



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Outcome von Case Management im Kontext der
Betreuung von chronisch kranken Menschen“

Verfasser

Simon Hajdin

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin: Dr. Maya Shaha

Zusammenfassung

Case Management und sein Einfluss auf die Betreuung von chronisch kranken Menschen ist das zentrale Thema dieser systematischen Literaturarbeit. In Österreich nimmt die Anzahl chronisch kranker Menschen stetig zu. Grund dafür ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung. Dadurch wird die Lebenserwartung immer höher und die Anzahl an chronischen Erkrankungen steigt. Chronisch kranke Menschen benötigen in den meisten Fällen eine langfristige medizinische und pflegerische Betreuung. Trotz dieses Anstieges an chronischen Erkrankungen muss die Versorgung durch die Pflege weiterhin gewährleistet werden. Case Management könnte hierfür ein geeignetes Pflegemodell sein. Case Management bietet ein umfangreiches Pflegekonzept an. Dadurch werden die Bereiche Koordination der Pflege, Pflegeplanung, Ökonomie, Schulung und emotionale Betreuung abgedeckt. In Form einer systematischen Literaturarbeit wird in dieser Arbeit der Forschungsfrage nachgegangen, welche Auswirkungen Case Management auf die Betreuung chronisch kranker Menschen hat. Durch die systematische Literaturrecherche konnten 21 relevante Studien für die vorliegende Arbeit herangezogen werden. Diese Studien wurden anhand ihrer Schwerpunkte kategorisiert und auf Qualität und Evidenzstärke überprüft. Der aktuelle Stand der Forschung, sowie die daraus entstandene Diskussion werden dargestellt. Die Schlussfolgerung zeigt, dass Case Management einen positiven Einfluss auf die Betreuung chronisch kranker Menschen hat. Vor allem konnte die Lebensqualität chronisch kranker Personen gesteigert werden. Es wird empfohlen, Case Management zu Beginn in Form von Projekten in das bestehende Gesundheitssystem zu integrieren. In weiterer Folge wird es wichtig sein zu eruieren, welche Modelle des Case Managements für welche chronischen Erkrankungen am besten eingesetzt werden.

Abstract

Case Management and its influence on the care of chronically ill people is the central topic of this systematic review. In Austria the number of chronically ill people is increasing consistently. The reason for that development is the improvement of health care. Thereby not only the expectancy of life is increasing but also the number of chronic diseases. In most cases chronically ill people need long range medical and nursing care. In spite of the increase of chronic diseases the patient-centered care must be warranted. Case Management could be a suitable model of nursing to assure that. Case Management offers a comprehensive nursing concept. Therefore the aspects of care coordination, care planning, economy, education and emotional mentoring can be covered. In this systematic review the research question is explored which impact Case Management has on the care of chronically ill people. Through systematic research of literature 21 relevant studies could be used for this thesis. These studies were categorized by their main focus and checked on their quality and their level of evidence. The state-of-the-art in science as well as the discussion that developed are described. The conclusion shows that Case Management has a positive influence on the care of chronically ill people. Above all the quality of life of chronically ill people had been improved. At first it is recommended to implement Case Management in the health care system in form of projects. Consequently it will be relevant to investigate which model of Case Management can be established best for which case of chronic illness.

Danke

Ein besonderes Dankeschön gilt meiner Betreuerin Dr. Maya Shaha für die gute Zusammenarbeit. Vielen Dank für die Geduld und das Verständnis und dafür, dass diese Arbeit trotz großer räumlicher Distanz zustande gekommen ist.

Ein großes Dankeschön geht an meinen Kollegen und Freund David Blocher. Ohne seine Unterstützung und Motivation hätte ich diese Arbeit wohl oft in der Schublade verstauben lassen.

Bei meinem Bruder und besten Freund Florian und seiner Freundin Andrea bedanke ich mich für die emotionale Unterstützung und die gemeinsame Zeit mit euch, um manche Sorgen zu vergessen. Danke Florian für die Korrekturarbeiten.

Ein großer Dank gilt meinen Eltern Johanna und Paul, die mich jahrelang emotional und finanziell unterstützt haben. Ohne euch wäre dieses Studium nicht möglich gewesen. Danke für eure endlose Geduld, euer grenzenloses Verständnis und euer tiefes Vertrauen. Ich hab euch lieb!

Von ganzen Herzen bedanke ich mich bei meiner Moni, die mir in der Zeit des Verfassens dieser Arbeit immer eine Stütze war. Danke, dass du für mich da bist, mich unterstützt, mir Mut machst, mir meine Schwächen verzeihst und mich auch in schwierigen Phasen zum Lachen bringst. Danke für die Stunden auf der Loggia, die mir geholfen haben, einen klaren Kopf zu bekommen und mir gezeigt haben, dass es wichtigere Dinge im Leben gibt, als eine Diplomarbeit zu verfassen. Ich liebe dich!

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	1
1.1. Problemstellung	1
1.2. Forschungsfrage.....	3
1.3. Ziele und Absichten	3
2. Literaturübersicht.....	4
2.1. Case Management	4
2.1.1. Entstehung von Case Management	4
2.1.2. Definition	6
2.1.3. Qualifikation.....	10
2.1.4. Kernaufgaben des Case Managements	10
2.1.5. Formen des Case Managements	13
2.1.6. Praxisbeispiel für Case Management.....	16
2.1.7. Kosteneffekt	17
2.2. Chronische Erkrankungen	19
2.2.1. Zahlen und Fakten.....	19
2.2.2. Leben mit chronischen Erkrankungen	20
2.2.3. Chronische Krankheiten und Lebensqualität	22
2.2.4. Qualität der Versorgung	23
2.3. Familie und chronische Erkrankungen.....	23
2.4. Familie	26
3. Theoretischer Rahmen.....	29
3.1. Familien-Assessment-Modell.....	30
3.1.1. Strukturelles Assessment	30
3.1.2. Assessment der Entwicklung.....	31
3.1.3. Funktionales Assessment.....	32
3.2. Familien-Intervention	34
3.3. Zusammenfassung	36
4. Methode	38
4.1. Design / Forschungsansatz	38
4.2. Methoden- und Instrumentenwahl	38

4.3.	Ein- / Ausschlusskriterien.....	39
4.4.	Auswahl der Studien	44
4.5.	Ethische Überlegung.....	44
4.6.	Datenanalyse	45
5.	Resultate	47
5.1.	Lebensqualität.....	47
5.1.1.	<i>Zusammenfassung</i>	50
5.2.	Verbesserung medizinischer Messgrößen	51
5.2.1.	<i>Zusammenfassung</i>	54
5.3.	Pflegekontinuität.....	55
5.3.1.	<i>Zusammenfassung</i>	57
5.4.	Betreuung der Familie.....	58
5.4.1.	<i>Zusammenfassung</i>	60
5.5.	Kosteneffizienz.....	60
5.5.1.	<i>Zusammenfassung</i>	63
6.	Diskussion	64
6.1.	Lebensqualität.....	64
6.2.	Verbesserung medizinischer Messgrößen	66
6.3.	Pflegekontinuität.....	67
6.4.	Betreuung der Familie.....	69
6.5.	Kosteneffizienz.....	70
6.6.	Einschränkungen	71
6.7.	Zusammenfassung.....	71
7.	Empfehlungen	72
7.1.	Empfehlungen für die Forschung	72
7.2.	Empfehlungen für die Ausbildung	73
7.3.	Empfehlungen für die Praxis	74
8.	Tabellenverzeichnis	76
9.	Literaturverzeichnis	77
10.	Anhang.....	86
11.	Lebenslauf	108

1. Einführung

1.1. Problemstellung

Case Management gilt als innovative Antwort auf Probleme der Gesundheitssysteme im deutschsprachigen Raum (Ewers, Scheffer, 2005). Der Begriff Case (übersetzt aus dem Englischen: Fall, Sache oder Angelegenheit), Management (übersetzt aus dem Englischen: Führung, Verwaltung, Steuerung) kommt aus dem amerikanischen Gesundheitssystem. Es dient dazu, Versorgungsangebote und Dienstleistungen, die im Rahmen der Hauskrankenpflege durchgeführt werden, wie beispielsweise die Körperpflege, Medikamentenbereitung und Mobilisation, für den Klienten, beziehungsweise für den Patienten zu planen, zu implementieren, zu koordinieren und des Weiteren zu überwachen und zu evaluieren. (vgl. CMSA 1994). Darüber hinaus soll mittels Kommunikation und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen des Patienten auf den individuellen Versorgungsbedarf bezüglich Gesundheit und Krankheit eingegangen werden. Case Management dient somit dazu, die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen zu verbinden und ein für den Klienten angepasstes Versorgungsmodell zu erstellen. Auf diese Unterstützung sind vor allem Menschen angewiesen, die eine chronische Erkrankung haben. Einerseits, weil sie ein komplexes Krankheitsbild aufweisen und deswegen eine kontinuierliche Pflege und Betreuung für sie essenziell ist und andererseits, weil die Patientengruppe der chronisch Kranken stetig größer wird und darauf von Seiten des Gesundheitssystems reagiert werden muss (Ewers, Schaeffer, 2005). Laut Statistik Austria 2006/2007 gaben 2,6 Millionen Österreicher an, eine chronische Krankheit, bzw. ein chronisches Leiden zu haben. Die häufigsten Angaben bezogen sich auf Wirbelsäulenbeschwerden, Allergien, Migräne und Bluthochdruck. Jedoch können noch nicht erkannte Krankheiten nicht erfasst werden. Beispielsweise leiden Menschen unwissend an Diabetes (Statistik Austria, 2007). Die Anzahl an chronisch Erkrankten steigt stetig an. Grund dafür

sind die medizinischen Erfolge, Errungenschaften im Bereich der Biotechnologie, Immunologie und Pharmakologie und in der Medizintechnik. Die daraus resultierende, erhöhte Lebenserwartung bedeutet aber auch ein erhöhtes Unfallrisiko und eine höhere Anfälligkeit für Erkrankungen, die chronisch werden können. (Lubkin, 2002).

Badura et al. (2006) analysierten die Kostenausgaben des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik Deutschland. Im Jahr 2002 wurden 223,6 Milliarden Euro (10,9 % des BIP) in die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit investiert. 15,8 % der Kosten fallen auf chronische Erkrankungen des Herz – Kreislaufsystems, 14 % auf Erkrankungen des Verdauungssystems. Weitere 10% der Kosten werden zur Behandlung von psychischen Erkrankungen verwendet. 5,12 Milliarden Euro entfallen auf die Betreuung von Diabikern. (Badura et al., 2006).

Beispielsweise wurde in Deutschland schon auf die Bedarfslage spezieller Patientengruppen reagiert, jedoch basieren diese Versorgungsangebote oft auf einer Modellfinanzierung und sind weitestgehend nicht in das bestehende Versorgungsmodell integriert. Somit sind die benötigten Angebote für Klienten, die eine spezielle Versorgung brauchen, oft nur schwer zu finden. (Ewers, Schaeffer, 2005). Ursache dafür ist unter anderem die mangelnde Patienten- und Ergebnisorientierung. Das liegt daran, dass noch immer bestimmte Leistungen nach den vorgegebenen Abrechnungskriterien entschieden und den Kostenträgern mehr Gewicht beigemessen wird, als den am Ende stehenden Ergebnissen, die dem Klienten zukommen. (Ewers, Schaeffer, 2000).

Da Case Management oftmals als mögliche Lösung der finanziellen Schwierigkeiten des Gesundheitssystems gesehen wird, erscheint es wichtig zu eruieren, welchen Outcome Case Management für den Menschen hat, der diese Betreuungsform in Anspruch nimmt. Case Management soll immer im Sinne des Patienten und nicht ausschließlich aufgrund ökonomischer Gründe erfolgen. Weiters erscheint es sinnvoll,

die Gruppe der chronisch kranken Menschen näher zu betrachten, da diese eine längerfristige Betreuung durch Case Management in Anspruch nehmen.

In der Literatur lassen sich etliche Studien finden, die sich nur mit Teilaspekten von Case Management befassen. Was jedoch fehlt, ist ein Überblick, beziehungsweise eine Zusammenstellung all dieser Aspekte oder aller möglichen Outcomes, die Case Management in Bezug auf die Zusammenarbeit mit chronisch kranken Menschen ausmachen. Noch dazu kann eine Arbeit im deutschsprachigen Raum ein positiver Antrieb für weitere Forschungsarbeiten sein, da es nur wenige deutschsprachige Studien zu diesem Thema gibt.

1.2. Forschungsfrage

Die Forschungsfrage lautet daher:

„Welchen Outcome bringt Case Management chronisch kranken Menschen?“

1.3. Ziele und Absichten

Ziel dieser Arbeit ist es, die Leistungen und den positiven Einfluss von Case Management für chronisch kranke Menschen darzustellen, damit die positiven Aspekte im Sinne der Betroffenen und deren Familienumfeld besser eingesetzt werden können. Ein weiteres Ziel ist es, Empfehlungen für die weitere Erforschung dieses Themengebietes zu geben.

2. Literaturübersicht

2.1. Case Management

2.1.1. Entstehung von Case Management

Im folgenden Abschnitt wird eine chronologische Übersicht des Case Managements gegeben. Um die Entstehung von Case Management beschreiben zu können, muss vorerst das amerikanische Gesundheitssystem näher erläutert werden. Das Gesundheitssystem der USA ist ein Mischsystem, dass aus öffentlichen, das heißt, aus staatlichen Gesundheitsbeiträgen wie beispielsweise „Medicare“, und aus Krankenversicherungsbeiträgen finanziert wird (vgl. Schulenburg, 2007). Vor der Umsetzung der öffentlichen Gesundheitsfinanzierung in den 1960er Jahren basierte das amerikanische Gesundheitssystem ausschließlich auf privaten Krankenversicherungen, die an ein Arbeitsverhältnis gebunden waren. Die zusätzliche Finanzierung durch die staatlichen Gesundheitsbeiträge führte zu einem raschen Ausbau an medizinischen und pflegerischen Leistungen. Bis Anfang der 1970er Jahre konnte dieses Wachstum der Gesundheitsversorgung mit dem gleichzeitigen Wachstum der amerikanischen Volkswirtschaft getragen werden (vgl. Schulenberg, 2007). Aufgrund der weltweiten Wirtschaftsrezession mussten neue und kostengünstigere Gesundheitsmodelle entwickelt werden, um die Gesundheitsversorgung weiterhin finanzieren zu können. Diese Umstrukturierungen der Sozial- und Gesundheitsstrukturen seit den 1970er Jahren bilden den Hintergrund der Etablierung von Case Management in den USA. „Der Grund für die Entstehung dieses neuen Arbeitsfeldes waren die Zersplitterung sozialer Dienstleistungsangebote sowie die Unterdrucksetzung des sozialen Dienstleistungssystems durch die damalige Regierung, die Dienste günstiger zu gestalten.“ (vgl. Galuske, 2007, S. 196). Daraufhin wurde eine große Zahl an geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen, sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen aus den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen entlassen und zuhause betreut. So wurden

beispielsweise von 1981 bis 1995 in den USA 434.000 Betten in Psychiatrien abgebaut.

Diese Idee der sogenannten „Deinstitutionalisierung“ griff auch auf andere Länder über. Sie brachte die Notwendigkeit mit sich, Patienten, die aus dem Spital entlassen wurden, zuhause weiterhin medizinisch und pflegerisch zu versorgen. (Wendt, 2008). Aufgrund der Deinstitutionalisierung ergaben sich unterschiedliche Probleme bei den sozialen Diensten. Es entwickelte sich eine unübersichtliche Vielfalt an sozialen Angeboten mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen, um den vielschichtigen Bedarf an Betreuung decken zu können. Soziale Bezugspersonen in der Pflege wechselten häufig und eine kontinuierliche Versorgung konnte nicht gewährleistet werden. Oftmals wurde auch nur auf einzelne Problemaspekte der häuslichen Pflege Bezug genommen und nicht durch ein strukturiertes Assessment eine Problemübersicht entwickelt. Somit war die Gefahr einer Doppelversorgung und eines Kompetenzstreites gegeben. (Wendt, 2008). Ein erster Schritt dieser Entwicklung entgegen zu wirken war der amerikanische „Developmental Disabilities Act“ von 1975, in dem eine verbindliche Unterstützungsplanung für behinderte Menschen gesetzlich fixiert wurde. Programme wurden entwickelt, um Menschen auf kommunaler Ebene gesundheitlich betreuen zu können (Wendt, 2008). Im „Community Support Program“ wird zum ersten Mal dem Case Management eine wesentliche Rolle zur Koordinierung von sozialen Leistungen zugesprochen (Turner, 1978). So wurden im Laufe der Zeit für verschiedene Anwendungsbereiche, wie zum Beispiel für Vermittlungstätigkeiten oder die Unterstützung zur Eingliederung in den Rehabilitationsbereich, unterschiedliche Ansätze von Case Management entwickelt.

In einem 1983 vom britischen Parlament verfassten, Bericht wird der Mangel an der Kompetenzverteilung und der Verantwortung im sozialen Versorgungssystem aufgezeigt. Es wurde empfohlen, Case Management in kommunalen Sozialbehörden einzusetzen (Wendt, 2008). Somit verbreitete sich die Idee des Case Managements in Europa. Dort

umfasste Case Management in erster Linie den Bereich der Sozialarbeit. 1985 übernahmen zunehmend auch Krankenhäuser, vorweg das New England Medical Hospital in Boston, die Idee des Case Managements, um Behandlungswege effizient koordinieren zu können. Daraufhin etablierte sich Case Management auch in anderen Krankenhäusern der USA (Wendt, 2008).

2.1.2. Definition

Die „Case Management Society of America“ definiert Case Management als einen Prozess der Beurteilung, Koordination und Hilfeleistung für Klienten der die Absicht hat, die gesundheitlichen und pflegerischen Bedürfnisse einer Person durch Kommunikation und durch Unterstützung der Ressourcen umzusetzen, um damit einen hochwertigen und finanziell günstigen Behandlungserfolge zu sichern (CMSA, 1994). „Case Management hat zum Ziel, im individuellen Fall prozesshaft die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens zu erfassen, mit den unterschiedlichen Akteuren gemeinsame Ziele festzulegen und über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg, die Koordination der Versorgung eines Patienten sicherzustellen“ (vgl. Reibnitz, 2009; S. 37). Es ist somit für unterschiedlichen Patientengruppen und in diversen Settings, beispielsweise in Krankenhäusern oder in der Hauskrankenpflege, anwendbar (Ewers, Schaeffer, 2000). Das heißt, Case Management kann in vielen Bereichen des Gesundheitssystems und der Pflege eingesetzt werden. Allgemein betrachtet sind die Hauptprinzipien von Case Management:

Nutzerorientierung

Um zu klären, welcher Dienstleistungsbedarf besteht, müssen die Ziele der Klienten im Vordergrund stehen. Daraus ergibt sich, dass das Hauptaugenmerk auf der Förderung zur Selbstpflegekompetenz liegen muss, weil der Mensch danach strebt, selbstständig sein Leben zu führen (Ertl, Kratzer, 2001). Die Förderung der Eigenständigkeit und die

Mitwirkung des Klienten an der Planung und Erreichung von Therapiezielen dienen dazu, dass es zu einer effektiveren Zusammenarbeit kommt. Schlussendlich dient die Nutzerorientierung dazu, dass der ökonomische Aspekt nie vor die Bedürfnisse des Klienten gestellt wird (Brinkmann, 2006).

Handeln nach Vereinbarung

Es muss für alle Beteiligten eine einsichtige Vereinbarung getroffen werden, in der Ziele, Mittel und Wege der Betreuung festgelegt werden. Voraussetzung dafür ist eine ausführliche Beratung und Informationsgabe, damit der Klient mündig im Pflegeprozess mitwirken kann. Zum Beispiel wird mit der gewählten Organisation ein Vertrag geschlossen, in dem Inhalte wie die Besuchszeiten von Heimhilfen oder Zahlungsmodalitäten festgehalten werden (Ertl, Kratzer 2001). Zumeist haben diese Verträge einen zeitlichen Rahmen und müssen, wenn weiterhin ein Case Manager in Anspruch genommen wird, verlängert oder erneuert werden (Löcherbach, 2009).

Prozedurale und rechtliche Fairness

Um angemessen betreuen zu können, muss man dem Klienten unvoreingenommen begegnen. Das heißt, dass ein Case Manager ohne den Klienten zu werten, seine Arbeit objektiv und mit jedem Klienten gleich wertschätzend ausüben muss. Die Privatsphäre der Klienten muss gewahrt werden und umfassende Informationen über die Tätigkeiten des Case Managers müssen gegeben werden. Es darf über die Dauer der Betreuung durch Case Management nicht vergessen werden, dass der Klient frei und selbstbestimmt ist (Ertl, Kratzer, 2001). Diesbezüglich muss der Case Manager hin und wieder die rechtliche Vertretung für den Klienten gegenüber anderen Personen übernehmen. Das heißt, er muss dem Klienten den Zugang zu Dienstleistungen ermöglichen und kontrollieren, ob diese Dienstleistungen auch dem Bedarf des Klienten

entsprechen. Der Case Manager muss auch Versorgungslücken aufdecken und an den Verantwortlichen weiterleiten (Dörpinghaus, 2004).

Produktorientierung

Bei pflegerischen Dienstleistungen ist immer die Mitarbeit des Klienten wichtig und daher ein Teil des Betreuungserfolges. Somit soll das Produkt dem Bedarf des Klienten entsprechen. Da Dienstleistungen immer mit Kosten verbunden sind, hat der Case Manager auch eine große ökonomische Verantwortung (Ertl, Kratzer, 2001). Nicht nur, dass kosteneffizient gearbeitet werden muss, es muss dem Klienten auch ein Zugang zu finanziellen Unterstützungen geschaffen werden. Somit muss ein Case Manager die Balance zwischen den gesellschaftlichen Interessen im Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitssystems und den Interessen derer halten, die auf dieses Gesundheitssystem angewiesen sind (dip, 2008).

Qualitätskontrolle

Der Case Manager ist verantwortlich für die Qualität der erbrachten Leistungen. Die ergibt sich aus den Erwartungen des Klienten und der tatsächlich erbrachten Dienstleistung. Um Qualität zu gewährleisten, hat der Case Manager über die neuesten Erkenntnisse aus der Pflegeforschung bescheid zu wissen und basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen zu agieren (Ertl, Kratzer, 2001). Diese Qualitätskontrolle dient der stetigen Verbesserung des Betreuungssystems und garantiert gleichzeitig, dass etwaige Einsparungen im Gesundheitssystem nicht auf Kosten der Versorgungsqualität des Klienten geht (Haas, 2006).

Versorgungsmanagement

Es muss in der Betreuung des Klienten sichergestellt werden, dass dieser, im Kontext der vorhandenen Ressourcen, jene Versorgung erhält, die für eine ganzheitliche Betreuung notwendig ist. Case Management übernimmt hier so zu sagen eine Betriebsführung (Ertl, Kratzer, 2001). Der Case Manager schafft somit eine Infrastruktur, die es ermöglicht, benötigte Mittel, wie beispielsweise Verbandsmaterial oder Mobilisationshilfen, aber auch bauliche Veränderungen, zu organisieren (Löcherbach, 2009).

Kooperation und Koordination

Durch Kommunikation werden die verschiedenen Prozesse von Pflege, medizinischen Behandlungen und Therapien aufeinander abgestimmt. Das heißt, es wird eine Vernetzung von Diensten erstellt. Diese Dienste müssen organisiert und an den Klienten herangeführt werden (Ertl, Kratzer, 2001). Somit ist es notwendig, dass Case Management Kontakt zu verschiedenen Kooperationspartnern hat, wie beispielsweise ein Krankenhaus oder mobile Hospizteams. Um ein effektives Netzwerk schaffen zu können, muss kontinuierlich die Transparenz und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Disziplinen gewährleistet sein (Reibnitz, 2009).

Rationalisierung und Rationierung

Vorhandene Zeit und Geldmittel müssen zweckmäßig eingesetzt werden und müssen so verwendet werden, dass sie sich mit dem Erfolg der Betreuung rechtfertigen lassen (Ertl, Kratzer, 2001).

Diese Hauptprinzipien dienen dazu, Rechte und Pflichten des Case Managers sowie die des Klienten aufzeigen zu können. Die genannten Punkte sind in allen Bereichen, in denen Case Management eingesetzt wird, gleichbleibend (Ertl, Kratzer, 2001).

2.1.3. Qualifikation

Welche Qualifikation notwendig ist, um Case Manager werden zu können, ist weder in Österreich noch in Deutschland einheitlich geregelt. 2003 wurden in Deutschland Standards entwickelt, die eine Mindestvoraussetzung für diesen Beruf beinhalten. Als Zulassungsvoraussetzung gelten ein erfolgreich beendetes Studium aus den Fachgebieten Soziologie, Philosophie oder Medizin mit zusätzlich einem Jahr Berufserfahrung, beziehungsweise eine erfolgreich beendete Berufsausbildung im sozialen Bereich mit zusätzlich zwei Jahren Berufserfahrung. Eine Ausbildung zum Case Manager umfasst 210 Einheiten zu je 45 Minuten. Inhalt dieser Weiterbildung sind die geschichtliche Hintergründe, Definitionen und Formen von Case Management, sowie dessen Einsatzfelder. Abgeschlossen wird diese Weiterbildung mit einer schriftlichen Abschlussarbeit. Diese Ausbildung wird an Fachhochschulen für soziale Berufe angeboten. Ein einheitliches Ausbildungsmodell konnte bis jetzt nicht durchgesetzt werden (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, 2008)

2.1.4. Kernaufgaben des Case Managements

Die Kernfunktionen sind bei allen Formen des Case Managements, die nachfolgend beschrieben werden, gleich und sind die Grundstruktur für jede Interaktion eines Case Managers. Der Kontakt zu einem Case Manager, durch beispielsweise einen pflegenden Angehörigen oder ein Krankenhaus, kann auf unterschiedliche Arten erfolgen. Beispielsweise können Klienten von unterschiedlichen Einrichtungen überwiesen werden oder es wird telefonisch oder persönlich Kontakt hergestellt. (Ertl, Kratzer, 2001) Um evidenzbasiert arbeiten zu können, orientiert sich der Case Manager an einem Pflegeprozess, der folgende Schritte umfasst:

1. Anamnese, Assessment

„Case Management basiert auf einer möglichst vollständigen Erfassung und Einschätzung der Situation einer Person oder Familie in ihrer Lebenswelt. Assessment ist ein ausführlicher, systematischer Prozess mit dem Ziel, umfassende Informationen zu erhalten und eine tragfähige Beziehung zu den Klienten aufzubauen.“ (vgl. Ertl, Kratzer, 2001, S. 74). Dieses Assessment dient als Grundlage zur Feststellung des Betreuungsbedarfs. Das heißt, es wird eruiert welche Aufgaben der Klient bzw. die Familie übernehmen kann und welche Aufgaben durch professionelle Dienste übernommen werden müssen. „Als Unterstützung dienen je nach Aufgabenbereich unterschiedliche Erhebungsinstrumente. Für die Pflegeanamnese bieten sich dazu die bewährten Modelle zur Erfassung von physischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen an, zum Beispiel *Activities of Daily Living* von Katz et al 1963, *Instrumental Activities of Daily Living* von Lawton und Brody 1969 oder *Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens* von Krohwinkel 1992.“ (Ertl, Kratzer, 2001, S. 74). Ergebnisse aus dieser Anamnese sind mögliche Pflegediagnosen. Diagnosen sind eine Beschreibung von Defiziten und eine Einteilung, bzw. eine Klassifikation von physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen. Es gibt zahlreiche Klassifikationen von Pflegediagnosen, wie beispielsweise die in Österreich häufig verwendete NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (Ertl, Kratzer, 2001). Standardisierte Pflegediagnosen berücksichtigen jedoch selten das komplexe Umfeld des Klienten. Somit sind beispielsweise im Bereich der Hauskrankenpflege frei formulierte Pflegediagnosen von Vorteil. Das Assessment liefert zusätzlich Informationen über personelle und finanzielle Ressourcen. Dies ist wichtig um Pflegequalität im Verhältnis zu den Pflegekosten vertretbar zu machen (Ertl, Kratzer, 2001).

2. Pflegeplanung

Nach Abschluss des Assessments wird mit dem Klienten gemeinsam ein Pflegeplan erstellt. Es ist von großer Bedeutung, den Klienten intensiv in die Pflegeplanung einzubeziehen um Wünsche und Ressourcen zu berücksichtigen. Es wird auch dem interdisziplinären Ansatz Bedeutung zugemessen. Nicht nur Personen aus der Pflege sondern auch Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter, sowie Verwandte und Freunde werden in die Planungsarbeit einbezogen. Es muss für jede getroffene Maßnahme ein klar definiertes Ziel formuliert werden, um den späteren Erfolg messbar zu machen (Ertl, Kratzer, 2001).

3. Pflegemaßnahmen

„Das Case Management leistet einzelne Dienste oder Behandlungen nicht selbst. Es führt die Dienste bzw. die an der Versorgung beteiligten Personen zusammen und stimmt die zu erbringenden Maßnahmen auf die Bedürfnisse der Klienten ab.“ (Ertl, Kratzer, 2001; S. 75). Das heißt, dass der Case Manager einen Gesamtüberblick der medizinischen und pflegerischen Maßnahmen haben muss. Weiters kontrolliert der Case Manager den Verlauf der Betreuung und informiert sich über Fortschritte, Schwierigkeiten und Probleme. Es wird auch der finanzielle Rahmen überwacht, da auch in der Hauskrankenpflege ökonomisch gearbeitet werden muss, weil etwaige Kosten oftmals vom Klienten getragen werden müssen. (Ertl, Kratzer, 2001).

4. Pflegeevaluation

Bei der Pflegeevaluation werden die Folgen der Dienstleistungen überprüft und bewertet. Der Erfolg einer Intervention lässt sich anhand der gesundheitlichen Entwicklung des Klienten feststellen und folglich daran, wie nahe man an die vorher bestimmten Pflegeziele herangekommen ist. „In vielen Pflegediensten neigt man dazu, die erreichte Qualität der Arbeit selbst zu bewerten. Im Case Management wird aber stets nach dem Prinzip der Nutzerorientierung vorgegangen. Das bedeutet: Ein zentrales

Kriterium der Evaluation ist die Klientenzufriedenheit.“ (vgl. Ertl, Kratzer, 2001, S. 24). Deshalb ist der Einbezug des Klienten ein wichtiger Aspekt der Evaluation. Dieser Aspekt ist auch wichtig, da der Klient bei der Wahl der Ziele mitgewirkt hat. Es wird nicht nur die Pflegequalität beurteilt, sondern auch die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Diensten (Ertl, Kratzer, 2001).

2.1.5. Formen des Case Managements

Case Management wird mittlerweile in zahlreichen Bereichen des Gesundheitssystems eingesetzt (Schulz, 2009). Es entstanden zunehmend spezialisierte Modelle von Case Management, die auf den jeweiligen speziellen Bedarf, wie beispielsweise im Bereich der Rehabilitation, abgestimmt wurden (Ertl, Kratzer, 2001). Hier sind die wichtigsten Formen des Case Managements beschrieben:

Gemeindegestütztes Case Management

Nach Lubkin (2002) wurde dieses Case Management Modell vor allem für Hochrisiko-Patienten entwickelt, da die Schwerpunkte im Wesentlichen auf die Überwachung von Pflegeleistungen im extramuralen Bereich liegen. Zum größten Teil sind die Klienten, die diese Form von Case Management in Anspruch nehmen chronisch kranke, ältere Menschen und Klienten in der terminalen Phase (Lubkin, 2002). Das gemeindegestützte Case Management umfasst ein mehrdimensionales Assessment, Beratung von Klient und Familie, die Koordination von Ressourcen, sowie Pflegeplanungen. Es gibt weitere Spezialisierungen im Bereich der Altenbetreuung und bezüglich der Pflege von Kindern (Lubkin, 2002).

Versicherungsgestütztes Case Management

Versicherungen in den USA haben Case Management vorwiegend zur Eindämmung der Kosten eingeführt. Insbesondere ist hier die Koordinationsfähigkeit des Case Managers gefragt, um effektiv und kostensparend zu agieren. Die Fähigkeit, zwischen medizinischen und

pflegerischen Fachpersonal zu kommunizieren und die effiziente Umsetzung des Pflegeplans sind besonders wichtig (Reibnitz, 2009).

Krankenhausinternes Case Management

„Das Modell sieht die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegepersonal vor, die einen Case Management-Plan entwickeln und einen kritischen Pfad festlegen, bei dessen durchschreiten bestimmte Behandlungsergebnisse zu bestimmten vorher festgelegten Zeitpunkten des Klinikaufenthaltes erreicht werden sollten.“ (vgl. Lubkin, 2002, S.693) Diese Pläne dienen dazu, Ressourcen effektiv zu nützen, Kosten zu senken und eine hohe Qualität der Pflege zu erreichen. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten endet bei der Entlassung (Lubkin, 2002).

Kontinuum orientiertes Case Management für chronisch kranke Patienten

Dieses Modell findet in den USA unter dem Begriff „Professional Nurse Case Management“ (PNCM) Anwendung. PNCM verbindet die Eigenschaften der krankenhausinternen und des gemeindegestützten Case Management-Modell und ermöglicht somit, dass ein Case Manager die Betreuung eines Klienten im Krankenhaus, als auch extramural übernehmen kann. Somit können Doppelspurigkeiten und Mehrkosten vermieden werden (Lubkin, 2002). Insbesondere kommt dieses Modell chronisch kranken Personen zugute, da über eine lange Zeitspanne die gesamte Versorgung geplant werden kann. Punkto therapeutischer Beziehung können Case Manager dank dieser Form von Case Management eine engere Beziehung zum Klienten und dessen Familie aufbauen, womit die Zufriedenheit der Klienten gesteigert werden kann (Lubkin, 2002).

Die Hauptfunktionen eines Case Managers in diesem Modell unterscheiden sich grundsätzlich nicht von anderen Modellen. Dennoch entsteht durch den Zusammenschluss zweier Modelle ein größeres

Spektrum an Aufgaben. Nach Lubkin (2002) sind diese Aufgaben folgende:

- **Erkennen von Hochrisiko-Klienten wie chronisch Kranken und Klienten mit begrenzter sozialer und finanzieller Unterstützung**

Das bedeutet, dass bei chronisch Kranken ein hohes Risiko besteht, auf Grund seiner bestehenden Erkrankung weitere Erkrankungen zu bekommen. Zum Beispiel besteht bei einem Diabetiker die Gefahr, Gefäßerkrankungen zu erleiden, die in weiterer Folge zu Schlaganfällen führen können.

- **Einschätzen des Klienten und dessen Familie sowie Entwickeln eines umfassenden Versorgungsplans**

Wie bereits erwähnt dient die Anamnese, bzw. das Assessment als Basis einer zielorientierten Betreuung.

- **Koordinieren und Vermitteln von gemeindeeigenen und behördlichen Ressourcen**

Oftmals ist das große Netz an Betreuungsdiensten und das Beantragen einer finanziellen Unterstützung zu unübersichtlich und kompliziert. Der Case Manager kann hier Abhilfe schaffen und diese Belastung durch seine Managementfunktion dem Klienten abnehmen.

- **Zusammenarbeit mit den Mitgliedern des interdisziplinären Gesundheitsteams und Tätigkeit als Klientenfürsprecher**

Der Klient steht immer im Mittelpunkt jeder Intervention. Der Case Manager ist quasi die Stimme des Klienten, da dieser oftmals nicht über die Fachsprache verfügt oder über das Betreuungsangebot bescheid weiß.

- **Hausbesuche zum Zweck direkter pflegerischer Interventionen wie zum Beispiel emotionaler Unterstützung, Beratung oder Edukation – Intervention, die der Erhöhung der Selbstversorgungskompetenzen und der Verbesserung der Fähigkeiten zum Symptom – Management dienen**

Je mehr der Klient selber übernehmen kann, desto mehr wird sein Selbstbewusstsein und seine Selbstbestimmung gefördert. In weiterer Folge bedeutet das, dass die Lebensqualität gesteigert wird.

- **Überwachung und Bewertung klientenbezogener Ergebnisse**

Darunter wird die bereits erwähnte Evaluation verstanden. Jede Bewertung soll im Idealfall eine Verbesserung der Betreuung für den Klienten mit sich bringen.

- **Fungieren als Überleitungspfleger im Falle einer erneuten Krankenhauseinweisung**

Schnelle und präzise Übermittlung von Informationen und Daten an die Betreuung im Krankenhaus. Dadurch wird die Gefahr der Doppelgleisigkeit geringer gehalten. Ausserdem können Vorlieben und Ressourcen des Klienten weiter vermittelt werden.

(Lubkin, 2002)

2.1.6. Praxisbeispiel für Case Management

Dieses Praxisbeispiel ist eine Anlehnung an die Beispiele, die von Ertl und Kratzer in ihrem Buch „Hauskrankenpflege: Wissen – Planen – Umsetzen“ (2001) angeführt werden: Klient C. wird mit chronischen Schmerzen in beiden Beinen aus dem Krankenhaus entlassen. Der Klient bezieht eine Mindestpension und lebt alleine. Er ist in seiner Mobilität, durch die permanenten Schmerzen teilweise eingeschränkt. Die Erfassung des pflegerischen Bedarfes ergibt, dass der Klient auch nach dem

Krankenhausaufenthalt Behandlungen im medizinischen Bereich zur Schmerzbekämpfung, eine Physiotherapie zur Erhaltung und Verbesserung der Mobilität und eine Pflegehelferin zur Unterstützung daheim benötigt. Der Case Manager des Krankenhauses informiert den Hausarzt von Herrn C. über die anstehende Entlassung des Klienten und vermittelt ihm einen auf Hauskrankenpflege spezialisierten Verein, der sowohl einen Physiotherapeuten als auch einen Pflegehelfer anbietet. Die Finanzierung der medizinischen Behandlung und des pflegerischen Aufwandes übernimmt die Krankenversicherung, die Kosten für die Physiotherapie kann durch das Pflegegeld gedeckt werden. Der Case Manager stellt beim Versicherungsträger einen entsprechenden Antrag. Der Case Manager organisiert alle notwendigen Interventionen für eine effiziente und patientenorientierte Weiterbetreuung des Klienten. Er sorgt somit für eine übergangslose Weiterbetreuung nach der Entlassung. Der Case Manager des betreuenden Vereins übernimmt das weitergehende Management außerhalb des Krankenhauses. Er informiert den zuständigen Hausarzt von Herrn C. über die Übernahme der Betreuung des Klienten. Er gestaltet und vereinbart in weiterer Folge mit dem Klienten einen Betreuungsplan und stimmt die Besuche des Physiotherapeuten sowie des Pflegehelfers auf den Tagesablauf von Herrn C. ab. Die koordinierten, interdisziplinären Maßnahmen verändern die Gesundheitssituation von Herrn C. positiv (Ertl, Kratzer, 2001).

2.1.7. Kosteneffekt

In Österreich wurden im Jahr 2009 ca. 30,3 Mrd. Euro im Gesundheitsbereich ausgegeben. 28,6 Mrd. davon entfielen auf laufende Gesundheitskosten, 1,73 Mrd. wurden für Investitionen ausgegeben. Für die häusliche Langzeitbetreuung wurden 1,9 Mrd. Euro aufgebracht. (Statistik Austria, 2009). In Anbetracht der demografischen Entwicklung werden diese Kosten weiterhin steigen, jedoch wird immer weniger in das Gesundheitssystem eingezahlt werden. Um eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können, müssen effektive und

kostengünstige Gesundheitsmodelle entwickelt werden. Ein Beispiel für ein auf Case Management gestütztes Modell geben Sellin und Machalowski (2002): „Durch die aktive Einbeziehung des sozialen Umfeldes, [das allen Befragten] in den mit Case Management organisierten Fällen (bzw. in einem Teil der Fälle), können wertvolle Ressourcen genutzt werden, ohne zusätzliche Kosten zu verursachen. Insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten (einkaufen, putzen, Zubereiten von Mahlzeiten) lassen sich oft durch das soziale Umfeld realisieren und macht damit die Finanzierung professioneller Dienstleistungen überflüssig. Des Weiteren dürfte die Tatsache, dass [von einem großen Teil der Befragten durch] ihre Arbeit sowohl stationäre Aufenthalte verkürzt, als auch stationäre Unterbringungen vermieden werden konnten, erhebliche finanzielle Auswirkungen (Einsparungen) haben.“ (vgl. Sellin, Machalowski, 2002; S. 119 - 120).

2.2. Chronische Erkrankungen

2.2.1. Zahlen und Fakten

32,6% der österreichischen Bevölkerung lebten 2006/2007 mit einer chronischen Erkrankung (Statistik Austria, 2007). Unter einer chronischen Krankheit werden jene Krankheiten verstanden, die entweder „Ergebnis eines länger andauernden Prozesses degenerativer Veränderung somatischer oder psychischer Zustände sind oder die dauernde somatische oder psychische Schäden oder Behinderung zur Folge haben“ (vgl. Waltz 1981; S. 89). Heilt eine Erkrankung nicht ab oder kann die Krankheitsursache nicht beseitigt werden, kommt es zur Chronifizierung. Das bedeutet, dieser Krankheitszustand ist nicht mehr heilbar (Raspe, 2003). Eine chronische Erkrankung bringt eine Vielzahl an Belastungen mit sich, wie beispielsweise die Unklarheit über den weiteren Krankheitsverlauf, die Abnahme der Leistungsfähigkeit und die Abhängigkeit von medizinischen Behandlungen (Hasseler, Meyer, 2006). Es sind auch Angehörige des Erkrankten einer größeren Belastung ausgesetzt. Es verändern sich soziale Aufgaben, wenn beispielsweise der erkrankte Lebenspartner nicht mehr arbeitsfähig ist. Diese Veränderungen sind immer mit Angst und Unsicherheit verbunden (Hasseler, Meyer, 2006).

Laut Statistik Austria (2007) sind die häufigsten chronischen Erkrankungen Allergien (22%), Bluthochdruck (21,3%) und Diabetes (5,9%) (Statistik Austria, 2007). Die Stadt Wien veröffentlichte 2004 einen Bericht mit dem Titel „Chronische Krankheiten in Wien“. Darin steht, dass die häufigsten chronischen Erkrankungen in Wien Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes sind. Im Jahr 2000 waren ca. 15% aller Krankenhausaufenthalte auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (Bachinger, 2004). Entsprechend der Statistik Austria (2011) sind 2010, 43% der Todesfälle in Österreich auf eine Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems zurückzuführen. Diese Erkrankungen stehen mit 33.196

Todesfällen an erster Stelle der Todesursachen in der österreichischen Bevölkerung, vor Krebsleiden. Seit 2003 ist diese Todesursache gleichbleibend hoch. Rund ein Viertel der Todesursachen sind auf Krebsleiden zurückzuführen (Statistik Austria, 2011). 2009 und 2010 waren die häufigsten Entlassungsdiagnosen in Akut-Krankenanstalten mit 14,6% Krebsleiden sowie 11,4% Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Statistik Austria, 2011). Das heißt, rund ein Viertel der Menschen, die aus einem Krankenhaus entlassen werden, haben eine chronische Erkrankung, die unter den zwei häufigsten Todesursachen in Österreich ist. In Österreich erkranken jährlich ca. 38.000 Menschen an Krebs. Diese Erkrankungen treten überwiegend im hohen Alter auf. Angesichts der stetigen Alterung der Bevölkerung, wird den Krebserkrankungen immer mehr Aufmerksamkeit zugemessen (Statistik Austria, 2011). Anfang 2010 lebten in Österreich etwa 122.782 Menschen mit einer Krebserkrankung. Die Häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen sind Brustkrebs (59.072 Frauen), gefolgt von Gebärmutterkrebs (20.734 Frauen) und Darmkrebs (18.033 Frauen). Bei Männern tritt am häufigsten Prostatakrebs (51.218 Männer), sowie Darmkrebs (20.039 Männer) und Harnblasenkrebs (11.216 Männer) auf (Statistik Austria, 2011). Die Überlebensrate von krebserkrankten Menschen stieg von 44% im Jahr 1985 auf etwa 62% im Jahr 2005. Gründe dafür sind die verbesserte medizinischen Therapien, sowie der Ausbau von Vorsorgeuntersuchungen (Statistik Austria, 2011).

2.2.2. Leben mit chronischen Erkrankungen

„Bei der Behandlung dieser Krankheiten spielt die Kombination von Krankheitsbehandlung, Rehabilitation, Pflege und Gesundheitsförderung eine Schlüsselrolle. Patienten mit chronischen Erkrankungen benötigen neben der eigentlichen medizinischen Behandlung intensive Pflege, die auf die Wiederherstellung und Erhaltung der Funktionsfähigkeit und die Verhinderung von Folgeeinschränkungen gerichtet ist.“ (vgl. Hasseler, Meyer, 2006, S. 112). Menschen mit chronischen Erkrankungen brauchen

zusätzlich eine psychologische und soziale Unterstützung. Durch eine ausführliche Informationsgabe und durch Integration des Klienten in die Planung der Interventionen kann Sicherheit geschaffen und ein eigenständiges Leben des Erkrankten gefördert werden (Hasseler, Meyer, 2006). Folgende chronische Krankheiten werden im Bezug auf Case Management am häufigsten erwähnt: Diabetes, HIV positiv, Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, degenerative Prozesse wie Demenz und Alzheimer, Krebserkrankungen und psychische Erkrankungen wie Depressionen (Pfleger Heute, 2007). Hauptursache für eine chronische Erkrankung ist in erster Linie ein falsches Verhalten in Bezug auf Ernährung und Bewegung. Der Konsum von Nikotin und Drogen, sowie Stress und ungesunde Ernährung in Kombination mit wenig Bewegung, als auch die Übergewichtigkeit, steigern die Gefahr einer chronischen Erkrankung. Es können jedoch auch familiäre Dispositionen der Grund einer chronischen Erkrankung sein. Vor allem stellt der Bluthochdruck eine große Gefahr dar, weil dieser oftmals nicht sofort wahrgenommen wird. Bluthochdruck kann beispielsweise zu Herzerkrankungen, zu Schädigungen der Augen, Nierenleiden, Übernervosität und zu einem Insult führen (Hoffmann, 2004).

Bei der Betreuung von chronisch kranken Menschen ist es von Bedeutung, besonders auf Vitalzeichen und Beschwerden zu achten. Häufig klagen sie über Ängste hinsichtlich der Zukunft und brauchen auch soziale und psychologische Betreuung. Aufgrund der vielschichtigen Krankheitsursachen, kommt der Beratung durch das interdisziplinäre Team besondere Bedeutung zu. Eine Umstellung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten steht im Mittelpunkt der Interventionen. Eine solche Umstellung kann nur durch eine längerfristige Betreuung erfolgen (Pfleger Heute, 2007).

2.2.3. Chronische Krankheiten und Lebensqualität

Das Wissen an einer chronischen Krankheit zu leiden hat immer einen Einfluss auf psychische, physische, soziale und ökonomische Gesichtspunkte. Wie der erkrankte Mensch auf die Diagnose reagiert, hängt von dessen Stärken und Schwächen ab und von den Erfahrungen mit vorhergegangenen Krisensituationen (Lubkin, 2002).

„Die erfolgreiche Anpassung an eine chronische Krankheit setzt die Überzeugung voraus, dass es sich lohnt, für ein sinnerfülltes Leben zu kämpfen. Damit wird die Erkrankung lediglich zu einem von unzähligen Faktoren, die die Gesamtheit der Lebensqualität ausmachen.“ (vgl. Lubkin, 2002, S. 28). Die WHO (1997) definiert Lebensqualität folgendermaßen: „Lebensqualität ist eine subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Maßstäbe und Anliegen. Es handelt sich um ein breites Konzept, das in komplexer Weise beeinflusst wird durch die körperliche Gesundheit einer Person, den psychischen Zustand, die soziale Beziehung, die persönliche Überzeugung und ihre Stellung zu den hervorstechenden Eigenschaften der Umwelt.“ (vgl. Renneberg et al., 2006, S. 29). Laut Funk (1997) hat Lebensqualität mit Funktionsfähigkeit zu tun. Nicht nur die körperliche Funktionalität, sondern in weiterer Folge auch die psychische und gesellschaftliche Funktionalität. Um die Lebensqualität hoch zu halten muss die Fähigkeit, das Leben zu meistern, die Anpassung an die chronische Krankheit und die subjektive Lebenszufriedenheit gefördert werden (Funk, 1997). Ein weiterer Punkt, der die Lebensqualität von chronisch kranken Menschen beeinflusst, ist die Möglichkeit, ihre soziale Rolle zu erfüllen. Das heißt, dass chronische Erkrankungen oftmals mit einem Rollenwechsel einhergehen. Vor allem innerhalb einer Familie ist dieser Rollenwechsel wahrnehmbar und das bedeutet gleichzeitig, dass die Familie sich diesen neuen Gegebenheiten anpassen und mit ihnen zurechtkommen muss (Funk, 1997).

2.2.4. Qualität der Versorgung

Nach Laimböck (2009) hängt die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von chronisch kranken Menschen von unterschiedlichen Faktoren ab. In erster Linie ist eine frühzeitige Diagnose der beste Ansatz für eine effektive Behandlung von chronischen Krankheiten. Das heißt je früher eine Erkrankung entdeckt wird, desto mehr menschliches Leid und kostenintensive Komplikationen können verhindert werden (Laimböck, 2009). Die Förderung der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Erkrankten sind von Bedeutung. Um dies verstärken zu können, ist eine allumfassende Aufklärung des Erkrankten und seiner Angehörigen von Bedeutung. Ebenso ist eine Einbindung des Patienten in die Gestaltung von Therapieplänen notwendig, damit diese vom chronisch kranken Menschen auch konsequent umgesetzt werden können (Laimböck, 2009).

2.3. Familie und chronische Erkrankungen

Im Jahr 2007 wurden 1.033.286 Menschen in Österreich durch Angehörige gepflegt. Durchschnittlich sind zwei Personen in der Familie an der Betreuung der pflegebedürftigen Person beteiligt. In mehr als einem Drittel der pflegenden Angehörigen übernimmt diese Aufgabe sogar nur eine Person. Mehr als 60% der pflegenden Familienmitglieder sind über 55 Jahre alt. 40% der pflegenden Angehörigen sind gleichzeitig auch berufstätig. Das bedeutet, dass diese Personen einer Mehrfachbelastung ausgesetzt sind (Büker, 2009). „Nur selten wird der Entschluss zur Pflege bewusst gefällt, insbesondere wenn Pflegebedürftigkeit sich schleichend entwickelt. Geht es zunächst nur darum, häufiger mal nach dem Rechten zu sehen oder Einkäufe zu erledigen, entwickelt sich allmählich ein immer umfassender Hilfsbedarf bis hin zur Unterstützung beim Waschen, Anziehen oder Toilettengängen. Aber auch bei plötzlicher Pflegebedürftigkeit, z.B. bedingt durch einen Schlaganfall, ist die Übernahme der Pflege oftmals keine bewusste Entscheidung, vielmehr werden Angehörige mit der neuen Aufgabe förmlich überrumpelt. Unter

Umständen liegt in dieser fehlenden Entscheidungsfreiheit bereits ein gewichtiger Faktor für die Schwere der empfundenen Belastung durch die Pflege.“ (vgl. Büker, 2009; S. 13).

Während des Zusammenlebens einer Familie zeigen sich mit der Zeit unterschiedliche soziale Rollenbilder der jeweiligen Familienmitglieder. Im traditionellen Sinne würde es in einer Familie beispielsweise die Rolle des Mannes, als Alleinverdiener und die Frau, als Haushälterin und Erzieherin der Kinder geben. Wie vorhin schon erwähnt, verändert sich das klassische Familienbild und es entsteht somit auch eine Neuverteilung der Rollen innerhalb einer Familie. Durch eine chronische Krankheit verändern sich die Rollen in einer Familie noch radikaler. So kann es, durch eine chronische Krankheit, sein, dass der Erkrankte seinen früheren Aufgaben nicht mehr nachkommen kann (beispielsweise die Ausübung seines Berufes). Diese Aufgabe wird durch ein anderes Familienmitglied übernommen, womit sich dessen Rolle wiederum verändert. Es kann auch dazu führen, dass ein Rollentausch geschieht, indem Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern betreuen müssen (Lubkin, 2002). Diese Veränderungen bergen Gefahren, die das emotionale und soziale Befinden des pflegenden Angehörigen als auch das Familiensystem zerstören können. Nach Lubkin (2002) sind diese Gefahren:

- **Stress**

Stress entsteht dann, wenn die Anforderungen an ein Familienmitglied dessen Kapazität übersteigen. Durchschnittlich 36,6 Stunden pro Woche werden für Pflege und Betreuung investiert. Regelmäßige Störungen der Nachtruhe tragen noch zusätzlich zur Erhöhung des Stresses bei (Lubkin, 2002).

- **Angst und Schuld**

Das Gefühl von Angst und Schuld beruht darauf, dass das Gefühl der Kontrolle über die Krankheit schwinden kann. Natürlich können

auch finanzielle Ängste auftreten. Schuldgefühle entwickeln sich aus Wut und Frustration. Unausweichliche Verschlechterungen des Gesundheitszustandes des Familienmitglieds tragen zusätzlich zur emotionalen Belastung bei (Lubkin, 2002).

- **Verlust des Selbst**

Ein Zurückschrauben der eigenen Bedürfnisse, um sich ganz dem Pflegebedürftigen widmen zu können hat oftmals eine soziale Isolation und Depression zur Folge. Spontane Aktivitäten oder Urlaube sind nur erschwert möglich. Zusätzlich verursacht die Pflege von Angehörigen auch körperliche Beschwerden wie Erschöpfung oder Rückenschmerzen (Lubkin, 2002).

Es lassen sich zahlreiche Interventionen, wie beispielsweise Schulungen finden, um Familien mit chronisch kranken Familienmitgliedern zu entlasten und deren Ressourcen zu stärken. An erster Stelle steht das Wissen über die wichtigsten Pflegemaßnahmen und die richtige Umsetzung dieser. Bestimmte Pflege Techniken, wie das kinästhetische, also das körperschonende Pflegen, dienen dazu, sicher und schonend mit dem zu Pflegenden als auch mit sich selbst umzugehen. Zudem müssen pflegende Angehörige über Organisationen informiert werden, bei denen sie Hilfe und Unterstützung bekommen können. Auch hinsichtlich rechtlicher oder finanzieller Fragen muss genügend Information gegeben werden (Lubkin, 2002).

2.4. Familie

In der Literatur lässt sich eine Vielzahl an Definitionen von „Familie“ finden. Im Laufe der Geschichte hat sich die Bedeutung des Begriffes „Familie“ stetig verändert, deshalb ist es schwierig eine allgemein gültige Familiendefinition zu finden (Ecarius, 2007). Lange Zeit galt die Kernfamilie bestehend aus Vater, Mutter und Kind als grundlegendste Einheit der Gesellschaft. Moderne Überlegungen widerlegen aber diesen Gedanken und erweitern den Familienbegriff um die Großfamilie und Freunde (Ecarius 2007). Eine umfassendere Definition nach Gawrich et al. (2009) von Familie lautet: „Eine Familie ist ein verwandtschaftlich oder rechtlich begründetes, durch besondere Intimität gekennzeichnetes, Mehrgenerationenverhältnis, das für ihre Mitglieder wie die Gesellschaft als Ganzes unverzichtbare Funktionen erfüllt“ (vgl. Gawrich et al., 2009, S. 159). Um einen Überblick über die Vielzahl an Familienformen zu gewinnen beschreibt Petzold (1999) zwölf ökopsychologische Merkmale der Familie:

A) Gesellschaftliche Rahmenbedingungen (Makrosystem)

- Eheliche und nichteheliche Beziehung
- Gemeinsame oder getrennte wirtschaftliche Verhältnisse
- Zusammenleben oder getrennte Wohnungen

B) Soziale Verpflichtungen (Exosystem)

- Verpflichtungen durch Verwandtschaft oder Ehe
- Selbstständigkeit oder Abhängigkeit des Anderen
- Kulturell/religiös gleich oder unterschiedlich ausgerichtet

C) Kinder (Mesosystem)

- Mit oder ohne Kind(er)
- Leibliche(s) oder adoptierte(s) Kind(er)
- Leibliche oder stiefelterliche Kindbeziehung

D) Partnerschaftsbeziehung (Mikrosystem)

- Lebensstil als Single oder in Partnerschaft
- Hetero- oder homosexuelle Beziehung
- Dominanz des einen oder Gleichberechtigung

(Petzold, 1999)

2009 lebten etwa 1,12 Millionen Ehepaare mit Kindern in Österreich. Im Vergleich dazu lebten 2009 ca. 558.000 Männer und 725.000 Frauen alleine in einem Haushalt (Statistik Austria, 2011). Die Familie ist als soziales Netz zu begreifen, dass sich über intra- oder interpersonelle Beziehungen, durch Fürsorge und die Bereitschaft, Verantwortung für den Anderen zu übernehmen, definiert (Gubrium, Holstein, 1990). Die derzeitige Entwicklung der Familie erschwert jedoch die Übernahme von Verantwortung, vor allem, wenn ein Familienmitglied pflegerische Unterstützung braucht. Der auf der Internetseite des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend, veröffentlichte Bericht „Familienstruktur und Familienbildung“ aus dem Jahr 2001 zeigt die Veränderungen familiärer Strukturen. Darin ist zu lesen, dass Frauen, die zwischen 1932 und 1936 geboren wurden durchschnittlich 2,34 Kinder auf die Welt brachten. Diese Zahl nimmt bei Frauen zwischen 40 und 54 Jahren deutlich ab und liegt bei durchschnittlich 1,82 Kindern. Bei Frauen zwischen 20 und 39 Jahren liegt der Durchschnitt nur noch bei 1,68 Kindern. Dieser Rückgang wird nicht durch die Kinderlosigkeit der Frauen geprägt sondern durch den Rückgang der Frauen mit vier oder mehr Kindern (bmwfj, 2001). Dieser Bericht zeigt, dass höher gebildete Frauen weniger Kinder bekommen als geringer gebildete Frauen. Es zeigt sich auch, dass der Anteil verheirateter Frauen, die durchschnittlich mehr Kinder auf die Welt bringen, von 41% (65 – 69 jährige Frauen) auf 26% (40 – 44 jährige Frauen) zurück ging (bmwfj, 2001). Aufgrund dieser demografischen Entwicklung lässt sich der sogenannte Generationenvertrag auf Dauer nicht mehr aufrecht erhalten. Das heißt,

dass die bis jetzt üblichen sozialen Strukturen, wie die Pflege alter Menschen durch Verwandte oder die Finanzierung des Gesundheitssystems durch die arbeitende Bevölkerung, nicht mehr in dieser Form bestehen können. Ein weiterer Grund für die Veränderung von Familienstrukturen ist die steigende Scheidungsrate und die niedrige Anzahl an Eheschließungen. Im Jahr 1955 gab es 56.689 Eheschließungen und 8.994 Scheidungen. Im Jahr 2007 gab es nur noch 35.996 Eheschließungen jedoch 20.516 Scheidungen (bmwfj, 2001). Anhand dieser Zahlen lässt sich erkennen, dass immer mehr Menschen alleine alt werden und in keinen traditionellen Familienstrukturen leben. Denn lebten im Jahr 1984 noch 743.000 Personen in Einzelhaushalte so waren es 2009 schon 1.283.000 Einzelhaushalte (Statistik Austria, 2009). Doch neben der sinkenden Geburtenrate und der steigenden Scheidungsrate steigt die durchschnittliche Lebenserwartung. 1971 lag die Lebenserwartung im Durchschnitt bei 70 Jahren (Frauen: 74 Jahre, Männer: 67 Jahre) und stieg bis 2009 auf durchschnittlich 80 Jahre (Frauen: 83 Jahre, Männer: 77 Jahre) (Statistik Austria, 2009).

3. Theoretischer Rahmen

Den theoretische Rahmen dieser Literaturarbeit bildet die „Familienzentrierte Pflege“ nach Wright und Leahey (2009). Die Theorie beschreibt, wie Pflegende den Familien fachlich kompetent begegnen, Einschätzungen vornehmen und sachverständlich begleiten können. Ziel ist es, den zu Pflegenden in seiner Gesamtheit und im Kontext seiner Familie zu betrachten. Die Theorie ist in zwei große Gruppen gegliedert. Zum einen in das Familien-Assessment und zum anderen in die Familien-Intervention.

Es war schon immer üblich, die Familienangehörigen in die Pflege zu integrieren, auch wenn dies nicht explizit genannt wurde (Wright, Leahey, 2009). Dadurch, dass die Pflege in der „häuslichen Umgebung der Patienten ihren Anfang nahm“ (vgl. Wright, Leahey, 2009 S. 30), war es selbstverständlich, dass die Familie in den Pflegeprozess integriert wurde (Wright, Leahey, 2009). Nach Wright und Leahey (2009) wächst die Anzahl der Pflegeliteratur über die Einbeziehung von Familien in die Pflegearbeit. Die Arbeiten von Broome et al. (1998) und Robinson (1995) sind als richtungsweisend zu erwähnen (Wright, Leahey, 2009).

Wright und Leahey (2009) meinen, dass Pflegende die Verpflichtung haben, die Familie in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. „Allerdings lässt sich familienzentrierte Pflege nur dann auf verantwortungs- und respektvolle Art und Weise praktizieren, wenn sie auf einem fundierten Familien-Assessment, auf fundierten Familien-Interventionen und einer beziehungsorientierten Zusammenarbeit basiert.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009, S. 29).

Die Modelle auf denen die „familienzentrierte Pflege“ nach Wright und Leahey (2009) beruht, sind das Calgary-Familien-Assessment-Modell (CFAM), sowie das Calgary-Familien-Interventions-Modell (CFIM). Sie sind eine Weiterentwicklung des Familien-Assessment-Modells nach Tomm und Sanders (1983) und beruhen auf der theoretischen Basis der Systemtheorie, der Kommunikationswissenschaft, sowie der

kybernetischen Methoden und der Veränderungstheorie (Wright, Leahey, 2009).

3.1. Familien-Assessment-Modell

Dieses Modell, das in die Kategorien Struktur, Entwicklung und Funktion unterteilt ist, dient dazu, Pflegekräften die Einschätzung von Stärken und Schwächen, sowie Beziehungen in einer Familie zu definieren (Wright, Leahey, 2009). Gemäß Wright und Leahey (2009) können Pflegekräfte in jeder Situation von einem übersichtlichen Konzept der Familie profitieren. Informationen können so gruppiert werden, dass Stärken und Schwächen einer Familie identifiziert werden können. „Das Konzept für das Familien-Assessment macht es möglich, die Fülle scheinbar verschiedenartiger Informationen zu ordnen, und es zeigt auch den Schwerpunkt der Intervention an.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009, S. 32). Der Case Manager kann somit durch ein Familien-Assessment erkennen, in welchen Bereichen eine Intervention durch ihn notwendig ist und wo Ressourcen der Familie vorhanden sind.

3.1.1. Strukturelles Assessment

Der Begriff „Struktur“ gliedert sich in drei weitere Subgruppen:

- Intern

Darunter fallen beispielsweise die Familienzusammensetzung, die sexuelle Orientierung und die Rangordnung innerhalb einer Familie

- Extern

Darunter versteht man die erweiterte Familie, sowie größere Systeme wie beispielsweise Mitarbeiter und Nachbarn

- Kontext

Hierbei sind unter anderem die soziale Schicht, die Religion und die Kultur gemeint.

(Wright, Leahey, 2009)

Aus diesen Daten lassen sich sogenannte Genogramme erstellen. Ein Genogramm ist eine grafische Darstellung von Familienstrukturen und bietet eine bessere und gegliederte Übersicht der Familienkonstellation (Wright, Leahey, 2009).

3.1.2. Assessment der Entwicklung

Es ist von Bedeutung zu wissen, in welcher Entwicklungsphase sich die Familie befindet. Der Begriff „Entwicklung“ wird in drei weitere Bereiche gegliedert:

- **Stadien**

CFAM beschreibt sechs Stadien in der sich Familien befinden können. Zum Beispiel „Auszug aus dem Elternhaus“ oder „Eheschließung“. Daraus ergeben sich neue emotionale Aspekte, sowie neue Veränderungen in der Familie.

- **Aufgaben**

Jedes der sechs Stadien beinhaltet eigene Aufgaben, die notwendig sind, um dieses Stadium zu bewältigen. Im Falle des Stadiums „Familie mit kleinen Kindern“ wären die Aufgaben beispielsweise „Vorbereitung im System Ehe, um Platz für ein Kind zu schaffen“ oder „sich gemeinsam um die Versorgung des Kindes, die Finanzierung des Lebensunterhaltes und die Hausarbeit kümmern“.

- **Beziehungen**

Durch diese neuen Aufgaben ergeben sich neue Beziehungen in der Familie oder es verändern sich bestehende Beziehungen zwischen Familienmitgliedern.

3.1.3. Funktionales Assessment

Der dritte Begriff „Funktion“ wird in instrumentelle und expressive Funktion unterteilt. Hierbei gilt es zu registrieren, welches Verhalten jedes Familienmitglied zu einem genauen Zeitpunkt hat.

Instrumentelle Funktion

Hierzu zählt man die Aktivitäten, die täglich stattfinden, wie essen und schlafen oder auch die Gabe von Medikamenten und Injektionen. Für Familien mit Krankheitsfällen, vor allem im Falle einer chronischen Erkrankung ist dieser Bereich von großer Bedeutung.

In Bezug auf diesen Bereich erwähnen Wright und Leahey (2009) die sechs Stadien von Gesundheit und Krankheit und Familieninteraktion nach Friedman et al. (2003):

1. Versuche der Familie, die Gesundheit zu fördern
2. Einschätzung der Symptome durch die Familie
3. Bemühungen, Behandlungen und Pflege zu erhalten
4. Überweisung und Bekommen der Behandlung und Pflege
5. unmittelbare Reaktion von Klient und Familie auf die Krankheit
6. Anpassung an die Krankheit und den Genesungsprozess

(vgl. Wright, Leahey, 2009; S. 130)

„Beim funktionalen Assessment geht es darum, das Verhalten von Individuen untereinander zu einem bestimmten Zeitpunkt zu registrieren.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009, S. 130). Das heißt, dieses Assessment ist ein Augenblick von Geschehnissen innerhalb einer Familie und ist somit nützlich, Verhaltensweisen zu thematisieren und weitere Pläne zu entwickeln (Wright, Leahey, 2009).

Expressive Funktion

Dazu zählen die verschiedenen Formen der Kommunikation, sowie Problemlösungen und die Verteilung von Rollen. Darunter fallen Fragen, die in der Betreuung von chronisch kranken Familienmitgliedern entstehen, wie zum Beispiel „Wer übernimmt die Medikamentengabe?“ oder „Wie können wir ein Familienmitglied an der Betreuung beteiligen?“.

Das CFAM ist somit ein Modell, „an dem Pflegende und Familie sich bei der Erörterung von Problemen orientieren können.“ (Wright, Leahey, 2009, S. 146). Jedoch kann nicht jede Familie für ein Familien-Assessment in Frage kommen. Es muss in jeden Fall von den Pflegekräften entschieden werden, ob der Krankheitsfall im Kontext der Familie betreut werden kann (Wright, Leahey, 2009). Folgende Leitlinien nach Wright und Leahey (2009) geben an, in welchen Situationen das Familien-Assessment angewendet werden kann:

- Wenn die Familie eine Belastung auf emotionaler, spiritueller oder physischer Ebene durchlebt, die auf Grund einer Familienkrise hervorgerufen wird (z.B. akute Krankheit, Tod).
- Wenn die Familie eine Belastung auf emotionaler, spiritueller oder physischer Ebene durchlebt, die auf Grund eines einschneidenden Ereignisses in ihrer Entwicklung hervorgerufen wird (z.B. Heirat, Geburt).
- Wenn ein Problem von der Familie als Familienangelegenheit beschrieben wird (z.B. chronische Krankheiten in der Familie).
- Wenn ein Kind Schwierigkeiten hat (z.B. Furcht vor einer Behandlung).

- Wenn ein Moment durchlebt wird, der den Bestand der Familie bedroht (z.B. körperliche Misshandlung).
- Wenn ein Mitglied der Familie auf Grund einer psychischen Behandlung in eine Klinik muss.
- Wenn ein Kind der Familie in ein Krankenhaus muss.

Familien-Assessments dienen dazu, dem Pflegenden eine ganzheitliche Übersicht einer Familie zu geben. Es ist sozusagen eine Sammlung und Strukturierung von Daten, um schnell die Stärken und Schwächen eines Familiensystems erkennen zu können. Ein Familien-Assessment ist die Basis für jede weitere Planung und Schwerpunktsetzung von Interventionen (Wright, Leahey, 2009).

3.2. Familien-Intervention

Ist ein Familien-Assessment möglich und erstellt, wird in weiterer Folge über die Familien-Interventionen entschieden. Wright und Leahey (2009) verwenden den Begriff Pflegeintervention nach Bulechek und McCloskey (2000): Pflegeintervention ist eine „Tätigkeit, die eine ausgebildete Pflegefachperson auf den Grundlagen einer klinischen Beurteilung durchführt, um gesundheitsspezifische Ereignisse beim Patienten/Klienten zu erzielen. Pflegeinterventionen umfassen sowohl direkte und indirekte Tätigkeiten für Individuen, Familien und Gemeinschaften als auch pflegeinitiierte, arztinitiierte und von anderen Anbietern initiierte Tätigkeiten.“ (vgl. Bulechek, McCloskey, 2000 in Wright, Leahey, 2009; S. 34).

Eine Pflegeintervention dient somit dazu, eine Veränderung zu bewirken. Nach Wright und Levac (1992) sind folglich jene Interventionen in der Pflege wirksam, die genau auf den Zustand der Familienmitglieder

abgestimmt sind und somit eine Reaktion bei Patient oder Klient und der Familie bewirken. Interaktionen können nur in einer Beziehung stattfinden. Wright und Leahey (2009) geben folgende Situationen an, bei denen eine Intervention empfehlenswert ist:

- Ein Familienmitglied ist von einer Krankheit betroffen, welche sich negativ auf andere Mitglieder der Familie auswirkt oder das Verhalten eines Familienmitglieds hat einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand eines anderen Mitglieds.
- Die Familie ist mitverantwortlich für die Probleme und Symptome eines Mitglieds der Familie.
- Der Gesundheitszustand eines Familienmitglieds beeinflusst den gesundheitlichen Zustand eines anderen Mitglieds der Familie.
- Ein Kind entwickelt im Zuge der Erkrankung eines anderen Mitglieds der Familie physische, psychische oder verhaltensbezogene Probleme
- Erstmalige Diagnose einer Erkrankung eines Familienmitglieds.
- Folgeschwere Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Familienmitglieds.
- Ein Familienmitglied mit einer chronischen Krankheit kommt aus dem Krankenhaus zurück nach Hause.
- Ein Entwicklungsschritt eines Familienmitglieds wird nicht oder verzögert vollzogen.
- Ein Familienmitglied stirbt an den Folgen einer chronischen Erkrankung.

(Wright, Leahey, 2009)

Craft und Willadsen (1992) haben in einer Studie 130 Pflegeexperten zu dem Thema familienzentrierte Interventionen befragt. Folgende Interventionen wurden aus den Ergebnissen definiert: Unterstützung der Familie, Aufrechterhaltung des Familienprozesses, Förderung der Familienintegrität, Einbeziehung der Familie, Mobilisierung der Familie, Unterstützung der pflegenden Angehörigen, Unterstützung der

Geschwister, Schulung der Eltern und Familientherapie (Carft, Willadsen, 1992).

Am Beispiel des Calgary Familien-Interventions-Modells lässt sich folgendes erkennen: „Mittelpunkt des Modells ist die Beziehung zwischen Pflegender und Familie, genauer gesagt, die Schnittstelle zwischen der Familienfunktion und den von der Pflegenden ausgewählten Intervention. Dies ist der Punkt, an dem Heilung stattfinden kann.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009, S41). „Der Interventionsprozess ist das Kernstück der familienzentrierten Pflege.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009, S.157).

Die Theorie von Wright und Leahey (2009) ist eine Hilfestellung für den Case Manager um zu erkennen, wann Interventionen sinnvoll und notwendig sind. Es gilt jedoch zu überprüfen, welche Ergebnisse diese Interventionen mit sich bringen.

3.3. Zusammenfassung

Das CFIM ist nach Wright und Leahey (2009) ein Werkzeug, das die Bereiche der Familienfunktion und die Interventionen der Pflegenden zusammenfügt. Es ist somit eine Hilfestellung um zu erkennen, welche Familienfunktionen verändert werden müssen und welche Interventionen diese Veränderungen am besten vollziehen lassen.

Die wichtigsten Punkte der „Familienzentrierten Pflege“ für diese Arbeit sind: Der Beziehungsaufbau und somit das Vermögen, eine pflegebezogene Beziehung mit einer Familie aufzubauen und aufrecht zu halten (Wright, Leahey, 2009). Eine aufmerksame und fürsorgliche Pflegeperson hat einen bedeutenden Einfluss auf das Empfinden und Wohlergehen einer Familie und insbesondere auf den chronisch Erkrankten. Das Assessment dient als Basis für mögliche Interventionen innerhalb der Familie. Hier besteht die Chance für die Familie sich zu öffnen und das Gespräch mit der Pflegekraft zu finden.

Chronisch kranke Menschen müssen im Bezug zu ihrer Umwelt gesehen werden, um eine effektive Betreuung durch einen Case Manager zu

gewährleisten. Durch ein effektives Assessment des Case Managers können Ressourcen als auch Schwächen und Bedürfnisse des Erkrankten sowie seiner Familie erkannt werden. Daraus können präzise Interventionen durch das Case Management vorgenommen werden um die beste Betreuung und Unterstützung bereit zu stellen. Diese Diplomarbeit eruiert, welche Ergebnisse diese Interventionen durch das Case Management, im Sinne der familienzentrierten Pflege, für einen chronisch kranken Menschen mit sich bringen.

4. Methode

4.1. Design / Forschungsansatz

Um die Forschungsfrage „Welchen Outcome bringt Case Management chronisch kranken Menschen?“ beantworten zu können, wurde für die vorliegende Arbeit der Forschungsansatz der systematischen Literaturübersicht gewählt. Es wird ein umfassender Überblick des aktuellen Wissensstandes über Case Management, sowie über die Betreuung und Unterstützung von chronisch kranken Menschen benötigt. Es ist die sinnvollste Methode, um den aktuellen Forschungsstand zusammenzutragen (Baade et al., 2005).

„Systematische Reviews sind Zusammenfassungen des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Thema. Sie unterscheiden sich insofern von gewöhnlichen Literaturübersichten, als sie die dargestellten Ergebnisse nach klar definierten Kriterien auswählen und bewerten. Das Ziel systematischer Reviews ist daher das Auffinden, Bewerten und Zusammenfassen wissenschaftlicher Studien, um informative, empirisch belegbare Antworten auf spezifische wissenschaftliche Fragen zur Verfügung zu stellen. Man möchte damit die bestmögliche verfügbare Beweislage produzieren, auf der die Praxis aufbauen kann.“ (vgl. Kleibel, Mayer, 2005, S.103)

4.2. Methoden- und Instrumentenwahl

Die Literaturrecherche erfolgt hauptsächlich durch die Literatursuche an der Bibliothek der Universität Wien, sowie der Medizinuniversität Wien und der Bibliothek des Instituts für Soziologie. In weiterer Folge wurden die Datenbanken PUBMED und CINAHL zur Suche nach passenden Studien herangezogen. Der erste thematische Überblick entstand durch die Suchbegriffe „case management“ und „chronic disease“, als englische Übersetzung der beiden wichtigsten Termini der Literaturübersicht. Anhand der gefundenen Studien wurden weitere Suchstrings identifiziert

um exaktere Suchergebnisse zu bekommen. Folgende Suchstrings wurden für die Literaturrecherche herangezogen

case management / nurse case management / case manager / nursing
care coordination / school nursing / intervention
chronic disease / chronic illness
family / familiymembers
long term care / managed care program
economics / cost effect / quality of life / advocacy

4.3. Ein- / Ausschlusskriterien

Die Recherche konzentrierte sich ausschließlich auf englisch- und deutschsprachige Literatur, wobei Untersuchungen aus dem englischen Raum den Großteil der gefunden Studien ausmachten. Zusätzlich konzentriert sich die Recherche ausschließlich auf erschienene Werke ab dem Jahr 2000. Es wurden nur Studien mit vorhandenem Abstract gesucht, um einen schnellen Überblick über den Inhalt zu bekommen. Die definierten Suchbegriffe mussten im Titel, im Abstract oder in den Studien vorkommen. Journals und Studien, die nicht verfügbar waren, konnten nicht beachtet werden.

Tabelle 1: Suchstrings PUBMED

PUBMED		
Suchstrings	Gefunden	Zurückbehalten
case management AND chronic disease	239	0
case management AND chronic illness	154	0
case management AND long term care	13	1
case management AND chronic disease AND quality of life	25	2
case management AND chronic disease AND family	12	2
case management AND chronic disease AND family members	9	0
case management AND chronic disease AND economics	15	1
case management AND cost effect AND managed care program	76	0

case manager AND long term care AND chronic disease	23	2
case manager AND chronic disease AND family	57	1
case manager AND chronic disease AND quality of life	34	1
nurse case management AND chronic illness AND quality of life	9	0
nurse case management AND chronic disease AND economics	5	0
case management AND chronic disease AND advocacy	5	1
care coordination AND chronic disease	64	0
school nursing AND chronic disease	54	0
Gesamt	794	11

Tabelle 2: Suchstrings CINAHL

CINAHL		
Suchstrings	Gefunden	Zurückbehalten
case management AND chronic disease	343	1
case management AND chronic illness	256	1
case management AND long term care	43	0
case management AND chronic disease AND quality of life	22	1
case management AND chronic disease AND family	19	1
case management AND chronic disease AND family members	3	0
case management AND chronic disease AND economics	10	1
case management AND cost effect AND managed care program	37	2

case manager AND long term care AND chronic disease	5	0
case manager AND chronic disease AND family	32	1
case manager AND chronic disease AND quality of life	64	1
nurse case management AND chronic illness AND quality of life	3	0
nurse case management AND chronic disease AND economics	9	0
case management AND chronic disease AND advocacy	4	0
care coordination AND chronic disease	45	0
school nursing AND chronic disease	12	1
Gesamt	907	10

4.4. Auswahl der Studien

- Design

Die berücksichtigten Studien mussten ein quantitatives oder qualitatives Forschungsdesign aufweisen. Es wurden auch andere systematische Literaturübersichten in die vorliegende Arbeit aufgenommen. Das Forschungsdesign musste in den Studien beschrieben werden.

- Probandengruppe

Es gibt keine Altersbeschränkungen für die in den Studien verwendeten Probandengruppen. So wurden auch Studien verwendet, in denen die Probandengruppen nur aus chronisch kranken Kindern bestanden. Bezüglich der chronischen Erkrankungen wurden keine Einschränkungen getroffen. Voraussetzung war, dass die chronisch kranken Personen in den Studien von Case Managern betreut werden.

Studien die nicht diesen Auswahlkriterien entsprachen, konnten nicht in diese Arbeit aufgenommen werden. Die Kriterien dienen dazu, dass nur relevante und evidenzstarke Studien berücksichtigt werden. Außerdem wird gewährleistet, dass das Ergebnis der vorliegenden Arbeit auf Case Management und chronisch kranke Menschen angewendet werden kann.

4.5. Ethische Überlegung

Da es sich um eine Literaturarbeit handelt, ist ein Ansuchen bei der Ethikkommission nicht notwendig. Es wird auf eine genaue Umsetzung der Zitierregeln und Quellenangaben geachtet, um das geistige Eigentum anderer zu wahren.

4.6. Datenanalyse

Die ausgewählten Studien wurden gelesen und analysiert. Anhand von Tabellen wurden die wichtigsten Fakten der Studien geordnet und stellen die Basis für diese systematische Literaturübersicht dar. Die Studien wurden anhand folgenden Schemata analysiert:

Autor, (Jahr), <i>Titel</i> , Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
--	---	--------------------------	--------------	-------------------------------	------------	---------

In der ersten Spalte werden die Autoren, das Jahr und Ort der Publikation, sowie der Titel der Studie erfasst. Diese Spalte dient dazu, die Studien örtlich und zeitlich zuordnen zu können. Weiters behält man einen besseren Überblick über die gefundenen Studien.

Die zweite Spalte dieser Tabellen veranschaulicht das Design der recherchierten Studien, die Stichprobe und die Art der Datenerhebung. Die Anzahl der Probanden, deren Geschlecht, sowie das Alter werden hier erfasst. Weiters wird festgehalten um welche Art der Erhebung es sich handelt. Diese Daten sind notwendig, um die Ergebnisse beurteilen zu können. Die Größe der Stichproben lässt auf Wissenschaftlichkeit und Generalisierbarkeit rückschließen.

In der dritten Spalte wird die Art der chronischen Erkrankung, die in der Studie behandelt wird, festgehalten. Diese Information dient dazu, um feststellen zu können, welche Krankheitsbilder vorkommen und wie oft. Es können dadurch verschiedene Betreuungsformen für ähnliche chronische Krankheiten miteinander verglichen werden.

In der vierten Spalte der Übersicht wird die Form der Intervention beschrieben. Hier wird unterschieden, welche Arten von Case Management zum Einsatz kommen und welche Interventionen während der Betreuung durchgeführt werden. Dadurch wird ersichtlich, welche Formen des Case Managements am wirkungsvollsten sind.

Die sechste Spalte der Übersichtstabelle beinhaltet die Messvariablen und Messinstrumente, die in den Studien zum Einsatz gekommen sind. Dies ist notwendig um feststellen zu können, wie die Ergebnisse in den Studien zustande gekommen sind.

In der siebten Spalte werden die Forschungsergebnisse beschrieben. Alle signifikanten Ergebnisse werden hier kurz aber präzise dokumentiert.

Die letzte Spalte gibt an, welche Evidenzstärke und Qualität die analysierte Studie aufweist. Die Datenanalyse und Qualitätsbeurteilung der gefundenen Literatur erfolgt durch drei, den jeweiligen Studien entsprechenden, Beurteilungskriterien:

-) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (Moher, Liberati, 2009)
-) The Revised CONSORT Statement for Reporting Randomized Trails: Explanation and Elaboration (Altman, Schulz, 2010)
-) Beurteilung der Qualität von Qualitativen Studien (Mayer, 2007)
-) Quasi-experimentelle Interventionsstudien werden nach Downs und Black (1998) analysiert

5. Resultate

Insgesamt wurden in dieser Arbeit 21 Studien, entsprechend der Ein-und Ausschlusskriterien, analysiert. Es handelt sich zum größten Teil um Studien aus den USA. Im Anhang der vorliegenden Arbeit befinden sich die dazu fertiggestellten Übersichtstabellen, die einen kurzen Überblick über die verwendeten Studien und deren Inhalte bieten.

Die Resultate dieser systematischen Literaturarbeit lassen sich in fünf große Teilbereiche gliedern. Diese Teilbereiche konnten aufgrund von Studien mit ähnlichen Inhalten erstellt werden:

- Lebensqualität
- Verbesserung medizinischer Messgrößen
- Pflegekontinuität
- Betreuung der Familie
- Kosteneffizienz

5.1. Lebensqualität

Ein Großteil der recherchierten Studien befasst sich mit dem Themenfeld „Lebensqualität“. Insgesamt konnten für diese Arbeit sechs Studien zu Lebensqualität, in Bezug auf Case Management und chronische Erkrankungen gefunden werden. Lamb et al. (2007), Sadowski et al. (2009), Latour et al. (2006), Chow et al. (2010), Norris et al. (2002) und Carvalho et al. (2000) beschreiben in ihren Studien den Effekt von Case Management auf die Lebensqualität von chronisch kranken Menschen und deren Familien.

Die Studie von Sadowski et al. (2009) erreicht mittels CONSORT 20 von 22 Punkten und weist eine hohe wissenschaftliche Qualität auf. Die Studie von Lamb et al. (2007) erreicht nach einer Überprüfung mit CONSORT 18

von 22 Punkten, da für die Studie eine vergleichsweise niedrige Probandengruppe eingesetzt wurde. Die Arbeit von Latour et al. (2006) erreicht ein hohes Evidenzlevel, sie erreichte 25 Punkte nach PRISMA erreicht. Chow et al. (2010) erlangen 21 von 22 Punkten nach CONSORT. Die systematische Literaturarbeit von Norris et al. (2002) konnte mit 24 Punkten nach PRISMA bewertet werden. 27 Punkte von 31 Punkten nach Downs und Black (1998) erreicht die Studie von Carvalho et al (2000) auf Grund der vergleichsweise kleinen Probandengruppe.

Diese sechs Studien haben ihren Fokus auf unterschiedliche chronische Erkrankungen. Somit ist die Verbesserung der Lebensqualität ein zentraler Punkt im Einsatz von Case Management für alle chronisch kranken Menschen, egal um welche Art von chronischer Erkrankung es sich handelt. Es gibt kaum Studien, die explizit über Lebensqualität durchgeführt wurden. Die Veränderung der Lebensqualität steht im Zusammenhang mit konkreten Veränderungen in der Betreuung.

In der Studie von Chow et al. (2010) wird die Betreuung von Patienten mit chronischen Nierenleiden durch einen Case Manager beschrieben. Es wird beschrieben, dass durch die Interventionen des Case Managements eine positive Veränderung bei der Qualität des Schlafes erreicht und somit auch die psychosozialen Schwierigkeiten vermindert werden konnten. Durch Case Management konnte eine bessere Anpassung der therapeutischen Interventionen an den Alltag der chronisch Kranken gemacht werden. Somit konnten Berufstätige ihre soziale Rolle weiterhin umsetzen (Chow et al., 2010).

Carvalho et al. (2000) verwenden in ihrer Studie ein eigenes Messinstrument um die Lebensqualität von Diabetikern und deren Familienmitgliedern zu erfassen. Der sogenannte „Diabetes Quality of Life“ (DQOL) beinhaltet 40 Punkte um Verbesserungen im Bereich der Lebensqualität bewerten zu können. Es stellte sich heraus, dass nach den Interventionen durch das Case Management eine Steigerung der Lebensqualität bei den Erkrankten als auch bei den Familienmitgliedern zu

vernehmen war. Die Interventionen des Case Management lagen vor allem im Bereich der regelmäßigen Messung des Blutzuckers, sowie bei der Unterstützung bei der Medikamentengabe und der Patientenschulung. Carvalho et al. (2000) meinen, dass vor allem die Patientenschulungen und das damit gewonnene Selbstbewusstsein bzw. die positive Verstärkung der Selbstbestimmung, als auch die Unterstützung der ganzen Familie als eine Gruppe, die Lebensqualität verbessern konnte (Carvalho et al., 2000).

Die Schulung der Klienten und die Unterstützung bei der Medikamentengabe spielen auch in der Studie von Lamb et al. (2007) eine zentrale Rolle. Hier wurden Personen mit chronischen Schmerzen befragt, die mit dem Medikament Methadon, einem Opioid, behandelt wurden. Es wurde eine Gruppe von 74 Personen über einen Zeitraum von neun Monaten durch ein Case Management Programm betreut. Es wurden zwar keine Unterschiede in der Schmerzintensität der Patienten innerhalb dieses Zeitraumes erkannt, jedoch stieg die Patientenzufriedenheit aufgrund der engmaschigen Betreuung durch einen Case Manager. Die Betreuung erfolgte zum größten Teil über Telefon. Lamb et al. (2007) meinen, dass eine zielgerichtete Schulung des Klienten und dessen Familie eine zentrale Rolle in der Betreuung von Menschen, die kontinuierlich Medikamente einnehmen müssen, spielen muss (Lamb et al., 2007).

In der systematischen Literaturarbeit von Norris et al. (2002) wird erwähnt, dass mit der Kontrolle von medizinischen Parametern durch den Case Manager eine Verbesserung der Lebensqualität einhergeht. Diese Studie beleuchtet die Betreuungssituation von Diabetikern, die Case Management in Anspruch nehmen. Das Ergebnis zeigt, dass durch verbesserte medizinische Werte auch die Lebensqualität der chronisch kranken Klienten steigt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass weitere Studien gemacht werden müssen, die den Bereich Lebensqualität näher beleuchten (Norris et al., 2002).

Latour et al. (2007) zeigen einen Zusammenhang zwischen Krankenhausbesuchen und der Lebensqualität von chronisch kranken Patienten auf. In dieser systematischen Literaturarbeit wurden 10 Studien analysiert. So kamen sie zu dem Ergebnis, dass Patienten, die durch Case Management betreut wurden, weniger Krankenhausbesuche absolvieren mussten, als jene ohne eine solche Betreuung. Es wird beschrieben, dass ein moderater Anstieg der Patientenzufriedenheit und der Lebensqualität aufgrund der Reduktion der Krankenhausbesuche zu erkennen ist (Latour et al., 2007).

Auch Sadowski et al. (2009) beschreiben in ihrer Studie die Auswirkungen von Krankenhausbesuchen auf die Lebensqualität von chronisch kranken Menschen. Von 405 Probanden wurden 201 von Case Managern betreut. Gemessen wurde die Anzahl der Krankenhausbesuche und die Aufenthaltsdauer in Krankenhäusern. Durch die Betreuung von Case Management über einen Zeitraum von 30 Monaten konnten die Krankenhausbesuche pro Monat um 29% und die Dauer der Krankenhausaufenthalte auch um 29% reduziert werden (Sadowski et al., 2009).

5.1.1. Zusammenfassung

In allen recherchierten Studien lässt sich Lebensqualität als zentrales Element bei der Betreuung durch Case Management erkennen. Lebensqualität kann sich auf verschiedene Arten äußern. Klienten und deren Familien empfinden es als Erleichterung, wenn eine Ansprechperson bei Verunsicherung oder Fragen zur Verfügung steht (Lamb et al., 2007). Der direkte Kontakt zu den Betroffenen und der Vertrauensaufbau zu ihnen schafft Wohlbefinden, auch wenn sich durch Case Management teilweise keine Verbesserungen des Pflegeoutcomes erkennen lassen.

Wohlbefinden und Lebensqualität wird nicht nur durch das Vorhanden sein einer Ansprechperson gesteigert, sondern auch durch die gesteigerte Fähigkeit, pflegerische Tätigkeiten als Klient und Familie selbst

übernehmen zu können (Carvalho et al., 2000). Durch die Übernahme von pflegerelevanten Tätigkeiten kann das Selbstwertgefühl des Klienten gesteigert werden und Ängste, sowie Unsicherheiten vermindert werden. Schulungen und das dadurch vermittelte Wissen können dazu beitragen, dass das Gefühl der Hilflosigkeit bei Angehörigen herabgesetzt wird (Norris et al., 2002). Zu den Inhalten dieser Schulungen zählen in erster Linie die Verabreichung von Medikamenten und die Kontrolle von Vitalparametern, wie beispielsweise die Messung des Blutdrucks oder die Messung des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern (Norris et al., 2002). Die Anzahl von Krankenhausbesuchen und Krankenhausaufenthalten, die durch den Verlauf einer chronischen Erkrankung auftreten, können aufgrund der Betreuung durch Case Management verringert werden. Das hat zur Folge, dass Stress und Verunsicherungen vermieden werden können. Die Klienten können somit länger in ihren gewohnten Umgebungen und im Umfeld ihrer Familie verbleiben (Latour et al., 2007).

5.2. Verbesserung medizinischer Messgrößen

Der Einsatz von Case Management und die daraus resultierende Verbesserung medizinischer Messgrößen bilden ein weiteres großes Themenfeld. Hierzu wurden sechs Studien recherchiert. Schmittdiel et al. (2009), Sutherland et al. (2009), Stuckey et al. (2009), Welch et al. (2010), DeBusk et al. (2004) und die schon beschriebenen Studie von Carvalho et al. (2000).

Die Studie von Schmittdiel et al. (2010) sowie von De Busk et al. (2004) erreichen anhand von CONSORT 21 Punkte von möglichen 22 Punkten und weisen eine hohe wissenschaftliche Qualität auf. Die systematische Literaturarbeit von Sutherland et al. (2009) erlangt nach PRISMA 25 Punkte von 27 Punkten. Die Studie von Welch et al. (2010), die ebenfalls eine systematische Literaturarbeit ist, wurde mit 25 Punkten nach PRISMA bewertet. 20 Punkte nach CONSORT konnte die Studie von Stuckey et al

(2009) erreichen. Die Bewertung der Studie von Carvalho et al. (2000) wurde im Teilkapitel „Lebensqualität“ dargelegt. Vier von sechs Studien befassen sich explizit mit der chronischen Krankheit Diabetes Mellitus und den medizinischen Veränderungen, die durch Case Management hervorgerufen wurden (Schmittziel et al., 2009; Welch et al. 2010; Stuckey et al., 2009; Carvalho et al., 2000). Eine Studie befasst sich mit drei der häufigsten chronischen Erkrankungen und zwar Diabetes Mellitus, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und koronaren Herzerkrankungen (Sutherland et al. 2009). DeBusk et al. (2004) befassen sich mit koronaren Herkrankheiten und der Betreuung durch Case Manager.

Für die Studie von Stuckey et al. (2009) wurden die klinischen Messgrößen Blutzuckergehalt im Blut (HbA1c), das Lipoprotein im Blut und der Blutdruck beobachtet. Sie dienen als Messgrößen um die Veränderungen der Gesundheit, die Case Management bewirkt, feststellen zu können. Die Interventionen der Case Manager lagen im Bereich der Förderung von Eigenständigkeit der Klienten durch Schulungen und im Bereich der Kontrolle der klinischen Parameter. Insgesamt wurden 549 Klienten für diese Studie herangezogen. Stuckey et al. (2009) kamen zu dem Ergebnis, dass Case Management eine wichtige Aufgabe bei der kontinuierlichen Kontrolle der medizinischen Messwerte spielt. Nach zwei Jahren zeigten sich Verbesserungen bei den medizinischen Werten. Je ausgeprägter das Krankheitsbild war, desto größer waren die Unterschiede zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. In weiterer Folge übernahm Case Management eine wichtige Funktion im Bereich der Koordination und Organisation. Diese Studie zeigt jedoch keine Verbesserung im Bereich des emotionalen Stresses oder bei der Selbstpflegekompetenz (Stuckey et al., 2009).

Auch in der Studie von Welch et al. (2010) dient der Wert des Blutzuckers als Messgröße. In dieser Studie, die 9397 Probanden umfasst, wurde der Langzeiterfolg von Case Management eruiert. Die Ergebnisse zeigen,

dass der Wert des Blutzuckers längerfristig gesenkt werden konnte. So konnte das HbA1c um fast 1% im Durchschnitt gesenkt werden. Welch et al. (2010) geben an, dass eine Reduktion dieser Größenordnung ca. 30-35% der auf Grund von Diabetes auftretenden mikrovaskulären Erkrankungen verhindern kann (Welch et al., 2010).

Auch in der Studie von Schmittziel et al. (2009) zeigt sich eine Verbesserung der Blutwerte auf Grund von Case Management bei Diabetikern. So wurden über einen Zeitraum von einem Jahr 3579 Personen durch Case Manager betreut. Es konnten die Blutzuckerwerte im Durchschnitt um 0,3-0,5% gesenkt werden. In weiterer Folge konnten auch kardiovaskuläre Risiken verhindert werden. Durch die regelmäßige und individuelle Betreuung konnte den chronisch kranken Menschen und deren familiären Umfeld mehr Sicherheit und Wohlbefinden ermöglicht werden (Schmittziel et al., 2009).

Carvalho et al. (2000) gelangen zu einem ähnlichen Ergebnis. In dieser Studie wurden 56 Kinder mit Diabetes Mellitus Typ 1 durch Case Manager betreut. Als Messgröße diente wiederum der HbA1c Wert des Blutes. Aufgrund von Diabetikerschulungen zur Förderung der Eigenständigkeit der Klienten, konnte der Blutzuckerspiegel im Durchschnitt von 9,15% auf 8,99% gesenkt werden (Carvalho et al., 2000).

Sutherland et al. (2009) untersuchten die Auswirkungen von Case Management auf medizinische Messwerte bei drei wichtigen chronischen Krankheiten (COPD, Diabetes, koronare Herzerkrankungen). Durch ihre systematische Literaturarbeit, für die aus insgesamt 108 Studien 18 Studien herangezogen wurden, haben die Autoren festgestellt, dass Case Management bei allen drei chronischen Krankheiten positiven Einfluss hat. Beispielsweise konnte die Lungenfunktion bei Patienten mit COPD verbessert werden, sowie bei Diabetikern die Einstellung der Medikamente für den Blutzuckerwert. Bei Diabetikern konnte eine Verbesserung der Werte um 7,5% erzielt werden. Bei den Werten des Blutdruckes konnten insgesamt keine Veränderungen festgestellt werden. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Case Management die besten

Ergebnisse erzielt, je länger die Betreuungsdauer ist (Sutherland et al., 2009).

DeBusk et al. (2004) hinterfragen mit einer randomisierten, kontrollierten Studie, wie sich eine Betreuung durch Case Management auf risikoarme Patienten mit Herzfehler auswirkt. Über ein Jahr lang übernahm Case Management für 462 Patienten die Koordination der Pflege und betreute diese weitestgehend über Telefon. Gemessen an der Anzahl der Rehospitalisation konnte Case Management keine signifikante Verbesserung bewirken. Allerdings wird angenommen, dass Case Management für Hochrisikopatienten effektiver ist als für Patienten mit geringerem Risiko an ihrem Herzfehler zu sterben. Es wird des Weiteren auch angemerkt, dass die Krankenhausbesuche meist nachts und an Wochenenden gemacht wurden, wo keine Case Manager zur Verfügung standen (DeBusk et al., 2004).

5.2.1. Zusammenfassung

Die Kontrolle von klinischen Parametern durch das Case Management ist eine zentrale Aufgabe dieser Betreuungsform. Wird ein chronisch kranker Klient zu Hause betreut, müssen medizinische Messgrößen durch das Betreuungsteam kontrolliert und dokumentiert werden. Der Einsatz von Case Management zeigt bei den chronischen Krankheitsbildern, die in den zuvor beschriebenen Studien erwähnt werden, eine Verbesserung der medizinischen Messgrößen. So konnten die Blutzuckerwerte bei Diabetikern um ca. 1,8% verbessert werden. (Carvalho et al., 2000). Bei der Studie von Sutherland et al. (2009) zeigte sich sogar eine Verbesserung von ca. 7,5% des Blutzuckerspiegels bei Diabetikern. Durch diese Verbesserungen kann in weiterer Folge, eine Reduktion der mikrovaskulären Erkrankungen um ca. 30-35% erlangt werden (Welch et al. 2010). Personen mit der chronischen Lungenerkrankung COPD erleben durch die Betreuung eines Case Managers eine Verbesserung ihrer Lungenfunktionswerte (Sutherland et al. 2009). Diese Verbesserungen entstehen durch eine kontinuierliche Kontrolle der

medizinischen Parameter durch den Case Manager. Die Verbesserungen kommen auch daher, dass Klienten durch Schulungen mehr Wissen über ihre chronische Erkrankung erhalten und somit pflegerische Tätigkeiten und medizinische Therapien konsequenter durchführen. Es kann auch durch Case Management schneller auf Veränderungen des Krankheitsbildes reagiert werden. Eine Verbesserung der medizinischen Messgrößen bringt auch eine mögliche Reduktion der Krankenhausaufenthalte mit sich (Schmittdiel et al., 2009).

5.3. Pflegekontinuität

Vier Studien konnten zum Thema Pflegekontinuität recherchiert werden. Aiken et al. (2006), Middleton (2003), sowie Engelke et al. (2009) und Carvalho et al. (2000).

Aiken et al. (2006) erreichen nach CONSORT 20 von 22 Punkten. Nach einer Beurteilung durch PRISMA konnte die Studie von Engelke et al. (2009) 26 von 27 Punkten erreichen und hat somit eine hohe Evidenz sowie eine hohe wissenschaftliche Qualität. Die Studie von Middleton (2003) erlangt nach der Bewertung nach CONSORT 18 Punkte, da die Probandengruppe im Vergleich eher klein ist. Carvalho et al. (2000) wurden schon zuvor in den Teilkapiteln bewertet.

Nach Middleton (2003) schafft Case Management eine Verbesserung der Blutwerte bei Diabetikern. Die Hauptinterventionen des Case Managers ist in diesem Fall die Koordination des interdisziplinären Teams intern als auch mit den Diabetikern sowie die Kontinuität der erbrachten Pflegeleistungen. Die Pflegeplanung durch den Case Manager mit dem betroffenen Klienten und dessen Umfeld, verschafft Sicherheit für Klienten und dessen Familie und gewährleistet auch eine kontinuierliche Pflege und Betreuung trotz Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. Middleton (2003) meint, dass Case Management Maßnahmen zur

Prävention von Spätfolgen setzt. So können beispielsweise Gefäßerkrankungen durch genaue Blutzuckerkontrolle und effektive Therapiepläne längerfristig vermieden werden, was zur Folge hat, dass einer Krankheitsverschlechterung entgegengewirkt werden kann und auch somit zusätzliche Kosten vermieden werden können (Middleton, 2003).

Aiken et al. (2006) befasst sich mit der Betreuung von Patienten mit COPD und chronischer Herzerkrankung. Hierfür wurden 192 chronisch Kranke und deren Familien über zwei Jahre beobachtet. In dieser Studie setzen die Case Manager den Fokus auf die langfristige Unterstützung der Klienten. Beispielsweise durch die Förderung der Selbstpflege bzw. des Eigenmanagements. Ein weiterer Punkt den das Case Management forciert ist die ständige Betreuung des Klienten sowie seiner Familie über alle Krankheitsphasen hinweg bis zur Sterbebegleitung. Durch diese Maßnahmen konnte der Stress und die Unsicherheit bei den Betroffenen vermindert werden und das Selbstwertgefühl, sowie die Fähigkeiten die Probleme bewältigen zu können, die durch die Krankheit entstehen, gestärkt werden. Krankheitssymptome können durch die lange kontinuierliche Betreuung frühzeitig erkannt und vermindert werden (Aiken et al., 2006).

Engelke et al. (2009) befassen sich mit Case Management im Bereich der Schulen. Kinder, die auf Grund von Diabetes unregelmäßig dem Unterricht beiwohnen konnten, haben eine Betreuung durch Case Manager erhalten. Die Interventionen waren die regelmäßige Überwachung des Blutzuckerwertes und der Insulintherapie, sowie die Koordination der verschiedenen Professionen einschließlich der Lehrer und der Familien der Schüler. In weiterer Folge wurden die chronisch kranken Schüler, deren Lehrer und Familien im Bereich der Therapien für Diabetiker geschult. Dieses komplexe Betreuungsprogramm hat zur Folge, dass chronisch kranke Schüler weniger Fehlstunden in der Schule hatten und somit auch einen besseren sozialen Kontakt zu Mitschülern. In weiterer Folge haben sich die Schulnoten dieser Schüler durchschnittlich verbessert. Auch die Krankenhausbesuche konnten reduziert werden,

womit Stress und Unsicherheit vermieden werden konnte (Engelke et al., 2009).

Carvalho et al. (2000) stellten in ihrer Studie fest, dass durch die kontinuierliche Überwachung der medizinischen Parameter und die kontinuierliche Kontrolle der Medikamentengabe eine Verbesserung der Gesamtsituation von Diabetikern herbeigeführt werden kann. Durch die stetig vorhandene Unterstützung des Case Manager stieg die Zufriedenheit der Klienten und auch deren Familien, die auch durch diese immer vorhandene Unterstützung entlastet wurden (Carvalho et al. 2000).

5.3.1. Zusammenfassung

Durch eine komplexe Pflegeplanung, auf Basis eines allumfassenden Assessments, das den Klienten und dessen Umfeld, wie beispielsweise seine Familie oder seinen Beruf, beinhaltet, kann Pflegekontinuität entstehen. Case Management bezieht in allen Teilbereichen der Pflegeplanung den Klienten und dessen Familie mit ein (Middleton, 2003). Das Case Management erstellt einen Betreuungsplan in dem sowohl der chronisch kranke Klient und dessen Umfeld, als auch die verschiedenen Professionen mit einbezogen werden. Das hat zur Folge, dass in allen Bereichen eine positive Zusammenarbeit entsteht, was wiederum einen positiven Einfluss auf den Zustand des Klienten und seiner Familie hat (Aiken et al., 2006). Kontinuität wird auch dadurch gefördert, dass durch die stetige Betreuung die Krankenhausaufenthalte vermindert werden, die bedeuten würden, dass das Betreuungsprogramm durch ein neues Team verändert würde (Engelke et al. 2009). Durch die Gabe von Informationen über die chronische Erkrankung und über die Betreuungsmöglichkeiten, sowie die Schulungen von Klienten und Angehörigen wird die Kontinuität der pflegerischen Betreuung verbessert. So können Maßnahmen in der Pflege entweder durch den Klienten selbst oder durch ein Familienmitglied übernommen werden, wodurch die Akzeptanz der Pflege steigt (Carvalho et al., 2000).

5.4. Betreuung der Familie

Die Auswirkungen von Case Management auf die Familie eines chronisch kranken Klienten konnten in vier Studien erörtert werden. Nolan et al. (2007), McHugh et al. (2007), Jennings – Sanders et al. (2003) und Engelke et al. (2009).

Jennings – Sanders et al. (2003) erreicht nach Meyer (2007) 20 von 22 Punkten. Nolan et al. (2007) erreicht nach CONSORT 20 von 21 Punkten. Die systematische Literaturarbeit von McHugh et al. (2007) erreicht durch die geringe Beschreibung der Methoden 24 von 27 Punkte nach PRISMA. Die Studie von Engelke et al. (2009) wurde im vorherigen Abschnitt bewertet.

Jennings – Saunders et al. (2003) beschreiben, dass Case Management Klienten und deren Familien unterstützt, die Herausforderungen, die eine Krebsdiagnose mit sich bringt, zu meistern. Die an Brustkrebs erkrankten Frauen beschreiben, dass Case Manager durch die Unterstützung im medizinischen bzw. pharmazeutischen Bereich, beispielsweise das Messen des Blutdrucks oder die Verabreichung von Medikamenten Sicherheit und Lebensqualität positiv verstärkten. Andererseits wurde auch beschrieben, dass im psychosozialen Bereich Unterstützung durch den Case Manager gegeben war. Es wird vor allem die emotionale Unterstützung durch den Case Manager erwähnt. Durch bewusstes Zuhören und genaue Informationsgabe konnten Ängste und Stress vermindert werden. Familienmitglieder sprechen davon, dass Case Management mögliche Krisen innerhalb der Familie frühzeitig erkennen und vermindern konnte. Durch diese Betreuungsform konnten Informationen und Veränderungen des Gesundheitsbildes der Klientin schnell an die Angehörigen übermittelt werden. Der Case Manager konnte sogleich auch eine emotionale Unterstützung anbieten (Janning – Saunders et al., 2003).

Case Management im schulischen Bereich wird in der Studie von Engelke et al. (2009) analysiert. Diese systematische Literaturübersicht beschreibt die Umsetzung von Case Management im Rahmen der Schule. Hierbei handelt es sich um eine Betreuung von Schulkindern, die chronisch erkrankt sind. Diese Erkrankungen gehen mit häufigen Krankenhausaufenthalten einher. Durch den versäumten Unterricht weisen chronisch kranke Kinder häufiger schlechte Schulnoten auf. Gleichzeitig finden diese Kinder schwieriger soziale Kontakte zu Mitschülern. Gemeinsam mit den Eltern und den Lehrern der chronisch kranken Kinder wurde ein individuelles Betreuungskonzept erarbeitet. Case Management bewirkte, dass die Aufenthalte in Krankenhäusern reduziert werden konnten. Der versäumte Unterricht konnte in Form von individuell erstellten Lehrplänen für diese Kinder nachgeholt werden. Die daraus resultierenden Folgen waren bessere Schulergebnisse und mehr Selbstvertrauen. Auch konnten die sozialen Kontakte verbessert werden. Für chronisch kranke Kindern und ihren Eltern konnte der emotionale Stress reduziert werden (Engelke et al., 2009).

Kinder sind auch in der Studie von Nolan et al. (2007) zentrales Thema. Es wird analysiert, wie sehr die Familie im Mittelpunkt des Interesses des Case Managements steht. Es wurden 83 Familien für diese Studie herangezogen. Ziel dieser Studie war, die Schwierigkeiten von Eltern mit dem Pflegepersonal, bzw. den Therapeuten aufzuzeigen. Das Ergebnis zeigt, dass vor allem im Bereich der Kommunikation und des Informationsaustausches Probleme zu finden sind. Nolan et al. (2007) zeigen auf, dass, durch Case Management oder durch andere Koordinationsformen diese Schwierigkeiten vermindert werden können. Familien mit einem Case Manager hatten auch einen besseren Zugang zu medizinischem und pflegerelevantem Equipment. Dadurch stieg die Qualität der Betreuung der chronisch kranken Kinder und die Zufriedenheit der Eltern (Nolan et al., 2007).

Die Studie von McHugh et al. (2007) zeigt auf, dass das Pflegepersonal der wichtigste Faktor in der Betreuung von Familien ist. Oftmals fühlen

sich Mütter von chronisch kranken Kindern nicht ausreichend durch Freunde und Familienmitglieder unterstützt. Durch die Unterstützung eines Case Managers können laut McHugh et al. (2007) solche Belastungen ausgeglichen werden. Wichtig ist hierbei eine ausführliche Analyse der Familienstrukturen und ein darauf basierendes Assessment der Familienstrukturen (McHugh et al., 2007).

5.4.1. Zusammenfassung

Alle vier recherchierten Studien zeigen, dass chronisch kranke Menschen in Bezug auf ihr familiäres Umfeld gesehen werden müssen. Die emotionale Betreuung der Familienmitglieder zeigt eine positive Auswirkung auf den Gesundheitszustand des erkrankten Klienten (Nolan et al. 2007). Die Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand des Klienten oder im Sinne von Schulungen, dienen dem Abbau von Ängsten und schaffen somit Wohlbefinden und Sicherheit (Jenning – Saunders, 2003). Um die benötigte Hilfsbedarf für die Familie feststellen zu können, bedarf es einer genauen Analyse der Familienstrukturen (McHugh et al., 2007).

5.5. Kosteneffizienz

Insgesamt fünf Studien konnten zum Thema Kosteneffizienz recherchiert werden. Diese Studien stammen von Chan et al. (2000), Hammer (2001), Markle (2004), Shumway et al. (2008), sowie von Norris et al. (2002).

Die Studie von Chan et al. (2000) erreicht anhand von CONSORT 20 von 22 Punkten. Hammer (2001) erreicht 19 von 22 Punkten nach CONSORT, da die angewandte Methode nicht ausführlich beschrieben wird. Shumway et al. (2008) erlangen nach CONSORT 21 Punkte. Die Studie von Markle (2004) erreicht nach PRISMA die Bewertung von 23 Punkten von möglichen 27 Punkten. Die Arbeit von Norris et al. (2002) wurde in den vorhergehenden Kapitel bewertet.

Die Studie von Chan et al. (2000) befasst sich mit der Veränderung der Kosten durch Case Management im Bereich der Betreuung von Menschen mit chronischer Schizophrenie. 62 Patienten wurden über einen Zeitraum von 11 Monaten durch Case Management betreut. Um exaktere Daten zu erhalten wurden die Kostenunterschiede für jeden der Patienten extra ermittelt. Zu den gemessenen Kosten sind die Besuche des Case Managers, die Interventionen des Case Managers über Telefon, die Betreuung durch einen Psychiater sowie die Aufenthaltstage im Krankenhaus zu zählen. Chan et al. (2000) gelangen zu dem Ergebnis, dass Case Management über eine kurze Betreuungsdauer kostenintensiver ist als herkömmliche Betreuungskonzepte. So wurde eine Kostenerhöhung von ca. \$450 US Dollar pro Jahr ermittelt. Chan et al. betonen jedoch, dass die Fortschritte durch die psychologischen Therapien, die durch das Case Management koordiniert wurden, besser waren. Die Patientenzufriedenheit konnte, im Gegensatz zu der üblichen Betreuungsmethode, wesentlich gesteigert werden. Auch die Anzahl der Tage im Krankenhaus sank im Zeitraum von 11 Monaten deutlich schneller durch die Betreuung von Case Management (Chan et al., 2000). Die Betreuung von älteren, demenziell erkrankten Menschen steht im Mittelpunkt der Studie von Hammer (2001). Hierbei wurde eine Gruppe von 25 Klienten ein Jahr lang durch Case Management betreut. Die Ergebnisse zeigen, dass die kognitiven Fähigkeiten, im Vergleich zur Kontrollgruppe, um 10% verbessert wurden. Die Ambulanz- und Krankenhausbesuche konnten auch um 10% verringert werden. Hammer (2001) belegt, dass durch diese Verbesserungen, die durch Case Management hervorgerufen wurden, insgesamt \$98.520 US-Dollar pro Jahr an Krankenhauskosten eingespart werden konnten. Die wichtigsten Faktoren für diese Kostenreduktion waren die Verminderung von Krankenhausaufenthalten und die langfristige Betreuung zu Hause. Gleichzeitig konnte die Lebensqualität der betreuten Klienten gesteigert werden. Das kommt daher, dass Klienten so lange wie möglich daheim betreut werden konnten (Hammer, 2001).

Auch in der Studie von Shumway et al. (2007) werden die Veränderungen von Ambulanzbesuchen durch Case Management und die damit verbundenen Kostenveränderungen beleuchtet. Hier wird Case Management im klinischen Bereich eingesetzt. Über einen Zeitraum von einem Jahr wurden die Ambulanzbesuche und die Veränderungen der dadurch entstehenden Kosten von 252 Patienten betrachtet. 167 Patienten davon wurden durch das klinische Case Management betreut. Schwerpunkt der Betreuung war die Reduktion von psychosozialen Problemen, vor allem Alkoholmissbrauch, Obdachlosigkeit und Armut durch langfristige Erkrankungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Patientengruppe, die durch Case Management betreut wurde, einen Rückgang der Ambulanzbesuche verzeichnen konnte. Die Ambulanzkosten konnten innerhalb von einem Jahr von \$618 US-Dollar auf \$247 US-Dollar pro Patienten reduziert werden (Shumway et al., 2007).

Ann Markle (2004) beschreibt in ihrer systematischen Literaturarbeit, wie Case Management einen positiven Effekt auf die Kosten des Gesundheitssystems hat. Zu Beginn wird beschrieben, in welchen Bereichen Case Management eingesetzt werden kann. Hier wird erwähnt, dass Case Management vor allem in den Bereichen der Hauskrankenpflege und in der Pflege von chronisch kranken Menschen eingesetzt werden kann. Hier wird hervorgehoben, dass bei einer Betreuung durch einen Case Manager im extramuralen Bereich eine Kostenreduktion von durchschnittlich 24,7% erzielt werden kann, vor allem auf Grund der Reduktion von Krankenhausauenthalten. In weiterer Folge erwähnt Markle (2004), dass bei der Betreuung von Diabetikern eine Kostenreduktion durch Schulungen der Klienten herbeigeführt werden kann. Es wird beschrieben, dass Langzeitfolgen wesentlich kostenintensiver sind als präventive Maßnahmen. Case Management im Krankenhaus wirkt sich vor allem auf die Aufenthaltsdauer der Patienten aus. Markle (2004) erklärt, dass beispielsweise nach einem Hüftgelenksbruch die Aufenthaltsdauer durch Case Management von 12,8

Tagen auf 7,78 Tage reduziert werden konnte. Insgesamt können dadurch \$1,3 Millionen US-Dollar pro Monat eingespart werden (Markle, 2004).

In der systematischen Literaturarbeit von Norris et al. (2002) werden zwei Studien beschrieben, die sich mit dem Zusammenhang zwischen Case Management und Betreuungskosten auseinandersetzen. Beide Studien konnten eine Reduktion der Betreuungskosten feststellen. Es konnten im Bereich der Personalkosten, Administrationskosten und der Versorgungskosten eine Kostenminderung von \$2702 US-Dollar pro Antragssteller errechnet werden (Norris et al. 2002).

5.5.1. Zusammenfassung

Vier von fünf Studien konnten einen positiven Effekt von Case Management auf die Betreuungskosten von chronisch kranken Menschen feststellen. Vor allem die Reduktion von Krankenhausbesuchen bzw. die Verminderung von Aufenthaltstagen in Krankenhäusern bewirkt einen Großteil der Kostenreduktion (Hammer, 2001; Markle, 2004). In weiterer Folge können durch die schnelle Verbesserung des Gesundheitszustandes von Klienten durch das Case Management fortlaufende Kosten reduziert werden (Chan et al., 2000). Markle (2004) erwähnt auch, dass präventive Maßnahmen über längere Zeit gesehen kostengünstiger sind als die Behandlung von akuten Folgeschäden. So können beispielsweise durch Diabetikerschulungen weitere Kosten eingespart werden. Die Betreuung von Klienten zu Hause konnte verlängert werden, was zur Folge hat, dass die Lebensqualität und die Klientenzufriedenheit erhöht wurde (Markle et al. 2004). Case Management im klinischen Bereich kann die Anzahl an Ambulanzbesuchen und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus reduzieren und somit erhebliche Kosten für das Krankenhaus einsparen (Shumway et al. 2008).

6. Diskussion

Bezogen auf die Forschungsfrage konnten positive Auswirkungen von Case Management auf die Betreuung von chronisch kranken Menschen nachgewiesen werden. Die fünf großen Teilbereiche Lebensqualität, Verbesserung medizinischer Messgrößen, Pflegekontinuität, Betreuung der Familie und Kosteneffizienz spiegeln die im theoretischen Rahmen beschriebenen Aufgaben wider, die Case Management erfüllen muss. Dieser Einfluss lässt sich bei allen in den Studien beschriebenen Krankheitsbildern der Klienten finden.

Insgesamt werden in dieser systematischen Literaturübersicht 21 Studien im Bezug auf die Auswirkungen von Case Management auf die Betreuung von chronisch kranken Menschen diskutiert. In diesem Kapitel wird die Forschungsfrage in Bezug auf die Ergebnisse in Kapitel 5 beantwortet. Im Zentrum wird hier auch der Einbezug des theoretischen Rahmens „Familienzentrierte Pflege“ (Wright, Leahey, 2009) stehen, der den Kern dieser Arbeit bildet.

6.1. Lebensqualität

Die hier beschriebenen Studien weisen alle einen signifikanten Einfluss von Case Management auf die Lebensqualität der erkrankten Klienten auf. Diese Auswirkung zeigte sich bei allen Klienten trotz unterschiedlicher Krankheitsbilder. Es lassen sich mehrere Faktoren erkennen, die in den beschriebenen Studien als Messgrößen für Lebensqualität herangezogen wurden. Die wichtigsten davon sind einerseits, die Selbstständigkeit des Klienten und das daraus resultierende Selbstbewusstsein und die Möglichkeit der Selbstbestimmung wie sie auch Laimböck (2009) beschrieben hat und andererseits die emotionale Unterstützung durch das Case Management (Lamb et al. 2007; Carvalho et al. 2000).

Wie schon in Kapitel 2 erwähnt, spiegelt sich die Wichtigkeit der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität auch in den Resultaten der Studien wider. Vor allem zeigen die Bereiche, in denen das kontinuum-orientierte

Case Management umgesetzt wurde, dass dieses positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der chronisch kranken Klienten und deren Familie hat (Lamb et al. 2007; Norris et al. 2002, Chow et al. 2010). Es kann hier angenommen werden, dass kontinuum-orientiertes Case Management eine geeignete Betreuungsform für Menschen mit einer chronischen Erkrankung ist. In den Studien, in denen gemeindeorientiertes Case Management eingesetzt wurde konnte die Lebensqualität der Klienten hauptsächlich durch die Verringerung der Krankenhausaufenthalte gesteigert werden (Sadowski et al., 2009, Carvalho et al., 2000). Es wurde gezeigt, dass bei Gemeindeorientiertem Case Management der Fokus mehr auf der Koordination des Betreuungsteams liegt, als auf der emotionalen Unterstützung oder der Hilfe zur Selbstständigkeit des Klienten. Wright und Leahey (2009) gehen in der „Familienzentrierten Pflege“ auf beide Bereiche ein. Wie in Kapitel 3 beschrieben, hat die „Familienzentrierte Pflege“ eine instrumentelle Funktion und eine expressive Funktion (Wright, Leahey, 2009). Durch das Assessment kann erkannt werden, welche der beiden Funktionen mehr Gewicht hat. Dadurch kann die Lebensqualität gesteigert werden, da der Case Manager erkennen kann, ob die Betreuung mehr auf die funktionale Seite, beispielsweise auf die Koordination des Betreuungsdienstes, achten muss, oder ob die expressive Seite mit dem Schwerpunkt der emotionalen Betreuung wichtiger ist. Die recherchierten Studien zeigen, dass diese Differenzierung ausschlaggebend für eine Verbesserung der Lebensqualität ist.

Vergleicht man die einzelnen Interventionen aus den beschriebenen Studien, die vom Case Manager durchgeführt wurden, lässt sich erkennen, dass die Weitergabe von Informationen an den Klienten und dessen Familie die bedeutendste Intervention ist (Latour et al., 2007; Chow et al., 2010; Lamb et al. 2007; Sadowski et al., 2009; Carvalho et al., 2000; Norris et al., 2002). Zu der gleichen Erkenntnis gelangen auch Wright und Leahey (2009). Sie meinen, dass Informationen Ängste und Unsicherheit verringern. Durch Informationen kann der Klient seine

Selbstständigkeit ausbauen, beispielsweise durch Schulungen (Wright, Leahey, 2009). Es bestätigt sich auch die in Kapitel 2 erwähnte Meinung von Laimböck (2009), dass die Aufklärung des Klienten der Schlüssel zu Förderung der Eigenständigkeit ist (Laimböck, 2009).

6.2. Verbesserung medizinischer Messgrößen

Die recherchierten Studien über die Verbesserung der medizinischen Messgrößen durch Case Management zeigen, dass medizinische Veränderungen im Wechselspiel mit einer kontinuierlichen Pflege stehen. Das heißt, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des chronisch kranken Klienten stark von der Qualität der Pflege abhängt. Andererseits wird auch die Kontinuität der Pflege durch den Krankheitsverlauf des Klienten beeinflusst. In Kapitel 2 zeigen Hofmann (2004) und Pflege Heute (2007) auf, wie wichtig die Kontrolle medizinischer Messgrößen gerade bei chronisch kranken Menschen ist (Hofmann, 2004; Pflege Heute, 2007). Lubkin (2002) nennt als Hauptfunktion von Case Management unter anderem die Überwachung und Bewertung krankenbezogener Ergebnisse (Lubkin, 2002). Alle Studien, bis auf DeBusk et al. (2004), zeigen eine Verbesserung der medizinischen Messgrößen durch die Betreuung von Case Management (Schmittziel et al., 2009; Welch et al., 2009; Sutherland et al., 2009; Stuckey et al., 2009). Es kann somit angenommen werden, dass Case Management eine positive Auswirkung auf den gesundheitlichen Zustand chronisch kranker Menschen hat. Case Management fördert mehrere Faktoren, die ausschlaggebend für die Verbesserungen medizinischer Werte sind. Case Management unterstützt die Möglichkeit, dass Klienten selbstständig medizinische Faktoren messen, wie beispielsweise den Blutdruck oder den Blutzuckerspiegel. Dadurch kann der Klient selbstständig auf die Messungen reagieren. Der Case Manager unterstützt den Klienten durch Informationsgabe und Schulung. Er gewährleistet auch eine kontinuierliche Aufzeichnung der Daten (Stuckey et al., 2009;

Sutherland et al., 2009; Welch et al., 2009). Wright und Leahey (2009) schreiben, dass Klienten und Mitglieder der Familien von Erkrankten häufig Angst vor pflegerischen Tätigkeiten haben, jedoch ein Interesse besteht, dem erkrankten Familienmitglied zu helfen. Deshalb muss durch Informationsgaben und Schulungen die Möglichkeit geschaffen werden, dass Angehörige fähig sind, die Basisversorgung durchführen zu können (Wright, Leahey, 2009). Die Studien zeigen, dass der Case Manager das Bindeglied zwischen Gesundheitszustand des Klienten und dem Betreuungsteam, der Familie und dem Klienten selbst ist. Dadurch, dass der Case Manager funktionale Aufgaben erfüllt, wie Wright und Leahey (2009) erwähnen, kann schnell auf Veränderungen reagiert werden. Das gilt natürlich auch für die emotionale Betreuung durch den Case Manager (Sutherland et al., 2009; Stuckey et al. 2009). Wie in Kapitel 2 erwähnt, ist der interdisziplinäre Austausch eine Hauptfunktion des Case Managements (Lubkin, 2002). Die gefundenen Studien zeigen, wie auch Reibnitz (2009) erwähnt, dass der Case Manager ein Fürsprecher des Klienten ist. Er vertritt die Interessen des Klienten gegenüber anderen Disziplinen. Es muss jedoch bedacht werden, dass Case Management nur in seinem Aufgabenbereich wirken kann. Deshalb ist der Austausch mit dem medizinischen Personal wichtig, um ein passendes Betreuungskonzept erstellen zu können (DeBusk et al., 2004).

6.3. Pflegekontinuität

In allen vier gefundenen Studien ist die Umsetzung des Pflegeprozesses der wichtigste Faktor, um Pflegekontinuität zu ermöglichen. Es spielt keine Rolle, welche Form von Case Management eingesetzt wird, es wird dieser Prozess immer angewandt und durchlaufen (Aiken et al., 2006; Middleton et al., 2003; Engelke et al., 2009; Carvalho et al., 2000). Case Management setzt in allen recherchierten Studien die Kernaufgaben nach Ertl und Kratzer (2001), die in Kapitel 2 beschrieben sind, um. Die kontinuierliche Betreuung und Pflege ist auch ein Teilaspekt der

„Familienzentrierten Pflege“ (Wright, Leahey, 2009). Das „Calgary Familien Assessment Modell“ sowie das „Calgary Familien Interventions Modell“ gleichen den Case Management Modellen in vielen Punkten. Im Case Management als auch in der „Familienzentrierten Pflege“ ist das Bilden eines Assessments die Grundlage für jede langfristige Betreuungsstruktur. Durch das Assessment wird erkennbar, welche möglichen Interventionen zielführend sein können (Wright, Leahey, 2009). In allen beschriebenen Studien, zu Case Management und der Betreuung von chronisch kranken Menschen, steht ein Assessment in den Bereichen der aktuellen Krankheitssituation, der Familiensituation, bzw. dem Umfeld des Erkrankten sowie im Bereich der vorhandenen Ressourcen an erster Stelle (Engelke, 2009; Middleton; 2003). Wright und Leahey (2009) meinen, dass die Anpassung der Pflegeinterventionen an die vorhandenen Ressourcen und die positiven Eigenschaften des Familienumfeldes eine zentrale Rolle im Betreuungsprozess spielen (Wright, Leahey, 2009). In weiterer Folge müssen der Klient und sein Umfeld in die Planung von Interventionen mit einbezogen werden. Dadurch ist die kontinuierliche Umsetzung des Pflegeplans wahrscheinlicher, da dieser von Klienten besser akzeptiert wird (Engelke et al. 2009). Es ist ein enger Einbezug des Klienten und seiner Angehörigen förderlich, um eine respektvolle Beziehung zwischen ihnen und dem Case Manager aufbauen zu können (Middleton, 2003). Durch Anerkennung und Wertschätzung der Familie kann die kontinuierliche Umsetzung von Pflegeinterventionen durch Angehörige gefördert werden. „Wenn die Fähigkeiten und Stärken von Familien anerkannt werden und ihnen ein anderes Selbstbild vermittelt wird, dann wird ein Kontext für Veränderung geschaffen, der Familien in die Lage versetzt, eigene Lösungen für ihre Probleme zu finden. Das veränderte Selbstbild bewirkt, dass Familien ihre Gesundheitsprobleme in einem anderen Licht sehen und dann effektivere Lösungen anstreben.“ (vgl. Wright, Leahey, 2009; S. 164). Case Management schafft diese Wertschätzung des Klienten und dessen Familie dadurch, dass diese bewusst in die Pflegeplanung

eingebunden werden (Middleton, 2003; Aiken, 2006). Somit kann Case Management als Bindeglied zwischen dem Klienten und dessen Familie, mit all ihren Ressourcen, Stärken, Schwächen und Wünschen, und dem interdisziplinären Team, das verschiedene medizinische und pflegerische Maßnahmen anbieten, gesehen werden (Middleton, 2003)

6.4. Betreuung der Familie

Es wurden vier Studien gefunden, die sich explizit mit dem Zusammenhang zwischen Case Management und den zu betreuenden Familien befassen. Wright und Leahey (2009) schreiben in der „Familienzentrierten Pflege“, dass das erkrankte Familienmitglied im Gesamtbild der Familie gesehen werden muss (Wright, Leahey, 2009). Gleiches zeigen die gefundenen Studien. Die Einbindung der Familie findet in unterschiedlichen Formen statt. Die Weitergabe von Informationen und die Einbindung der Familie in die Pflegeplanung sind die wichtigsten Punkte (Jenning – Sanders et al., 2003; McHugh et al., 2007). Wie in Kapitel 3 beschrieben, ist die Pflege dazu verpflichtet, die Familie in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen (Wright, Leahey, 2009). Es kann angenommen werden, dass Case Management eine Betreuungsform darstellt, die es ermöglicht, die Familie in die Pflege zu integrieren. Vor allem wenn Kinder chronisch krank sind, unterstützt Case Management deren Eltern, da diese die wichtigste Bezugsperson für Kinder sind (Engelke et al., 2009; Nolan et al., 2007). Besonders das kontinuum-orientierte Case Management stellt eine passende Betreuungsform dar, da eine langfristige Zusammenarbeit mit dem Klienten und dessen Familie ermöglicht wird. Zudem kann der Case Manager eine fundierte Vertrauensbasis aufbauen, um die Betreuung von emotionalen Problemen der Familie besser gestalten zu können (Lubkin, 2002). Die Studien zeigen, dass in erster Linie die emotionale Unterstützung durch den Case Manager die wichtigste Intervention für Familien darstellt (Jenning – Sanders et al., 2003; Nolan et al. 2007). Die

Tatsache, dass durch Case Management eine Person die Pflege koordiniert, ist diese Person gleichzeitig auch Bezugsperson zu der Familie. Die Betreuung wird trotz eines interdisziplinären Teams viel persönlicher und reduziert dadurch Ängste und Unsicherheiten (Lubkin, 2002).

6.5. Kosteneffizienz

Verbesserungen der Kosteneffizienz durch das Case Management lassen sich sowohl beim finanziellen Aufwand des Klienten als auch bei den Finanzen des Gesundheitssystems erkennen. Vor allem bei einer langfristigen Betreuung von Klienten, wie es bei chronisch kranken Menschen der Fall ist, lassen sich Kosten anhand von Case Management einsparen. So können der Ausbau von Schulungen und die Vermittlung von Informationen über die chronische Krankheit, höhere Behandlungskosten durch Folgeerkrankungen verhindern (Markle, 2004). Wright und Leahey (2009) erwähnen im Kapitel „Veränderungstheorien“, dass jegliche Veränderungen der Kosten durch das Pflegepersonal gerechtfertigt sein müssen. Das heißt, dass Nutzen und Kosten vertretbar sein müssen (Wright, Leahey, 2009). Es empfehlen Wright und Leahey (2009), den gesundheitlichen Aspekt immer vor den finanziellen Aspekt zu stellen. So sollte das Wohlergehen eines chronisch Kranken immer mehr Aufmerksamkeit bekommen, als mögliche Kostensenkungen im Gesundheitssystem (Wright, Leahey, 2009). Die recherchierten Studien zeigen, dass durch Case Management eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sowie eine Förderung der Lebensqualität des Klienten und seiner Familie, als auch eine Kostensenkung bei der Versorgung bewirkt werden kann. Somit können die Interessen des Gesundheitssystems und die des chronisch kranken Klienten in Einklang gebracht werden (Markle, 2004; Shumway et al., 2007; Hammer, 2001; Norris et al. 2002).

6.6. Einschränkungen

Hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ergeben sich Einschränkungen dadurch, dass nicht alle Formen von chronischen Erkrankungen beachtet werden konnten. Es kann jedoch angenommen werden, dass sich die Ergebnisse auch auf Klienten mit anderen chronischen Erkrankungen, die hier nicht bearbeitet wurden, beziehen lassen. Für die Recherchen der Studien wurden die Datenbanken CINAHL und PUBMED herangezogen. Es kann dadurch nicht davon ausgegangen werden, dass alle relevanten Studien gefunden wurden. Des Weiteren konnten Studien, die nicht auf Deutsch oder Englisch verfasst wurden, nicht beachtet werden. Jedoch stammt der Großteil der verwendeten Studien aus dem nordamerikanischen Raum. Auf Grund dessen muss bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse und bei der Umsetzung im Rahmen von Pflegeinterventionen in Österreich, der Unterschied zu nordamerikanischen Strukturen beachtet werden.

6.7. Zusammenfassung

Wie die Ergebnisse zeigen, hat Case Management in den fünf beschriebenen Teilbereichen Einfluss auf die Betreuung von chronisch kranken Menschen. Es zeigt sich deutlich, dass Case Management über ein großes Wirkungsfeld verfügt, welches sich von finanziellen Bereichen bis hin zu emotionalen Empfindungen des Klienten und dessen Familie erstreckt. Einschränkungen in den Ergebnissen resultieren aus den unterschiedlichen Evidenzlevel der analysierten Studien. Des Weiteren zeigen die Studien unterschiedliche Formen von Case Management.

7. Empfehlungen

7.1. Empfehlungen für die Forschung

Von den Ergebnissen der Diskussion dieser systematischen Literaturarbeit lassen sich Empfehlungen für die Pflegeforschung ableiten. Um für die demografischen Probleme und die Probleme im Gesundheitssystem in Zukunft gerüstet zu sein ist es notwendig, wissenschaftlich fundiertes Wissen in die Praxis umsetzen zu können. Diese Arbeit zeigt, dass es zwar Studien zu einzelnen Aspekten des Case Managements gibt, jedoch fehlen allumfassende Studien, die das Gesamtbild von Case Management erforschen und aufzeigen. Generell lassen sich im deutschsprachigen Raum keine Studien über Case Management finden. Es gibt zwar verschiedene englischsprachige Arbeiten zu Case Management, jedoch lassen sich die Ergebnisse nicht immer deckungsgleich auf das österreichische Gesundheitssystem übertragen. Um Aspekte des Case Managements in das Pflegesystem integrieren zu können, muss darauf geachtet werden, ob das Bild des Case Managements in den USA, wo die meisten Studien verfasst wurden, überhaupt in das bestehende Pflegesystem in Österreich passen. Die verwendeten Studien konnten, bezogen auf chronische Erkrankungen, alle wichtigen Aspekte abdecken. Trotz der vielschichtigen Krankheitsbilder konnten Studien zu den meist verbreiteten chronischen Krankheiten, wie Diabetes, COPD, Krebs und Herzlungenerkrankungen gefunden werden.

Der theoretische Rahmen „Familienzentrierte Pflege“ nach Wright und Leahey (2009) stellte sich als passend für diese Arbeit heraus, da in der gesamten Arbeit der Klient innerhalb seiner Familie betrachtet wird. Zwar bezieht sich die „Familienzentrierte Pflege“ nach Wright und Leahey (2009) nicht explizit auf das Erleben einer chronischen Krankheit innerhalb einer Familie, jedoch konnten wichtige Aspekte im Bezug auf die Familienbetreuung gefunden werden. Hier wäre ein Ausbau der „Familienzentrierten Pflege“ nach Wright und Leahey (2009) notwendig,

um die Dynamik innerhalb einer Familie mit einem chronisch kranken Mitglied besser verstehen und analysieren zu können.

Es muss dazu gesagt werden, dass in dieser Arbeit verschiedene Krankheitsbilder betrachtet wurden, die sich in ihrer Ausprägung und von ihrem Betreuungsaufwand unterscheiden. Diese Arbeit soll als Ausgangspunkt dienen um einen Gesamteindruck zu bekommen, wie sich Case Management in den zentralen Punkten einer chronischen Krankheit auswirkt. Je nach dem, für welche chronisch Kranken Case Management eingesetzt wird, müssen die Behandlungsschwerpunkte verlagert werden. So wäre es wünschenswert, dass in Zukunft Studien unterschiedliche Schwerpunkte von Case Management in Bezug auf die Betreuung von chronisch kranken Menschen erarbeiten würden. Je detaillierter das Wissen über Case Management ist, desto besser und erfolgreicher lässt sich Case Management in die Praxis umsetzen. Beispielsweise ist wissenschaftlich fundiertes Wissen unablässig im Bereich der Ausbildung von Case Managern. Ohne die Informationen, wie man Case Management implementieren kann und wie es sich schlussendlich auf den Klienten oder Patienten und dessen Umfeld auswirkt, können Case Manager nicht effektiv arbeiten und bewirken somit auch keine positiven Veränderungen.

7.2. Empfehlungen für die Ausbildung

In Österreich gibt es derzeit noch keine standardisierte Ausbildungsstruktur für den Beruf als Case Manager. Es gilt zu evaluieren, welche Kompetenzen und welches Wissen ein Case Manager in seinem Berufsbild benötigt. Aus dieser Arbeit ergeben sich unterschiedliche Bereiche, in denen ein Case Manager Kompetenzen haben muss. Im Bereich der Koordination und Kommunikation müssen ausgeprägte Fähigkeiten vorhanden sein. Sie dienen dazu, verschiedene Berufsgruppen zu koordinieren und effektiv einzusetzen. In weiterer Folge dient der Case Manager als Vermittler zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen dem Klienten und seiner Familie und dem

interdisziplinären Team. Der Case Manager muss Wissen über Pflegeplanungen und Pflegeinterventionen aufweisen, sowie die Fähigkeit besitzen, Ressourcen und Stärken des Klienten und dessen Familie erkennen zu können. Es sind Kenntnisse im Bereich der Pädagogik und des Trainings erforderlich, um Schulungen und Wissensvermittlungen durchführen zu können. Wissen über Budgetierungen und über Gesprächsführungen bringen ebenfalls Vorteile mit sich. Angesichts dieser Tatsachen könnte beispielsweise an den Fachhochschulen für Gesundheits- und Krankenpflege ein Mastersstudiengang angedacht werden. Durch den Bachelorstudiengang werden Grundkenntnisse der Pflege sowie des wissenschaftlichen Arbeitens vermittelt. Mit einem Masterstudiengang kann eine Spezifizierung des Wissens angeboten werden, die für das Case Management notwendig ist. Ein solcher Masterstudiengang könnte beispielsweise auch berufsbegleitend angeboten werden. Im Bereich von Krankenanstalten könnten Kurse und Fortbildungen im Bereich des Case Managements angeboten werden.

7.3. Empfehlungen für die Praxis

Case Management zur Betreuung von chronisch kranken Menschen lässt sich im österreichischen Gesundheitssystem umsetzen. Es gilt zu wissen, welche Grundstrukturen Case Management braucht, um effektive Ergebnisse erzielen zu können. Es ist zu empfehlen, dass Case Management zu Beginn in kleineren Projekten eingesetzt wird um dann evaluieren zu können, welche Position Case Management in der Krankenversorgung einnehmen kann. Im Bereich der Hauskrankenpflege finden sich schon Strukturen, die jener des Case Managements ähnlich sind. Durch das Implementieren von Wissen aus vorhandenen Studien, könnten diese Strukturen ausgebaut bzw. ausgeweitet werden. Wie bei vielen Projekten scheitert die Umsetzung an der Frage der Finanzierung. Hier gilt es die finanziellen und pflegerischen Vorteile, die Case Management mit sich bringt, hervorzuheben und wissenschaftlich zu

belegen. Wie Wright und Leahey (2009) in der „Familienzentrierten Pflege“ erwähnen, müssen der Klient bzw. Patient und seine Familie im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung stehen (Wright, Leahey, 2009). Der Austausch mit Case Managern aus anderen Ländern zum Beispiel bei Kongressen, ist bestimmt von Vorteil, um neue Erkenntnisse und Ideen im eigenen System umsetzen zu können. Die Zusammenarbeit auf internationaler Ebene ist somit erstrebenswert. Case Management benötigt ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen theoretischen Kenntnissen und praktischen Interaktionen.

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrings PUBMED.....	40
Tabelle 2: Suchstrings CINAHL.....	42

9. Literaturverzeichnis

Aiken L., Butner J., Lockhart C., Volk - Craft B., Hamilton G., Williams F.: Outcome Evaluation of a Randomized Trail of the PhoenixCare Intervention: Program of Case Management and Coordinated Care of the Seriously Chronically Ill. Journal of Palliative Medicine, Vol. 9, (1), S. 111 – 126, 2006

Baade J., Gertel H., Schlottmann A.: Wissenschaftlich Arbeiten. Jena, Haupt, 2005

Bachinger E.; Chronische Krankheiten in Wien; Chronic Diseases in Vienna. Wien Stadt Wien – Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, 2004

Badura B., Schellschmidt H., Vetter C.: Fehlzeiten – Report 2006, chronische Krankheiten. Berlin, Springer Verlag. 2006

Brinkmann V.: Case Management, Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2. Auflage. Wiesbaden, GWV Fachverlag, 2010

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2001): „Familienstruktur und Familienbildung“. Abgerufen am 18.2.2011: <http://www.bmwfj.gv.at/Familie/Familienforschung/Seiten/FamilienstrukturenundFamilienbildung.aspx>

Büker C.: Pflegende Angehörige stärken; Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Stuttgart, W. Kohlhammer, 2009

Carvalho J., Saylor C.: An Evaluation of a Nurse Case Managed Program for Children With Diabetes. *Pediatric Nursing*, Vol. 26, (3), May – Juni, S. 296 – 329, 2000

Chan S., Mackenzie A., Jacobs P.: Cost – Effectiveness Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care Organization for Patients With Chronic Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 14, (2), April, S. 99-104, 2000

Chow S., Wong F.: Health – related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse – led case management programme. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 66, (8), S. 1780 – 1792, 2010

CMSA – Case Management Society of America: CMSA proposes standards of practice. *The Case Manager* 5,(1), S. 59-70, 1994

Craft M., Willadsen J.: Intervention related to family. *Nursing Clinics of North America* Ausgabe: 27 S. 517-540, 1992

DeBusk R., Miller N. et al.: Care Management for Low – Risk Patients with Heart Failure. *Annals of Internal Medicine*; 141(8); S. 606-614, 2004

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip); Dörping S., Grützmacher S., Werbeke R., Weidner F.: Überleitung und Case Management in der Pflege. Köln, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2008

Downs S., Black N.: The Feasibility of Creating a Checklist for the Assessment of the Methodological Quality Both of Randomised and Non – Randomised Studies of Health Care Interventions. *Journal of Epidemiology Community Health*, 52, S. 377 – 384, 1998

Ecarius, J.: Handbuch Familie. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften, 2007

Engelke M., Guttu M., Warren M.: Defining, Delivering and Documenting the Outcomes of Case Management by School Nurse, The Journal of School Nursing; 25(417); S. 417-426, 2009

Ertl R., Kratzer U.: Hauskrankenpflege; wissen – planen – umsetzen. Wien, Facultas Verlag, 2001

Ewers M., Schaeffer D.: Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Verlag Hans Huber, 2005

Funk S., Tornquist E., Champagne M., Wiese R.: Die Pflege chronisch Kranker. New York, Springer Verlag, 1997

Galuske, M.: Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung. München, Juventa Verlag, 2007

Gawrich, A., Knelangen W., Windwehr J.(Hrsg.) Sozialer Staat – soziale Gesellschaft?, Stand und Perspektiven deutscher und europäischer Wohlfahrtsstaatlichkeit. Verlag Budrich, 2009

Gubrium J., Holstein J.: What is Family?. Mayfield Publishing Company, 1990

Haas P.: Gesundheitstelematik, Grundlagen, Anwendungen, Potenziale. Dortmund, Springer Verlag, 2006

Hammer B.: Community – Based Case Management For Positive Outcomes. Geriatric Nursing, Vol. 22 (5), S. 271 – 275, 2001

Hasseler M., Meyer M.: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Hannover. Schütersche Verlagsgesellschaft, 2006

Hoffmann T.: AyurVeda Ritam, Gesundheit aus erster Hand. Julia White, 2004

Jennings – Sanders A., Anderson E.: Older Women with Breast Cancer: Perception of the Effectiveness of Nurse Case Managers. Nursing Outlook; 51; S. 108-114, 2003

Katz M., Cunningham W.: Effect of Case Management on Unmet Needs and Utilization of Medical Care and Medications among HIV-Infected Persons. Annals of Internal Medicine; 135, S. 557-565, Philadelphia, 2001

Kleibel V., Mayer H.: 102 Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Wien, Facultas, 2005

Laimböck M.: Die Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems, Wettbewerbsorientierte Patientenversorgung im internationalen Vergleich. Wien, Springer Verlag, 2009

Lamb L., Pereira J., Shir Y.: Nurse Case Management Program of Chronic Pain Patients Treated with Methadone. Pain Management Nursing; 8(3); S. 130-138, 2007

Latour C., Bosmans J. et al.: Cost – effectiveness of nurse – led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial. Journal of Psychosomatic Research; 62; S. 363-370, 2007

Latour C., van der Windt D. et al.: Nurse – led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 62, S. 385 – 395, 2007

Löcherbach P.: Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg, Economica Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, 2009

Lubkin, I.: Chronisch Kranksein – Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern, Hans Huber Verlag, 2002

Mahony S., Blank A. et al.: Preliminary Report of a Palliative Care and Case Management Project in an Emergency Department for Chronically Ill Elderly Patients. Journal of Urban Health. 85, S. 443 – 451, 2008

Markle A.: The Economic Impact of Case Management. The Case Manager, Vol. 15, (4), July-August, S. 54 – 58, 2004

Mayer, H.: Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien, Facultas, 2007

McHugh G., Chalmers K., Luker K.: Caring for patients with COPD and their families in the community. British Journal of Community Nursing, 12 (5), S. 219 – 222, 2007

Middleton J.: The Effect of Case Management on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes. Case Manager, 14(6); S. 43-47, 2003

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G.: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, The PRISMA Statement. Annals of Internal Medicine 151 (4), S. 264-269, 2009

Newhouse R., Dearholt S., Poe S., Pugh L., White K.: Johns Hopkins nursing evidence-based practice model and guidelines. Sigma Theta Tlinda Tao International, Indianapolis, 2007

Nolan K., Orlando M., Liptak G.: Care Coordination Services for Children With Special Health Care Needs; Are We Family – Centered Yet?. Families, Systems & Health, 25 (3), S. 293-306, 2007

Norris S., Nichols P.: The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes. American Journal of Preventive Medicine, 22: S 15–38, San Diego, 2002

Peters-Klimm F., Campbell S. et al.: Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care; The HICMan exploratory randomised controlled trial. Trials; 11(56); 2010

Petzold, M.: Entwicklung und Erziehung in der Familie. Baltmannsweiler, Schneider Hohengehren, 1999

Pflege Heute, 4. Vollständig Überarbeitete Ausgabe, München, Urban und Fischer, 2007

Raspe H., Hüppe A., Matthis C.: Theorien und Modelle der Chronifizierung: Auf dem Weg zu einer erweiterten Definition chronischer Rückenschmerzen. Der Schmerz, 2003, Vol. 17, Nr. 5, S. 359

Reibnitz C.: Case Management; praktisch und effizient. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009

Renneberg B., Hammelstein P.: Gesundheitspsychologie. Heidelberg Springer Medizin Verlag, 2006

Riegel B., Carlson B.: Effect of a Standardized Nurse Case-Management Telephone Intervention on Ressource Use in Patients With Chronic Heart Failure. San Diego, Arch Intern Med, 2002

Rys, P., Wladysiuk, M., Skrzekowska-Baran, I., Malecki, M.T.: Review articles, systematic reviews and meta-analyses: which can be trusted?. Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 119(3), S. 148-156, 2009

Sadowski L., Kee R. et al.: Effect of Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults. American Medical Association; 17; S. 1771 – 1778, 2009

Schmittziel J., Uratsu C. et al.: The Effectiveness of Diabetes Care Management in Managed Care. The American Journal of Managed Care, 15(5), S. 295-301, 2009

Schulenberg J., Greiner W.: Gesundheitsökonomik, 2. Auflage. Tübingen, Mohr Siebeck, 2007

Schulz A.: Case Management in der Altenpflege; Wirksamkeit der Hilfen für Pflegebedürftige und Angehörige. Hamburg, Diplomica Verlag GmbH, 2009

Schulz K., Altman D., Moher D., CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. 2010

Sellin, C. Machalowski G.: Case Management; Wegbahnung für Patienten durch die Aufklärungs-, Beratungs- und Versorgungslandschaft; Endbericht. Köln, Bundesministerium für Gesundheit, 2002

Shumway M., Boccellari A. et al.: Cost – effectiveness of clinical case management for ED frequent users: result of a randomized trial. American Journal of Emergency Medicine; 26; S. 155-164, 2008

Sutherland D., Hayter M.: Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcome in three major chronic diseases. Journal of Clinical Nursing, Vol. 18, S. 2978 – 2992, 2009

Statistik Austria, 2007: Chronische Krankheiten
(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html, zugegriffen am 27.11.2010)

Statistik Austria, 2009: Gesundheitsausgaben in Österreich
(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html, zugegriffen am 17.02.2011)

Statistik Austria, 2011: Herz – Kreislauf - Erkrankungen
(http://www.statistik.at/web_de/presse/056589, zugegriffen am 17.08.2011)

Statistik Austria, 2011: Spitalsentlassungen 2010
(http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/stationaere_aufenthalte/059725, zugegriffen am 17.08.2011)

Statistik Austria, 2011: Krebserkrankungen
(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/krebserkrankungen/index.html, zugegriffen am 15.10.2011)

Stuckey H., Dellasega C. et al.: Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. Contemporary Clinical Trials; 30; S. 366-374, 2009

Sutherland D., Hayter M.: Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. Journal of Clinical Nursing, 18, S. 2978 – 2992, 2009

Waller H.: Sozialmedizin; Grundlagen und Praxis. Stuttgart, W. Kohlhammer, 2007

Waltz, M.: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur. Frankfurt/M, Suhrkamp, 1981

Welch G., Garb J. et al.: Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta – analysis. Diabetes Research and Clinical Practice; 88; S. 1-6, 2010

Wendt, W.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg bei Breisgau, Lambertus Verlag, 2008

Wirnitzer, B.: Von der koordinierten Entlassung zum Case-Management - Pflege in integrierten Versorgungsformen. Pflege Aktuell, 6, S. 332-335, 2002

Wright, L.M., Leahey, M.: Familienzentrierte Pflege. Bern, Verlag Hans Huber, 2009

10. Anhang

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Aiken L.S., Butner J., Lockhart C.A., Volk-Craft B., Hamilton G., Williams F.G. (2006) <i>Outcome Evaluation of a Radomized Trail oft he PhoenixCare Intervention: Program of Case Management and Coordinated Care fort he Seriously Chronically Ill</i> Phoenix, Arizona	Randomized Trial N=240 Patienten (N=62 COPD; N=130 CHF; N=48 Cancer) 8 Block á 30 Patienten (15 P./ CM, 15 P./ Kontrollgruppe) Betreuungsdauer 2 Jahre. Alle 3 Monate Telefoninterviews Alter: 18+; Durchschnittsalter: Interventionsgr.: 68J, Kontrollgr.: 70J	COPD; Lungenkrebs plus Metastasen	Monatliche Hausbesuche, Telefonanrufe; Überwachung med. Messgrößen, Schulungen; Unterstützung zur Selbstpflege; Vorbereitung auf den Tod, physikalische und mentale Unterstützung; Symptomkontrolle; Medikamentengabe	Alle 3 Monate Telefoninterviews á 30 – 40 min; Zur Messung des physikalischen und mental Befinden: SF-26 Zur Messung der Symptome: „Memorial Symptom Assessment Scale“	Interventionsgruppe hatte das Gefühl, besser Informationen zu bekommen und eine bessere Sterbebegleitung zu erhalten (71%). Keine Veränderungen der physikalischen und mentalen Funktion. Weniger Beschwerden durch Symptome	CONSORT: 20 von 22 Items beantwortbar

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Chan S., Mackenzie A., Jacobs P., (2000) <i>Cost – Effectiveness Analysis of Case Management Versus a Routine Community Care Organization for Patients With Chronic Schizophrenia</i> Hong Kong	Randomized Controlled Trail N=62 (Kontrollgr.: N=31; Interventionsgr.: N=31), Schizophrenie + 3 od. mehr Krankenhausaufenthalte Betreuungsdauer: 11 Monate Alter: 18-65J	Schizophrenie	Betreuung durch CM; Besuche der Patienten, Telefonberatung 15min/Telefonat Medikamentenüberwachung	5 Messgrößen: „Brief psychiatric rating scale“ „Specific level of functioning scale“ „Patient satisfaction instrument“ „Readmission rate“ „Cost – effectiveness analysis“	Kosten Kontrollgr.: \$11.230; Interventionsgr.: \$14.833 Reduktion der psychischen Symptome Größere Patientenzufriedenheit	CONSORT: 20 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Chow S.K.Y., Wong F.K.Y., (2010) <i>Health – related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse – led case management programme</i> Hong Kong	Radomized controlled trial N=90 davon 85 geeignet KG: N=42 IG: N=43 Alter: 23 – 78J (Durchschnitt: 56,9J)	Chronische Niereninsuffizienz	Pflegeplanung Telefoninterventionen	Wöchentliche Fragebögen „Kidney Disease Quality of Life Short Form“ (KDQOLSF) SF-36 (Lebensqualität)	Steigerung der Zufriedenheit Emotionale Verbesserung 50% Steigerung der Lebensqualität	CONSORT: 21 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Carvalho J.Y., Saylor C.R., (2000) <i>An Evaluation of a Nurse Case – Managed Program for Children with Diabetes</i> San Jose, California	Quasi – experimentelle Interventionsstudie N= 56 Kinder Alter: 14 Monate bis 17J	Diabetes	Schulungen Förderung der Selbstständigkeit	Blutzuckerkontrolle (Hgb A1C) á 3-6 Monate „Quality of Life Parent Questionnaire“ was adapted from „Diabetes Quality of Life“ (DQOL)	Verbesserung des Blutzuckerspiegels nach 3 Monaten (9,15% auf 8,99%) Verbesserung der Lebensqualität Verminderung von Sorgen	Downs & Black: 27 von 31 Punkten

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
DeBusk F., Miller N.H., Parker K.M., Bandura A., Kraemer H.C., Cher D.J., West J.A., Fowler M.B., Greenwald G. (2004) <i>Care Management for Low – Risk Patients with Heart Failure</i> California	Radomized Controlled Trial N=462 KG: N=234 IG: N=228	Chronischer Herzfehler	Betreuung zu Hause self – management Telefoninterventionen Koordination der Pflegebetreuung	Analyse der medizinischen und pflegerischen Dokumentationen	Keine signifikante Veränderung durch CM Besser für Hoch – Risiko Patienten	CONSORT: 21 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Engelke M.K., Guttu M., Warren M.B., (2009) <i>Defining, Delivering, and Documenting the Outcomes of Case Management by School Nurses</i> North Carolina	Systematic review Chronisch kranke Schulkinder	Diabetes	Schulung von Medikamentengabe Besuche in Schulen und Daheim Koordination	Analyse mehrerer Studien mit Inhalt chronisch kranke Schulkinder und CM/ School nurses	Verbesserung der Schulnoten Weniger Fehlstunden Steigerung der Lebensqualität Bessere soziale Kontakte	PRISMA: 26 von 27 Punkte

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Hammer B.J., (2001) <i>Community – Based Case Management for Positive Outcome</i> North Carolina	Randomised Controlled Trail N=25 Zeitraum: 1J	Unterschiedliche	Verbesserung kognitiver Fähigkeiten Betreuung daheim	Ambulanzbesuche Kosten	Die Ambulanzbesuche konnten durch CM um 10% vermindert werden. Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten um 10% Einsparungen/J = \$98.520	CONSORT: 19 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Jennings – Sanders A., Anderson E.T., (2003) <i>Older Women With Breast Cancer: Perceptions of the Effectiveness of Nurse Case Managers</i> Galveston, Texas	Randomized prospective trial N=335 Frauen KG: N=166 IG: N=169 Alter: > 65J	Brustkrebs	Emotionale Unterstützung Informationsgabe Betreuung der Familie Schulungen	3 offene Fragen	CM steigert Sicherheit und Selbstständigkeit Verringerung von Ängsten Miteinbezug der Familie	Meyer: 20 von 22 Punkte

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Lamb L., Pereira J.X., Shir Y., (2007) <i>Nurse Case Management Program of Chronic Pain Patients Treated with Methadone</i> Montreal, Canada	Prospective observational study N=75 Zeitraum: 9 Monate Alter: Durchschnittlich 50.1J	Chronische Schmerzen	Behandlung mit Methadon Telefoninterventionen Informationsgabe Unterstützung bei Medikamenten	Fragebogen: 9 Fragen	Schmerzintensität gleich Gesteigerte Patientenzufriedenheit	CONSORT: 18 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Latour C.H.M., van der Windt A., de Jonge P., Riphagen I., de Vos R., Huyse F.J., Stalman W.A., (2006) <i>Nurse – led case management for ambulatory complex patients in general health care: A systematic review Amsterdam</i>	Systematic review 10 relevante Studien 4 Datenbanken (Medline, Embase, Cochrane, Cinahl)	Unterschiedliche	Schulungen Besuche daheim Planungen Unterstützung bei Medikamenten	Anzahl der Ambulanzbesuche Messung der Lebensqualität Anzahl der Krankenhaustage	Verminderung der Ambulanzbesuche und der Krankenhaustage Verbesserung der Lebensqualität	PRISMA: 25 von 27 Punkte

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Markle A., (2004) <i>The Economic Impact of Case Management</i> USA	Systematic review Verschiedene Arten von CM		CM in den Bereichen Hauskrankenpflege, Krankenhaus, Rehabilitation	Koordination, Planungen Kosten	Kostenreduktion von durchschnittlich 24,7%	PRISMA: 23 von 27 Punkten

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
McHugh G., Chalmers K., Luker K., (2007) <i>Caring for patients with COPD and their families in the community</i> Manchester, UK	Systematic review	COPD	Emotionale Unterstützung Planung Koordination		Durch CM können emotionale Schwierigkeiten vermindert werden	PRISMA: 24 von 27 Punkten

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Middleton J., (2003) <i>The Effect of Case Management on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes</i> Huntington, N.Y.	Randomized controlled trial N=30 Zeitraum: 120 Tage Alter: 39 – 71J	Diabetes Typ 2	Koordination des interdisziplinären Teams Planung Pflegekontinuität	Messung des Blutzuckerspiegels	Verbesserung der Blutzuckerwerte Sicherheit durch kontinuierliche Pflege	CONSORT: 18 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Nolon K.W., Orlando M., Liptak G.S., (2007) <i>Care Coordination Services for Children With Special Health Care Needs: Are We Family – Centered Yet?</i> Rochester,USA	Randomized controlled trail N=132 Eltern + ihre Kinder Dauer: 1J Alter: Durschnitt: 36,9J (Eltern), 8,4J (Kinder)	Unterschiedlich	Familieninterventionen Emotionale Unterstützung Koordination Organisation von pflegerelevanten Utensilien	Fragebogen á 59 Fragen	Bessere emotionale Unterstützung der Eltern (besonders der Mutter) Schnellere Beschaffung pflegerelevanter Utensilien	CONSORT: 20 von 22 Items konnten bewertet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Norris S.L., Nichols P.J., Caspersen C.J., Glasgow R.E., Engelgau M.M., Jack Jr. L., Isham G., Snyder S.R., Carande – Kulis V.G., Garfield S., Briss P., McCulloch D., (2002) <i>The Effectiveness of Disease and Case Management for People with Diabetes</i> Seattle	Systematic review Datenbanken: MEDLINE,ERIC, CINAHL, Healthstar Suchstrings: diabetes, case management, disease management	Diabetes	Kontrolle medizinischer Parameter Schulungen Emotionale Unterstützung	Suchstrings: diabetes, case management, disease management	Verbesserung der Lebensqualität Bessere medizinische Messgrößen Verminderung der Kosten	PRISMA: 24 von 27 Punkten

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Sadowski L.S., Kee R.A., VanderWeele T.J., Buchanan D., (2009) <i>Effect of a Housing and Case Management Program on Emergency Department Visits and Hospitalizations Among Chronically Ill Homeless Adults Chicago</i>	Randomized controlled trial N=405 KG: N=204 IG: N=201 Dauer: 3,5J Obdachlose Erwachsene	Chronic medical illness	Betreuung daheim Beobachtung von Symptomen	Krankenhaustage Ambulanzbesuche Lebensqualität	KH – Besuche pro Monat um 29% verringert Dauer der KH – Aufenthalte um 29% verringert Steigerung der Lebensqualität	CONSORT: 20 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), <i>Titel, Ort</i>	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Schmittdiel J.A., Uratsu C.S., Fireman B.H., Selby J.V., (2009) <i>The Effectiveness of Diabetes Care Management in Managed Care</i> Oakland, CA	Randomized controlled trail N=3579 Dauer: 1J	Diabetes	Kontrolle der medizinischen Messgrößen (v.a. Blutzucker) Schulungen	Blutzuckerwerte	Verbesserung der Blutzuckerwerte im Durchschnitt von 0,3-0,5%	CONSORT: 21 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Shumway M., Boccellari A., O'Brien K., Okin R.L., (2007) <i>Cost – effectiveness of clinical case management for ED frequent users: result of a randomized trial</i> San Francisco	Randomized controlled trial N=252 KG:N=85 IG:N=167 Dauer: 1J	Psychosoziale Alkoholabusus Unterschiedliche Krankheitsbilder	Hausbesuche Symptomkontrolle	Ambulanzbesuche Krankenhausbesuche Kosten	Reduktion psychosozialer Probleme Rückgang der Ambulanzbesuche Reduktion der Ambulanzkosten	CONSORT: 21 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Stuckey H.L., Dellasega C., Graber N.J., Mauger D.T., Lendel I., Gabbay R.A., (2009) Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes Hershey, US	Randomized controlled trail N=549 Dauer: 2J	Diabetes	Förderung der Selbstständigkeit Kontrolle der medizinischen Werte Koordination	Blutzuckerwert Blutdruck	Verbesserung der medizinischen Werte (vor allem des Blutzuckers) Keine Verbesserung des emotionalen Stresses Verbesserung der Selbstpflege	CONSORT: 20 von 22 Items konnten beantwortet werden

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Sutherland D., Hayter M., (2009) Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases Sheffield, UK	Systematic review Aus 108 Studien 18 Stück verwendet	COPD Diabetes Koronare Herzerkrankung	Schulungen Kontrolle medizinischer Messgrößen		Verbesserung medizinischer Messgrößen Höhere Zufriedenheit der Klienten	PRISMA: 25 von 27 Punkten

Autor, (Jahre), Titel, Ort	Design, Stichprobe, Datenerhebung	Chronische Erkrankung	Intervention	Messvariablen, Instrumente	Ergebnisse	Evidenz
Welch G., Garb J., Zagarins S., Lendel I., Gabbay R.A., (2010) <i>Nurse diabetes case management interventions and blood glucose control: Results of a meta – analysis</i> Springfield, US	Meta analyse Studien umfassen 9397 Probanden	Diabetes	Kontrolle medizinischer Messgrößen Schulungen	Blutzuckerwert	Verbesserung des Blutzuckerwertes um ca. 1% Mikrovaskuläre Erkrankungen um 30-35% verringert	PRISMA: 25 von 27 Punkten

11. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Simon HAJDIN
Geburtsdatum	18.09.1985
Staatsangehörigkeit	Österreich
Kontakt Email	simonhajdin@yahoo.com
Kontakt Mobil	0650/654 78 78

Schulbildung

1992 – 1996	Volkschule Marktgasse 1090 Wien
1996 – 2004	GRG XIX Billrothstraße 1190 Wien Realistischer Zweig

Weiterer Werdegang

2004 – 2005	Grundwehrdienst
2005 – 2006	Wirtschaftsuniversität Wien Wirtschaft und Recht
2006	Studienbeginn IDS Pflegewissenschaft
2008 – 2011	Krankenpflegeschule Hietzing Abschluss: Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger