0	3	0	2	10	15
Haben Sie Interesse an	12	0	0	7	0	19

einer Fortführung des
AGFM?

Tabelle 14: Befragung der Fallmanagerinnen zu den Effekten des AGFM

6.2.3 Bezirk

Ob der Bezirk Mittelfranken Kosten einspart, wenn ein Fallmanagement angeboten wird, ist von Seiten der GeFa nicht eindeutig zu beantworten. Kostenneutral kann das Fallmanagement nicht finanziert werden, da es nicht aus dem Budget für das Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie finanziert werden kann. In welcher Höhe Kosten entstehen, hängt von der Höhe der Vergütung pro Fall und der Anzahl der Fälle ab, die zukünftig zu bearbeiten wären.

Vom ehemaligen Leiter des Instituts für Psychogerontologie in Erlangen, Prof. Oswald wurde vor Längerem folgende hypothetische Rechnung für Deutschland mit sehr konservativen Zahlen zu den Demenzerkrankten aufgestellt:

550.000 Senioren in Pflegeheimen

davon desorientiert: 45%

Kosten eines Pflegeplatzes durchschnittlich 2500 Euro/pro Mon.

Vermeidet man:

1 Monat Heimversorgung

6 Monate Heimversorgung

spart man:

0,62 Milliarden Euro

3,71 Milliarden Euro

„Die Pflegeversicherung deckt ... nicht sämtliche Pflegekosten ab. Zum einen sind ihre Leistungen limitiert, zum anderen übernimmt sie bestimmte Kosten nicht (z.B. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten im stationären Bereich). Wenn Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen die auf sie entfallenden Kosten nicht selbst tragen können und die erforderlichen Leistungen auch nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen, erhalten, werden die nicht finanzierten Kosten zur notwendigen Bedarfsdeckung von der Sozialhilfe übernommen.“ (Quelle: *Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Stand: 15.08.2006*).

Auf Grund der Angaben in Tabelle 13 und 14 zur Frage, ob eine Heimversorgung vermieden oder zumindest verzögert werden konnte, kann davon ausgegangen werden, dass dies überwiegend der Fall war. Angehörige übernehmen immer noch einen wesentlichen Teil der Betreuung und Versorgung der Erkrankten. Unabhängig von der Kostenfrage ist es wichtig, diesen eine entsprechende Unterstützung an die Seite zu stellen, die ihnen Entlastung bietet und sich hilfreich für die Erkrankten auswirkt, was zu einer Stabilisierung oder Verbesserung der häuslichen Situation für beide Seiten beiträgt.

6.3 Fazit der GeFa

Zur Frage, ob das gerontopsychiatrische Fallmanagement für demenzkranke und depressiv erkrankte ältere Menschen ein festes Angebot in der Versorgungslandschaft des Bezirks Mittelfranken werden soll, können aus Sicht der GeFa folgende Anmerkungen getroffen werden:

Sofern überhaupt ein Zugang zu den Betroffenen und ihren Familien hergestellt werden konnte, hat die Auswertung der vorliegenden Daten einen eindeutig positiven Effekt auf die Lebenssituation der Erkrankten und ihrer Angehörigen ergeben. Soll das Fallmanagement also in der bisherigen Form weitergeführt werden?

Mittlerweile haben sich neue Entwicklungen ergeben im Hinblick auf die Etablierung neuer bzw. den Ausbau vorhandener Strukturen zur Unterstützung besonders auch der an Demenz erkrankten Menschen. So sind Pflegedienste mit einer Fachstelle Beratung für pflegende Angehörige im Netzwerk Pflege bereits auf Demenzberatung spezialisiert. Diese Dienste stehen der Mitwirkung in den noch zu etablierenden Pflegestützpunkten besonders aufgeschlossen gegenüber. Außerdem wird die Beratung, Betreuung und Begleitung durch gerontopsychiatrische Fachkräfte an den Sozialpsychiatrischen Diensten in Mittelfranken weiter ausgebaut. Diese übernehmen nun auch das Case Management für demenzkranke und depressiv erkrankte ältere Menschen. Es ist von einem flächendeckenden Ausbau dieses Angebotes auszugehen. Mit ihrer (geronto-)psychiatrischen und sozialpädagogischen Kompetenz sind sie aus fachlicher Sicht besonders geeignet für diese Aufgabe. Sollte die Etablierung dieses Angebotes sich jedoch nur langsam verwirklichen lassen, plädiert die GeFa für die Weiterführung des Fallmanagements durch qualifizierte Pflegedienste in den Regionen, für die ansonsten von einer Unterversorgung auszugehen wäre. Sollte durch die derzeit begonnenen Verhandlungen mit einer großen Gesundheitskasse die ambulante gerontopsychiatrische Pflege in Mittelfranken etabliert werden können, kann das Case Management als ein Baustein in dem Gesamtsystem gesehen werden. Eine längerfristige und zeitlich intensive Alltagsbegleitung der Erkrankten in ihrer eigenen Häuslichkeit durch eine Bezugsperson kommt deren Bedürfnis nach Kontinuität entgegen. Die Angehörigen äußerten lt. Aussage einiger Fallmanagerinnen, dass die Familien sich Hilfe aus „einer Hand“ wünschen. Dem kann bei der komplexen Problemlage auf Grund einer gerontopsychiatrischen Erkrankung nicht immer entsprochen werden. Eine Kooperation der verschiedenen Dienstleister wäre deshalb jedoch zwingend notwendig. Der Aufbau von Doppelstrukturen sollte im Hinblick auf eine bessere Übersichtlichkeit in der Versorgungslandschaft auf jeden Fall vermieden werden. Die aufsuchende Arbeit ist bei der benannten Personengruppe unabdingbar. Qualifizierte und begleitete Pflegedienste können hierbei einen wichtigen Beitrag in der weiter zu gestaltenden Versorgungslandschaft leisten.

Die GeFa steht für die Koordination eines fortgeführten Angebotes in jedem Fall zur Verfügung.

GeFa Mittelfranken/ Elfi Ziebell/ Juni 2009

7. Anhang

7.1 Fallbeispiel 1

Eine Fallmanagerin aus der Stadt Nürnberg stellt folgenden Fall dar:

Bericht über einen unserer Klienten unseres ambulanten gerontopsychiatrischen Fallmanagements um einen Einblick in die Arbeit zu ermöglichen:

Wir kamen zu unserem Klienten durch seine Ehefrau, die wir mit Behandlungspflege ambulant versorgen. Die bereits 88-jährige Dame leidet an Diabetes und Beschwerden nach einem Schlaganfall, versorgt aber trotz ihrer eigenen Probleme ihren an Alzheimer erkrankten Ehemann. Der Mann hat zudem Probleme mit Inkontinenz und bereits eine Prostata-Operation hinter sich. Dazu kommen Probleme mit Schwindel und aufgrund seines Alters von 86 Jahren altersgemäße körperliche Beschwerden.

Sein Verhalten wechselt von Antriebslosigkeit in starke Unruhe, der Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört und immer wieder irrt er orientierungslos in der Wohnung umher. Der Alkoholkonsum stieg an.

Bei Aufforderung der Ehefrau zur Medikamenteneinnahme und zur - stark vernachlässigten - Körperpflege, zu der ihm zum einen die Einsicht fehlt und zu deren selbstständiger Durchführung er nicht mehr in der Lage ist, kam es regelmäßig zu starkem Abwehrverhalten bis hin zu verbaler Aggressivität.

Die Ehefrau war stark überfordert, als sie uns ihre Probleme anvertraute. Die Kinder halfen zwar bei den Einkäufen und bei der Wohnungspflege, sollten aber nicht zu sehr belastet werden.

Wir konnten in dieser Situation Hilfe anbieten, zu deren Umsetzung wir das „Ambulante gerontopsychiatrische Fallmanagement (AGFM)“ nahmen, wenngleich wir zunächst Mühe hatten unseren Klienten zur Annahme unserer Hilfe zu bewegen.

Bei unseren genaueren Betrachtungen konnten wir offensichtliche Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich und Einschränkungen im Orientierungsvermögen feststellen, zudem zeigten sich depressive Symptome. Unter Berücksichtigung der Biografie des Mannes und seiner Gewohnheiten - er war viele Jahre selbstständiger Handwerker und aktiv im Sportverein, zuletzt aber hatte er keinerlei Aufgaben mehr - erstellten wir unter Berücksichtigung der Wünsche der Angehörigen einen Bedarfsplan, der die Situation entspannen sollte.

Dazu benötigten wir ein Netz verschiedener Hilfen:

Wir nahmen Kontakt zum Hausarzt unseres Klienten auf und schilderten die Probleme, die wir von der Ehefrau wussten. Hausbesuche des Arztes hatten unregelmäßig stattgefunden, jedoch hatten bei den Besuchen weder der Klient noch die Ehefrau konkrete Probleme geschildert, so dass der Arzt nicht den nötigen Einblick in die belastenden

Verhaltensauffälligkeiten unseres Klienten haben konnte. Eine Diagnosestellung beim Facharzt über die Alzheimererkrankung hatte zwar vor längerem stattgefunden, jedoch war die medikamentöse Behandlung zum Zeitpunkt unserer Erhebungen nicht mehr angepasst. Nach Absprache mit dem Arzt vereinbarten wir eine Wiedervorstellung unseres Klienten beim Facharzt, für welche der Arzt eine Überweisung ausstellte.

Der Sohn erklärte sich bereit, mit dem Vater den Besuch bei dem von unserem Klienten bereits bekannten Facharzt durchzuführen, um die Verhaltensänderungen gezielter behandeln zu lassen. Dies stieß wie erwartet, wegen fehlender Einsicht unseres Klienten generell zu Arztbesuchen, auf Probleme. Wir nahmen zusätzlich Telefonkontakt zum Arzt auf, erläuterten die uns bekannten aktuellen Probleme und vereinbarten, künftige Arztkontakte wenn möglich über Hausbesuche stattfinden zu lassen und aktuelle Veränderungen telefonisch an die miteinbezogenen behandelnden Ärzte weiterzuleiten. Über einen längeren Zeitraum konnte dadurch für unseren Klienten eine geeignetere medikamentöse Behandlung erzielt werden.

Um Konfrontationen zu Lasten der Ehefrau zu vermeiden, regelten wir die Verabreichung der Medikamentengabe nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten über Verordnung durch häusliche Krankenpflege.

Wir rieten den Angehörigen, nochmals einen Antrag bei der Pflegekasse zu stellen, der im Vorfeld bereits einmal abgelehnt worden war. Durch genaue Begründung und Dokumentation über den tatsächlichen zeitlichen Aufwand an nötiger Beaufsichtigung, Anleitung sowie Übernahme bei der Pflege des Klienten konnten wir endlich eine Pflegeeinstufung erreichen.

Wir rieten zudem, einen Antrag auf Betreuung zu stellen, da der Klient wegen seiner Einschränkungen nicht mehr in der Lage war, seine Angelegenheiten selbst zu regeln und auch die Ehefrau nicht mehr in der Lage war, für alles Sorge zu tragen. Die Tochter stellte sich für diese Aufgabe zur Verfügung.

Der angeforderte Besuchsdienst der Angehörigenberatung konnte der Ehefrau zusätzlich zur Seite stehen, was sich als gute Ergänzung und Weiterführung unserer Arbeit erwies.

Wir vereinbarten gemeinsam, dass es hilfreich wäre, den Besuch unseres Klienten in der Tagespflege anzustreben, beginnend zumindest einmal wöchentlich. Um eventuelle Widerstände des Klienten besser abfangen zu können, vereinbarten wir für den Tag, an dem der Klient die Tagespflege besuchen sollte, ambulante Hilfe am Morgen, welche bei der Grundpflege und beim Ankleiden behilflich sein sollte, sowie den Klienten positiv auf den Besuch in der Tagespflege einzustimmen und vorzubereiten. Dies geschah sehr umsichtig und durch langsame Vorgehensweise um den Klienten nicht zu überfordern. Je nach Verfassung des Mannes gelingt dies nicht immer, was wir akzeptieren müssen, aber im Laufe der Zeit und Gewohnheit und auch unter der nach und nach besseren medikamentösen Behandlung doch oftmals.

Dies entlastet die Ehefrau, die dadurch zumindest ein wenig freie Zeit zur Verfügung hat. Zudem wirkt es sich positiv auf unseren Klienten aus, der sonst nur noch wenige soziale Anreize hat.

Ambulante Hilfe wurde unter Berücksichtigung des möglichen finanziellen Rahmens zusätzlich vereinbart, um die Ehefrau sowohl körperlich zu entlasten als auch problematische Situationen zu vermindern. Die Pflege wird einführend und motivierend gestaltet und nur in dem Rahmen, in dem unser Klient sie akzeptiert, ohne sie als Bevormundung zu empfinden. Dies setzt eine gute Planung der Pflege und ausreichende Absprachen unter den Pflegenden voraus.

Nötige Hilfsmittel wurden organisiert und auch die passende Inkontinenzversorgung wurde geregelt. Zwischenzeitlich gelang auch eine Wiedervorstellung unsres Klienten beim Urologen für weitere nötige Untersuchungen.

Die Kinder unseres Klienten konnten aufgeklärt und dazu angeregt werden, den Vater soweit möglich auf kleinere Spaziergänge und zu Beschäftigungen mitzunehmen, um die dringend nötige körperliche Auslastung am Tage zu erreichen.

Die Angehörigen wurden ebenfalls über die Krankheit informiert und konnten sich zusätzliche Hilfe und Beratung durch die Angehörigenberatung einholen, welche weiteren Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten noch möglich sind und über welche Wege sie dazu kommen. Wegen Sturzgefahr und zur allgemeinen Sicherheit beider Eheleute wurde ein Hausnotruf organisiert. Weitere Gefahrenquellen und Unsicherheiten in der Wohnung konnten verringert werden.

Einer der wichtigsten Punkte war es, die Ehefrau in Gesprächen über das Krankheitsbild der Demenz und damit verbundener möglicher Verhaltensänderungen besser zu informieren. Wir erreichten damit, dass sie etwas gelassener damit umgehen und auf kritische Situationen entsprechend reagieren kann.

Durch Umsetzung eines geregelteren Tagesrhythmus, Kontinuität in der Pflege, schnelles Reagieren auf Probleme von Seiten aller miteinbezogenen Dienste konnte so eine Basis geschaffen werden, die es unserem Klienten und seiner Ehefrau erlaubt, ihren Alltag in angenehmerer Weise miteinander zu verbringen. Unser Klient ist mittlerweile viel zufriedener, der Alkoholkonsum konnte verringert werden und auch die Nächte sind mittlerweile ruhiger geworden. Die Ehefrau ist ebenfalls ausgeglichener als vor Beginn unseres Fallmanagements.

Auch die Angst der Angehörigen, hilflos in unüberschaubaren Situationen alleine zu stehen, konnte durch bessere Informationen verringert werden, auch im Hinblick darauf, wie die Krankheit weiter fortschreitet.

Zeitliche, fachliche, körperliche und psychische Entlastung durch verschiedene Dienste und Hilfen und genaue Absprachen und Abstimmung aller Beteiligten erwiesen sich als ein

hilfreiches Netz für unseren Klienten und seine Angehörigen und wurden dankbar angenommen.

7.2 Fallbeispiel 2

Eine Fallmanagerin aus der Region Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen stellt folgenden Fall dar:

Die Motivation zur Teilnahme am AGFM ergab sich einerseits aus meinem Tätigkeitsfeld in der Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen, sowie andererseits aus der Notwendigkeit diesen Erkrankten und ihren Angehörigen die auf sie abgestimmte Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen.

Wie komme ich zu „einem Fall“?

Hier gibt es die unterschiedlichsten Zugangswege:

z.B. bei Entlassung aus der Klinik im Überleitungsprozess,
durch telefonische oder persönliche Anfrage, sei es in der Sprechstunde oder in der Öffentlichkeit,
durch Hausärzte,
durch Mitarbeiter im Ambulanten Dienst.

Durch die Überleitungsfachkraft an der Klinik bekam unser ambulanter Dienst die Mitteilung von der Entlassung Herrn X. Aus der Schilderung des momentanen Allgemeinzustandes gewann unsere Pflegedienstleitung den Eindruck, dies könnte doch „ein Fall für AGFM“ sein und informierte mich.

Gleichzeitig und unabhängig davon nahmen Familienangehörige mit mir Kontakt auf und schilderten ihre Probleme:

Vater ist nach Sturz im Krankenhaus, ist depressiv, hat keinen Lebensmut mehr. Dazu kam, dass er im Krankenhaus in einen Verwirrtheitszustand geriet. Zwar berichten die Angehörigen von einer zunehmenden Vergesslichkeit, die bereits vor der Klinikeinweisung bestand, aber dieser jetzige Zustand beunruhigte sie doch sehr. Jetzt steht die Entlassung zur Debatte und sie wissen nicht mehr weiter. Sie befürchten eine Demenzerkrankung. Da die Familie im Einzugsgebiet meiner Heimat- und Kirchengemeinde wohnt, und wir persönlich bekannt sind, erleichterte dies den Zugang sehr.

Wir vereinbarten einen Termin zum Hausbesuch, so wie Herr X. aus dem Krankenhaus entlassen war.

Der erste Hausbesuch war geprägt von vielen Fragen der Angehörigen:

„Wie sieht es mit der Pflegestufe aus?“

„Wer hilft uns beim Baden und Waschen?“

„Gibt es Möglichkeiten ihn aufzumuntern?“

„Wie sollen wir uns verhalten?“u.v.m.

Information und Beratung zu den Themen wurden im Gespräch weitergegeben.

Diese Gespräch wurde so gestaltet, dass Herr X mit einbezogen werden konnte und mit am Tisch saß. Er selbst hielt sich sehr zurück und überließ die Gesprächsführung seiner Ehefrau und den anwesenden Töchtern. Hier übernahm ich die Aufgabe in der Gesprächsführung, ihm immer wieder direkte Fragen zu stellen um ihn zu Wort kommen zu lassen. Verständlich war in dieser Situation, dass er nach dem Krankenhausaufenthalt sich erst wieder zu Hause eingewöhnen musste und noch erholungsbedürftig war. Er äußerte seine Zufriedenheit und Erleichterung wieder daheim in seiner gewohnten Umgebung sein zu können, machte aber einen mürrischen, abweisenden, gleichgültigen Eindruck.

Für ihn schien es außerordentlich wichtig: *„Kann ich wieder Autofahren? Wenn ich nur erst wieder Auto fahren könnte!“* Andere Wünsche waren ihm zu diesem Zeitpunkt überhaupt nicht wichtig! Nun, dieses Anliegen musste auch auf Anraten des Hausarztes zurückgestellt werden.

Die Familie wollte so gut es eben möglich ist, für ihren Vater da sein und sorgen. Mit der notwendigen Unterstützung in der täglichen Grundpflege fühlten sich die Angehörigen überfordert und Herr X wollte auch seinen fürsorglichen und resoluten Damen nicht zur Last fallen. Es war ihm wichtig, dass diese Tätigkeit abgegeben wurde. In Vereinbarung wurde dies an den ambulanten Pflegedienst delegiert.

Auf weitere therapeutische Maßnahmen wie Physiotherapie (zur Wiedererlangung der Mobilität und zur Sicherheit in der Bewegung) wies ich hin. Professionelle Unterstützung lehnte Herr X ab. Für ihn war es zunächst genug an Versorgung und Betreuung. Hier versicherten die Angehörigen, dass sie es zunächst selbst versuchen wollten. Sie hatten ja noch einen Helfer bei der Hand: den zu Haus und Hof gehörenden Hund! Dies war in diesem Moment die einzige Möglichkeit Herrn X Interesse für seine Umgebung zu fördern. Denn so die Aussage der Angehörigen: *„Wenn du wieder sicher auf den Beinen bist, dann sehen wir weiter.“*

Entlastende Dienste (Ehrenamtliche Helfer) und unterstützende Angebote (Angehörigentreffen) für die Angehörigen konnte ich mit ihnen besprechen. Sie wollten bei Bedarf darauf zurückgreifen.

Auch wenn diese Dienste nicht in Anspruch genommen wurden, konnte ich beobachten, dass durch die Gespräche bei persönlichen Begegnungen – z.B. beim sonntäglichen Kirchengang – den Angehörigen Sicherheit und Entlastung gegeben werden konnte. Es tat ihnen gut, eine ZuhörerIn zu haben, die für ihre Probleme ein offenes Ohr hatte.

Eingebettet in den familiären Verbund und in die häusliche Umgebung besserte sich der Allgemeinzustand des Vaters doch recht schnell. Er konnte in Begleitung seine auswärts wohnende Tochter mit Familie besuchen, was ihn sehr motivierte wieder mehr am

öffentlichen Leben teilzunehmen. Wenn er auch selbst bis heute nicht Auto fährt, so lässt er sich von seiner Tochter seither regelmäßig zum Sonntagsstammtisch in die angestammte Wirtschaft fahren und genießt die Gesellschaft. Zeitung lesen und Fernsehen gehört wieder – auch wenn nur ab und zu – zum Programm.

Die Verwirrheitszustände minderten sich sehr, er wurde – ganz besonders durch den Kontakt zu seinem Hund – wieder zuversichtlicher, die depressiven Zustände milderten sich. Zur Sicherheit in der Bewegung nutzt er jetzt einen Gehstock, der aber auch – aus Gründen der Eitelkeit – oftmals stehen bleibt.

Bei den vom AGFM vorgesehenen Besuchen konnte beobachtet werden, wie der Gesundheitszustand des Betroffenen sich entwickelte. Zwischenzeitlich auftretende Probleme und Fragen konnten zeitnah geklärt werden. Die persönlichen Kontakte und Gespräche mit den Angehörigen trugen dazu bei, die Belastungssituation der Betroffenen zu stabilisieren.

In der Durchführung des AGFM kommen Gedächtnistests, wie MMST (Mini-Mental Status Test), DemTect (zur Unterstützung der Demenz-Diagnostik) und die Geriatrische Depressionsskala (nach Yesavage et al.) zum Einsatz.

Hier kann ich berichten, dass in der besonderen Atmosphäre der häuslichen Umgebung die Erkrankten eher bereit sind dabei mitzuarbeiten. Geschickt in ein zwangloses Gespräch „verpackt“ merkt der Demenzkranke weniger, dass er „ausgefragt“ wird. Dies stellt aber eine besondere Anforderung an den Fallmanager. Geschick und Einfühlungsvermögen in die außerordentliche Situation der demenzkranken Menschen sind gefordert. Natürlich ist dadurch der Zeitaufwand erheblich erhöht.

Auf diese Art und Weise werden solche Tests gut toleriert und auch nicht als zusätzliche Überforderung durch eine „Prüfungssituation“ empfunden.

Persönliches Interesse und Engagement reichen bei weitem nicht aus, um die Betreuung und Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu verbessern. Durch das AGFM wird deutlich, dass auf diesem Gebiet, das Information, Beratung, Vermittlung von Betreuung und Entlastung, Führen von Gesprächen, Durchführen der Tests usw. beinhaltet, und deshalb sehr arbeitsintensiv ist, viel Zeit investiert werden muss.

7.3 Dokumentationssystem

7.3.1 Anforderungsprofil

Anforderungsprofil

für Pflegedienst-Mitarbeiter/-innen bei der Übernahme des ambulanten gerontopsychiatrischen Fallmanagements in Mittelfranken

→ Bereitschaft, insbesondere mit demenziell und depressiv erkrankten Menschen nicht primär pflegerisch, sondern koordinierend arbeiten zu wollen	
→ Bereitschaft zur Einbeziehung der Angehörigen und/oder anderer Bezugspersonen	
→ Teilnahme am Qualifizierungskonzept Gerontopsychiatrie Teil I und Teil II bzw. die Zusage, an Teil II teilzunehmen	
→ alternativ eine höherwertige (geronto-) psychiatrische Aus-/ Fort-/ Weiterbildung	
→ Erfahrungen mit demenziell und/oder depressiv Erkrankten durch vorherige/bisherige Tätigkeit	
→ Kommunikationsfähigkeit und – bereitchaft und gute Sprachkenntnisse in der Muttersprache der Klientin/ des Klienten	
→ Wertschätzender und respektvoller Umgang mit den Erkrankten und ihren Angehörigen	
→ Anwaltschaftliches Handeln unter Beachtung der Wünsche der Erkrankten und ihrer Angehörigen	
→ Bereitschaft zur Dokumentation der geleisteten Arbeit	
→ Bereitschaft zur Teilnahme an den regionalen Fallbesprechungen	
→ Wahrung der Neutralität bei der trägerunabhängigen Organisation bzw. Vermittlung der benötigten Hilfen	
→ Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit allen, die an der Unterstützung der Erkrankten und Ihrer Angehörigen beteiligt sind	
→ Wahrung der Schweigepflicht und Einholung der Entbindung von der Schweigepflicht bei der Koordination der verschiedenen Leistungserbringer	

→ Bereitschaft zur Reflexion des eigenen Handelns im Kontext des Fallmanagements	
→ Erkennen und Akzeptieren der Grenzen des eigenen Handelns	

7.3.2 Neutralitätserklärung

Erklärung

Der unterzeichnende Pflegedienst erklärt sich hiermit zur Einhaltung völliger Neutralität bei der Durchführung des ambulanten Fallmanagements bereit. Notwendige Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen werden träger- und personenneutral vermittelt.

Vorrangig bei der Vermittlung und Zuschaltung weitergehender Maßnahmen sind die Wünsche und Erfordernisse von Seiten der Betroffenen.

Die durchzuführenden Maßnahmen erfolgen auf der Grundlage der Biografiekenntnis und haben als Ziel die größtmögliche Motivierung,

Reaktivierung und Stärkung des Selbstwertgefühls des erkrankten Menschen und seiner Angehörigen.

Es wird eine Kooperation mit allen notwendigen weiteren informellen und professionellen Unterstützern angestrebt.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

7.3.3 Datenschutzerklärung

Datenschutzerklärung

zum „Ambulanten gerontopsychiatrischen Fallmanagement“

Die GeFa Mittelfranken erklärt hiermit, dass die durch die ambulanten Pflegedienste erhobenen Daten nur im Rahmen des Projektes genutzt und für die Abschlussdokumentation ausschließlich in anonymisierter Form bearbeitet und dargestellt werden.

Die erhobenen Daten werden nicht außerhalb des Projektes weitergegeben und keiner weiteren Nutzung – sei es kommerziell oder nichtkommerziell - außerhalb des Projektes zugeführt.

Nürnberg, den 26. April 06

7.3.4 Rückfax Fallmeldung

Absender:

.....

Bitte Rückfax senden an

.....

Fax- Nr.: 0911 / 28 760 80

Ich habe Kenntnis von einem Fall erhalten, der die Kriterien für das AGFM erfüllt.

Zugangsweg:

eigene/r Kunde/-in durch Patient/-in selbst Arzt

sonstiger Zugangsweg _____

Die Person ist:

männlich weiblich

Alter: _____

Demenz

Eigenbeurteilung

Depression

Ärztliche Diagnose

Pflegestufe keine 1 2

Schweigepflichtentbindung liegt vor

Fallmanager/-in (Name, Vorname): _____

Ich bitte um Bestätigung.

Bestätigung durch GeFa

wird erteilt

nicht erteilt.

(Datum und Unterschrift)

(Datum und Unterschrift GeFa)

7.3.5 Schweigepflichtentbindung

Schweigepflichtentbindung

Zum Zweck einer möglichst umfassenden Unterstützung ist eine gute Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der eingebundenen Institutionen notwendig. Um diese zu ermöglichen, entbinde ich die MitarbeiterInnen von der Schweigepflicht, die unmittelbar mit der Durchführung spezieller Aufgaben betraut sind, die mit meiner Person bzw. meiner/m Angehörigen zusammenhängen.

Ort/Datum

Unterschrift

Schweigepflicht-Erklärung

durch den beteiligten Sozialdienst

Die Art und der Umfang des vorgesehenen Austauschs mit anderen Organisationen oder beteiligten Personen wird der Klientin/ dem Klienten bzw. Patientin/-en bzw. seiner Betreuerin stets offen gelegt und nur in begründbarem Umfang vorgenommen.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

7.3.6 Dokumentationsbogen

Dokumentationsbogen

Klientendaten:

Name:.....Geburtsdatum:.....

Straße:.....

PLZ:..... Ort:..... Region:.....

Familienstand: ledig verheiratet bzw. Partnerschaft seit.....

geschieden seit..... verwitwet seit.....

Wohnform: mit Ehe-/Partner mit Angehörigen alleine Sonstige:.....

Wohnsituation: EFH MFH Treppen Aufzug Bad Dusche

Konfession: evang. kathol. Sonstige:

Ausgeübte Berufe:

Spezielle Interessen:

Besondere Lebensereignisse:

Tabuthemen:

Angehörige/r: Tel.:

Bezugsperson: Tel.:

Gesetzl. BetreuerIn: Tel.:

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Betreuungsverfügung liegt vor

Pflegeeinstufung: keine 1 2 3 beantragt für

Stufe.....

Ärztliche Versorgung:

Hausarzt: Tel.:

Facharzt: Tel.:

Facharzt: Tel.:

Somatische und psychiatrische Diagnosen:

Demenzielle Erkrankung Herz-/Kreislaufkrankung

Depressive Störung Stoffwechselerkrankung

Wahnhaftige Erkrankung Neurologische Erkrankung

Suchterkrankung Degenerative Erkrankung

Medikamente:

Antidementiva Antidepressiva Sedativa Hypnotika Anxiolytika

Atypisches Neuroleptikum Sonstige:

Ärztlich verordnete Medikamente: werden gerichtet Einnahme unter Aufsicht

Psychiatrische Symptome:

Bewusstsein: wach schläfrig
Orientierung: **zeitlich** **immer / teilweise / nie**
örtlich immer / teilweise / nie
situativ immer / teilweise / nie

Gedächtnisstörungen:

Wahn (Art):

Halluzination (Art):

Substanzmissbrauch: Alkohol Medikamente Tabak Sonstige

Stimmung: gehoben depressiv gereizt ängstlich

Kontaktverhalten / Kommunikation:

Muttersprache: benutzte Sprache:

verbal nonverbal Verständigung

verlangsamtes Denken verlangsamte Sprache unverständliche Sprache

Schwerhörigkeit: Gehörlosigkeit: Sehbehinderung: Blindheit:

sucht Kontakt lehnt Kontakt ab Distanzminderung sozialer Rückzug

Besonderheiten:

Verhaltensauffälligkeiten / Risiken:

Abwehrverhalten bei:

Aggressivität / Art und Situation:

Angstzustände / Art und Situation:

Antriebsstörung: Antrieb vermindert Passivität schwer motivierbar

Antrieb gesteigert Unruhe

Weglaufendenzen Suizidalität suizidale Äußerungen Suizidversuch

Sonstige Risiken:

Mobilität:

selbstständig eingeschränkt rastlos Apraxie

benötigt Hilfe bei:

Sturzprophylaxe durch:

Hilfsmittel:

Brille Hörgerät: rechts / links Zahnprothese: oben / unten

Toilettensitz Badewannenlifter Rollator Rollstuhl Sonstige:

Benötigte Hilfsmittel:

Durchgeführte Therapien/Name/Tel.:

Atemtherapie Krankengymnastik

Bewegungstherapie Logopädie

Ergotherapie Physiotherapie

Haushaltstraining Psychotherapie

Kognitives Training Sonstige

Ambulante Versorgung:

Unterstützung durch/Vermittlung an:

Angehörige/n: Tel.:

Angehörige/n: Tel.:

Nachbar/in: Tel.:

Nachbar/in: Tel.:

Ambulanten Pflegedienst: Tel.:

Beratungsstelle: Tel.:

Beratungsstelle: Tel.:

Besuchsdienst: Tel.:

Einkaufsdienst: Tel.:

Essen auf Rädern: Tel.:

Gruppenangebot: Tel.:

Haushaltshilfe: Tel.:

Putzhilfe: Tel.:

Sonstige: Tel.:

Sonstige: Tel.:

Teilstationäre Versorgung:

Tagesklinik: Tel.:

Tagespflege: Tel.:

Stationäre Versorgung:

Klinikaufenthalt: von bis von bis

von bis von bis

Kurzzeitpflege: von bis von bis

Pflegeheim: Eintritt ab: in:

Grund der stationären Versorgung:

Anmerkungen:

Datum Unterschrift

7.3.7 Bedarfsermittlung

Bedarfsermittlung

für Frau/Herrn _____

Zentrale Problematik: _____

Bereich	Fachlich notwendige Maßnahme	Ziel	Interventionswünsche		Vereinbarte Maßnahme	Durchführung von/am:
			der Klientin/ des Klienten	des/der Angehörigen		
Kontaktaufnahme						
Grundpflege						
Behandlungspflege						
Haus-/ Facharztbesuche						
Ernährung						
Haushaltsführung						

Bereich	Fachlich notwendige Maßnahme	Ziel	Interventionswünsche		Vereinbarte Maßnahme	Durchführung von/am:
			der Klientin/ des Klienten	des/der Angehörigen		
Kontaktaufnahme						
Wohnungspflege						
Soziale Kontakte						
Tagesgestaltung						
Mobilität/ Aktivierung						
Abstimmung mit Angehörigen						
Finanzen/Post						
Sonstiges: <hr/>						

Klient/--in oder (gesetzl.) Vertreter/-in:

Mitarbeiter/-in des Pflegedienstes:

Datum/Unterschrift

7.3.8 Zeittabelle

Zeittabelle

für Frau/Herrn:.....

Hausbesuch	Fahrzeit in Min.	KM- Angabe	Dauer	Inhalt	Datum/Zeichen
1. Hausbesuch				- - -	
2. Hausbesuch				- - -	
3. Hausbesuch				- - -	

Telefonkontakt	Kontaktaufnahme durch	Dauer	Inhalt	Datum/Zeichen
1.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
2.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
3.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
4.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
5.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
6.	Klient/-in		-	

	Mitarbeiterin Sonstige:		- -	
7.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
8.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
9.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	
10.	Klient/-in Mitarbeiterin Sonstige:		- - -	

7.3.9 Abschlussberichtsbogen

Abschlussbericht

für Herrn/Frau:.....

Krankheitsgruppe:

Demenz Depression

Eigenbeurteilung oder Ärztliche Diagnose

Durchgeführte Tests:

DemTect =>Ergebnis: MMST =>Ergebnis:

Geriatric Depression Scale => Ergebnis:

Sonstige:

Beginn des Fallmanagements: Beendigung des Fallmanagements:

Pflegestufe bei Beginn: bei Ende:

Vermittelte Institutionen:

1. 3.

2. 4.

Eingeleitete Therapiemaßnahmen:

1. 3.

2. 4.

Weitere Unterstützungsmaßnahmen:

1. 3.

2. 4.

Grund für Beendigung des Fallmanagements:

Eigenbeurteilung der Effekte:

Beurteilung des Fallmanagements durch Klienten oder Angehörige:

Stempel/Unterschrift

7.3.10 Zahlungsanweisungsformular

Zahlungsanweisung

für das Ambulante Gerontopsychiatrische Fallmanagement

Bitte als Rückfax an Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

0911/ 287 60 80

Hiermit bestätigen wir den Abschluss des folgenden Fallmanagements:

Region: Auswahl!

Fallmanagerin:

Beginn: Ende:

Bitte überweisen Sie die pauschale Aufwandsentschädigung von 100.-Euro an:

Empfängeranschrift:

Institution:

Straße:

PLZ: Ort:

Kontoverbindung:

Bank:

BLZ:

Konto-Nr.:

Anmerkungen:

Datum

Stempel/Unterschrift

7.4. Tabellen und Grafiken

		Seite
Tab. 1	Alter	15
Tab. 2	Geschlecht	16
Tab. 3	Testverfahren	17
Tab. 4	Punkte MMST	18
Tab. 5	Punkte DemTect	18
Tab. 6	Anzahl „Ja“ GDS	18
Tab. 7	Somatische Erkrankungen	19
Tab. 8	Wohnform Erkrankte	19
Tab. 9a	Pflegestufe Beginn	21
Tab. 9b	Pflegestufe Ende	21
Tab. 10	Haus-/Facharztversorgung	21
Tab. 11	Anzahl Diagnosen	21
Tab. 12	Medikamentenverordnung	23
Tab. 13	Befragung Angehörige	32
Tab. 14	Befragung Fallmanagerinnen	33
Grafik 1	Zugangsweg	14
Grafik 2	Anzahl Fälle/Region	15
Grafik 3	Anzahl Krankheitsbilder	16
Grafik 4	Diagnosestellung	17
Grafik 5	Familienstand	19
Grafik 6	Wohnsituation	20
Grafik 7	Medikamentenverordnung	22
Grafik 8	Verhaltensauffälligkeiten	23
Grafik 9	Hilfebedarf	25
Grafik 10	Vermittlung an...	26
Grafik 11	Grund Beendigung	29