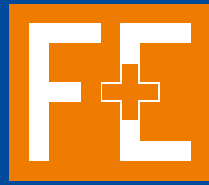


Forschung & Entwicklung an der Hochschule Mannheim



profil

2014



hochschule mannheim

Gesundheit
und Soziales

Zu Hause wohnen bleiben bis zuletzt bei chronischer Krankheit im höheren Lebensalter Living at home until the end of life with chronic diseases in older age

Astrid Hedtke-Becker, Ulrich Otto

■ Einleitung

Dem Feld zwischen autonomem Wohnen und Wohnen/Pflege in Sonderwohnformen kommt mit Blick auf die Präferenzen der Älteren und die demografische Entwicklung höchste Bedeutung zu. „Aging in place“, zu Hause wohnen bleiben, ist dabei der überragende internationale Bezugspunkt, untrennbar komplementär verknüpft mit dem Postulat „ambulant vor stationär“. Die intensive Unterstützung von chronisch kranken (auch altersverwirrten) Älteren mit wechselndem bis sehr großem Hilfe- und Pflegebedarf stellt dabei eine unverändert große Herausforderung dar. Dies gilt für alle nicht-institutionalisierten Wohnformen und es gilt in ganz besonderer Weise für Menschen mit schwachem sozialen Netzwerken sowie für Alleinlebende (10).

Fast unhinterfragt und mit größter Selbstverständlichkeit gehen die unterschiedlichsten Personen – ob Profis oder Laien, Sozial- oder Pflegekräfte, WissenschaftlerInnen oder PraktikerInnen – davon aus, dass es „irgendwann halt nicht mehr geht“ – zu Hause wohnen zu bleiben bei höherem oder höchstem Alter und verstärktem Unterstützungs- oder Pflegebedarf. Dabei gibt es eine ganze Reihe spannender Hinweise, wie sehr es sich dabei um eine in Teilen „hausgemachte Stolperschwelle“ – in der Regel in die Klinik oder ins Pflegeheim – handelt. Um eine Schwelle, die sich

bei genauer Analyse gewissermaßen aus vielen weitverbreiteten einzelnen Stolpersteinen zusammensetzt. Wird freilich der Blick auf Diagnose- und Handlungsmöglichkeiten in einem systemischen Verständnis dynamisiert, werden vor allem die Schnittstellen zwischen formellen und informellen Care-Beiträgen und -Systemen zentral beachtet und wird hier nach besseren „linkages“ gesucht (1), lässt sich die o. g. Schwelle vielmehr in eine häufig deutlich gestaltbare „Zone“ auflösen – analytisch wie empirisch

- Welche Bedingungen sind für den Verbleib zu Hause – bis zum Tode – sowie die Lebensqualität aller Beteiligten zentral?
- Wo sind die „Kann-Bruchstellen“, die letztendlich – oft gegen den Wunsch der Betroffenen – zum Heimübertritt führen?
- Wie kommen wir in komplexen Interventionsketten zu „Hilfemaßnahmen“?

Die hier dargestellten Ergebnisse entstanden im Rahmen des BMBF-Förderprogramms „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter (SILQUA-FH) im deutsch-schweizerischen FuE-Projekt „Zu Hause wohnen bleiben bis zuletzt – in innovativen Wohnformen bzw. mit innovativ-ganzheitlichen Diensten“ (Kurztitel InnoWo; unter Leitung von Astrid Hedtke-Becker und Ulrich Otto) (2).

Abstract

For elderly with serious chronic diseases, differentiated solutions are necessary and have a big value for research and in practice. Supportive helps will be presented in case vignettes as they are results from a German-Suisse research project in context of a long-standing well experienced social service. It's about burden and crisis situation in which elderly and their relatives can come in settings of informal and family care- and how helps low-threshold can support those families in their surroundings. Main focus is the description and analysis of the support and counseling process and the crisis management within the meaning of succeeding and non-succeeding interventions to infer and improve practical and theoretical approach of social work with elderly.

Der Kooperationspartner VIVA – die Arbeitsweise und deren Grundlagen

Der Kooperationspartner „Verein zur Beratung und Begleitung älterer und verwirrter Menschen und ihrer Angehörigen e. V. – VIVA“ in Mannheim besteht seit 1995. Die intensiven Beratungs- und Unterstützungsangebote von VIVA entsprechen der Vorstellung eines „Welfare Mix“, des möglichst passgenauen Zusammenwirkens von unterschiedlichen Akteuren sowie der Vorstellung sozialer Unterstützung in sozialen Netzwerken (3). Im Versorgungsarrangement wird ein mehrdimensionales professionelles Handeln angestrebt, das die biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen beachtet und in Bezug zueinander bringt (4). Dabei finden Generationenverhältnisse besondere Beachtung und Angehörige werden in die Unterstützung einbezogen.

Wesentliche Grundlage für die Arbeitsweise VIVAs ist der personenzentrierte Ansatz nach Rogers (1972) (5), der den hilfebedürftigen alten Menschen in den Mittelpunkt des Interesses stellt (für die Arbeit mit alten Menschen ausführlich dargestellt in (6)). Das empathische und gleichzeitig akzeptierende Eingehen der Beraterin auf die KlientInnen erleichtert es für in ihrer Autonomie bereits eingeschränkte alte Menschen, begleitende Hilfen anzunehmen. Die VIVA-Beraterin nimmt dabei eine anwaltliche Funktion für die Klientin bzw. den Klienten ein. Berücksichtigung finden während des Unterstützungsverlaufs systematisch und prozessdynamisch auch das familiäre und soziale Umfeld sowie das professionelle Netzwerk. Für die Einnahme dieser Perspektive eignet sich der systemische Ansatz (vgl. (4)). Mit dem niederschweligen Konzept der „zugehenden Beratung“ (6) geht die VIVA-Beraterin aktiv auf KlientInnen zu. In der Regel finden zu Beginn des Klientenkontakts Hausbesuche statt. Diese werden bei Bedarf kontinuierlich auch im weiteren Verlauf fortgesetzt. Die biografisch orientierte Beratung und Begleitung ist ebenso Bestandteil des Begleitungsansatzes von VIVA (ebd.). Diese

Beratung erleichtert es Betroffenen, sich mit eigenen Erfahrungen konkret und emotional einzubringen, sodass der Dialog mit der Beraterin gegenseitig zu einem erweiterten Verstehen und zu einem Sich-Verständigen führt (7). VIVA verfügt über vier Beraterinnen (Sozialarbeiterinnen mit therapeutischer Zusatzqualifikation), und 80 MitarbeiterInnen, die etwa 100 KlientInnen zur gleichen Zeit betreuen.

Zu Beginn eines Klientenkontakts erfolgt die sorgfältige – bei Bedarf mehrschrittige Klärung – hinsichtlich der Bedürfnisse, der Wünsche und der Hoffnungen der AdressatInnen unter Berücksichtigung der Perspektive der Angehörigen. Erst nach einer Phase des eingehenden Kennenlernens kann die Beraterin einschätzen, welche HelferInnen geeignet sind. Die betreffenden MitarbeiterInnen werden an die Aufgabenstellungen fachlich und persönlich herangeführt. Im Verlauf der meist jahrelangen Begleitungen finden regelmäßige Fallbesprechungen und interdisziplinäre Assessments mit allen Beteiligten, auch den Mitarbeitenden anderer Institutionen, statt.

Methoden

Die Methoden im InnoWo-Projekt waren: intensive längsschnittliche qualitative Fallstudien in ausgewählten Bestpractice-Settings, auf Basis teilnehmender Beobachtung, ExpertInneninterviews, einem eigens entwickelten Falltagebuchverfahren, Fokusgruppendifkussionen sowie netzwerkanalytischen Verfahren.

Ergebnisse

In den 13 betrachteten Fällen – davon sechs Fallsituationen über 18 Monate ausführlich dokumentiert und weitere sieben Fallvignetten mit ergänzenden Fokussen – handelt es sich in den meisten Fällen um besonders komplexe Versorgungssituationen. Der Wunsch „Zu Hause wohnen bleiben bis zuletzt“ – auch bei wachsender Hilfebedürftigkeit – war allen alten Menschen und ihren Angehörigen gemeinsam. Es fand

sich unter ihnen niemand, die oder der sich eigenständig für einen Umzug in ein Heim entschloss. In jedem der Fälle ging es darum, informelle und formelle Lebens- und Unterstützungssettings zu schaffen, zu ergänzen und zu flankieren. Inwieweit hier auch Aspekte des „Zu Hause bleiben müssen“ aus familiären, wirtschaftlichen oder von professioneller Seite aus ideologischen oder finanziellen Gründen befördert wurde, konnte gewissermaßen nur „zwischen den Zeilen“ gelesen und vermutet werden. Die befragten im Versorgungsgeschehen beteiligten Semiprofessionellen und Professionellen setzten sich einhellig für eine häusliche Betreuung bis zuletzt ein.

Im vielfältigen Geschehen der Versorgungssettings richtete sich der Blick in der Studie auf die verschiedenen beteiligten Akteure und Gruppierungen. Sie werden an dieser Stelle noch einmal im Hinblick auf abschließende Ergebnisse gesichtet.

Letztlich sind es eine Fülle von Faktoren, die daran mitwirken, ob jemand in dem oben beschriebenen intensiven Versorgungssetting zu Hause bleiben kann oder nicht. In den Familien der in der Studie untersuchten Probanden wurden über einen langen Zeitraum beträchtliche Versorgungsleistungen bei der Betreuung von in ihrer Lebensführung eingeschränkten Angehörigen erbracht.

Vergangene Ereignisse in der Biografie, so zeigt sich bei den einbezogenen alten Menschen mehrfach, schlagen sich in deren gesamtem weiteren Leben nieder, sind ausschlaggebend für die weitere Lebensbewältigung und tragen möglicherweise dazu bei, dass sich deren Anfälligkeit für bestimmte psychische Entwicklungen und körperliche Erkrankungen erhöht. Bestimmte im Laufe ihres Lebens aufgetretene Verlusterlebnisse überwinden die meisten von ihnen selten oder nie.

Die außerfamiliären Netzwerke der Freunde und Nachbarn boten in einigen Fällen lange, recht stabile Unterstützung.

Die Verknüpfung der informellen sozialen Netzwerke mit professionell-formellen Netzwerken zeigt in den Verläufen je nach Bedürfnislage Muster von lockerer bis fester Machart bis hin zu maßgeschneiderten Arrangements individueller Bewältigung und balancierter und bedarfsgerechterer Hilfe. Dazu war es notwendig, dass Fachkräfte ebenso wie alle weiteren Beteiligten darauf hinarbeiteten, an flexiblen und dauerhaft tragbaren Maßanzügen der Hilfe mitzuwirken. Und zugleich den Hemmnissen versäulter Dienstleistungen bzw. dem „Gärtchendenken“ (Vögeli, 2013) aktiv entgegenzuwirken. Hier zeigten sich freilich in allen untersuchten Fällen Grenzen der Möglichkeiten aus verschiedensten Gründen.

Der oben vorgestellte Dienst selbst kann auch als intermediäre Instanz analysiert werden, die ihrerseits formelle und informelle Elemente gleichermaßen enthalten kann. Als Brückeninstanz agiert sie sowohl an den Schnittstellen zu weiteren informellen Partnern wie an den Schnittstellen zu formellen Diensten, aber auch zwischen formellen Diensten. Dass die Schnittstellenproblematik zentral für gelingende und weniger gelingende Verläufe ist, ist seit Langem im Prinzip bekannt – unsere Untersuchung hat diesbezüglich lediglich durch die präzise Nachzeichnung im Längsschnitt nochmals Mikrostrukturen besonders eindrucksvoll ausschärfen können. Grass-Kapanke, Kunczik & Gutzmann berichten in der DIAS-Studie (8) als wesentliches Ergebnis ihrer Interviews von Pflegediensten im Kontext der Versorgung von Menschen mit Demenz: „Eine gute Versorgung Demenzkranker kann nur im Zusammenspiel der beteiligten Professionen erfolgen. Dazu bedarf es der gegenseitigen Wahrnehmung und wechselseitigen Kommunikation. Als Ansprech- und Kooperationspartner in der Betreuung der Demenzpatienten wurden von den Pflegediensten die Angehörigen an erster Stelle genannt, gefolgt von den Hausärzten. Fachärzte spielten eine untergeordnete Rolle. Die Mehrheit der Pflegedienste beklagte bei der Hälfte der behandelnden Ärzte eine zu seltene

Kontaktaufnahme. Eine lückenhafte Informationsweitergabe bei der Entlassung nach einem Krankenhausaufenthalt wurde deutlich. Die schriftliche Pflegedokumentation war dabei mit einer Nennung von 54,7 % die häufigste Informationsquelle (8). Die Kooperationsforderung bedeutete eine zusätzliche Belastung der bereits überlasteten UnterstützerInnen.

Dass sich Netzwerkbeziehungen und deren Veränderungen nicht nur positiv, sondern – und manchmal paradoxerweise gleichzeitig – auch negativ auswirken können, wenn durch zusätzliche bzw. Überversorgung bisherige Akteure ihre Aufgaben verlieren und durch Professionelle ersetzt werden, bzw. das Netzwerk durch Überversorgung in die Unselbständigkeit gelangt, hat sich in den Fallstudien deutlich gezeigt. Netzwerkbeziehungen, in denen biografische Einflüsse nicht verbalisiert und unreflektiert weitergegeben werden, Rätsel aufgeben und Interaktionen beeinflussen, neigen dazu Kann-Bruchstellen zu bilden, die das gebildete Netzwerk unvorhersehbar stark destabilisieren (9).

Im Folgenden sollen die dargestellten Ergebnisse an einer Fallvignette exemplarisch konkretisiert werden. Die verwendeten Namen sind Alias-Namen:

Fallvignette: Herr Großer und Frau Stiel

Ausgangssituation:

Die beiden Söhne von Herrn Großer machen sich Sorgen um den 83-jährigen Vater, der herzkrank ist und an einer schweren Form von Demenz leidet. Seit dem Tod seiner Frau vor 20 Jahren lebt er mit seiner 73-jährigen Lebensgefährtin zusammen. Die Frage nach einem guten häuslichen Versorgungskonzept für den Vater wird dringend. Auch werden Möglichkeiten zur Unterstützung der zunehmend belasteten Lebensgefährtin, Frau Stiel, gesucht, die aber kategorisch jede Hilfe ablehnt. Besonders schwer leidet diese unter den immer häufiger eskalierenden Paarkonflikten. Die

Söhne von Herrn Großer sind sich einig, dem Wunsch des Vaters, zu Hause wohnen zu bleiben bis zum Lebensende, entsprechen zu wollen. Frau Stiel hingegen beschäftigt sich zunehmend mit dem Gedanken eines Heimplatzes für den Partner. Sie ist kaum mehr in der Lage, in Ruhe ihren Haushalt zu erledigen, einkaufen zu gehen und eigenständig etwas zu unternehmen. Sie fühlt sich den aggressiven Verhaltensweisen des Herrn K. ausgeliefert und leidet gleichzeitig unter ihren Ohnmachts- und Schuldgefühlen. Verzweiflung und Angst ergreift sie, als die gewaltvollen Ausbrüche ihres Partners zunehmen. In der Familie findet sie für ihre Nöte kaum Gehör.

In der beschriebenen Krisensituation wird deutlich, wie vielfältig die Belastungen der alten Menschen und auch die ihrer Angehörigen sind. Ebenso zeigt sich, dass bestimmte Situationen verschieden wahrgenommen werden und zu unterschiedlichen – manchmal gegensätzlichen – Reaktionsweisen führen. Die Beteiligten sind gefordert, sich ständig neu zu orientieren, Bewältigungsstrategien immer wieder anzupassen, zu verändern bzw. neu zu entwickeln. Um Schritt zu halten, sind sorgfältig multiperspektivisch geplante Interventionen sowie sinnvoll strukturierte Übergänge gefragt. Gleichzeitig sind die bei Veränderungen notwendig werdenden persönlichen Entwicklungsschritte der Betroffenen im Hilfenetz zu antizipieren und zu ermöglichen.

Weiterer Verlauf:

Die Söhne des Herrn Großer wenden sich im Jahr 2007 hilfesuchend an VIVA. Zunächst werden Beratungsgespräche allein mit den Söhnen geführt, um die Frage nach einem guten häuslichen Versorgungskonzept für den Vater vorzubereiten und Möglichkeiten der immer dringender werdenden Unterstützung der jede Hilfe ablehnenden Lebensgefährtin vorzubesprechen. Es finden bald auch gemeinsame Gespräche mit den besorgten Söhnen und Frau Stiel in der Beratungsstelle statt.

Parallel dazu beginnt die Beraterin mit Frau Stiel regelmäßige supportive Einzelgespräche. Ab 2009 berichtet Frau Stiel von immer häufiger auftretenden aggressiven Verhaltensweisen des Herrn Großer ihr gegenüber. Das Benennen der bisher uneingestandenen Gefühle von Schuld und Ohnmacht verhilft dazu, eigene Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Frau Stiel akzeptiert im November 2010 die regelmäßigen Besuche eines Helfers, der sich ihres Lebensgefährten annimmt. Während sich dieser mit Herrn Großer unterhält oder spazieren geht, kann Frau Stiel nun wieder mehrmals in der Woche in Ruhe ihren Haushalt erledigen, einkaufen gehen und mit Freundinnen etwas unternehmen. Dem VIVA-Helfer gelingt es zeitweise, mit Frau Stiel ein recht gutes Verhältnis herzustellen. Frau Stiel, die in letzter Zeit oft innerlich verzweifelt ist, spricht gegenüber der Beraterin die gewaltvollen Ausbrüche ihres Partners, denen sie sich ausgeliefert fühlt, an. Es geht darum, gemeinsam nach Möglichkeiten des konfliktlösenden Umgangs bei Streitigkeiten des Paares zu suchen. Frau Stiel bekommt Raum, ihre von den Söhnen missbilligten Wünsche der Heimunterbringung und damit einhergehende unterschwellige Konflikte zu äußern. Frau Stiel und der Schwiegersohn sehen sich geeignete Heime an, um „für alle Fälle“ vorbereitet zu sein. Schließlich wünscht Frau Stiel, dass der Helfer durch eine Helferin abgelöst werde. Der neuen Kraft gelingt es leicht, die Balance zwischen der Betreuung des dementen Mannes und der Zuwendung für Frau Stiel herzustellen. Dennoch kommt Herr Großer auf Wunsch der Partnerin in ein Heim. Unter dem Vorwand eines Urlaubs lässt sich Herr Großer darauf ein. Die Helferin besucht Herrn Großer weiterhin dreimal wöchentlich im Heim.

Fazit:

Im Fall Großer sieht sich die Beraterin dem komplexen familiären Geschehen mit widerstreitenden familiären Bestrebungen gegenüber. Die Bemühungen der Söhne von Herrn Großer, dem Wunsch des Vaters, zu Hause

zu bleiben bis zum Lebensende, zu entsprechen, und sich dazu rechtzeitig professionell unterstützen zu lassen, schienen erfolgversprechend. Frau Stiel, in der Pflegesituation am stärksten belastet, ließ sich nach intensiver Einzelberatung schließlich auf die von VIVA entsprechend den Bedürfnissen von Herrn Großer und von Frau Stiel ausgewählten häuslichen Hilfen ein. Damit gelang über einen längeren Zeitraum die Entlastung des familiären Systems. Entscheidende Veränderungen taten sich im Beratungsverlauf von Frau Stiel. Zunehmend wagte sie es, ihrer andauernden Überforderung mit der Pflege ihres Lebensgefährten Ausdruck zu geben. Damit einhergehend reifte in ihr die Entscheidung, ihren Partner im Heim unterzubringen. Leider war es ihr nicht möglich, mit ihrem Lebensgefährten offen über ihr Vorgehen zu sprechen, sodass Herr Großer die Akteursrolle verlor.

Auch für diese Fallvignette gilt in Bezug darauf, bis zuletzt zu Hause bleiben zu können – was hier nicht vollständig gelang: Entscheidend kommt es dabei auf die Sorgfalt und Professionalität der Fachkräfte an, damit sie das gesamte Umfeld nicht verstören oder überfordern. Nicht zuletzt führt ein maßgeschneiderter Hilfeprozess nur dann mittel- und langfristig zum gewünschten Ziel des Verbleibens zu Hause – wenn möglich bis zum Lebensende – wenn dieser immer aufs Neue und zuverlässig nachgebessert wird und die alten Menschen die Akteursrolle behalten können. Akteure in diesem Sinne sind aber auch, das zeigt diese Vignette deutlich, die – oft selbst alten – Angehörigen, deren Interessen und Bedürfnisse keineswegs konform mit denen der alten Menschen sind und für die das Zusammenleben oder die „Sorgearbeit“ (Steiner-Hummel 2000) unerträglich werden kann.

Diskussion

In den Längsschnittanalysen konnte gezeigt werden, dass in sehr vielen, auch hochkomplexen Fällen, ein Verbleib selbst dann noch lange (ggf. bis zuletzt) zu Hause

möglich ist, wenn bereits mehrere Instanzen den Heimübertritt für unumgänglich halten. Gekonnt prozessierte und verbindlich aufrechterhaltene Interventionsketten sozialarbeiterischen Handelns im Zusammenwirken multiprofessioneller Vernetzung sind dabei höchst bedeutsam. Die Versorgung chronisch schwer kranker Älterer zu Hause kann so lange aber nur gelingen, wenn eine sensible Fallführung mit einem entschiedenen Verständnis von integrated care kompetent und stetig angewendet wird. Dabei ist dieser Prozess hoch stör anfällig. Umso wesentlicher ist das Prinzip der Entschleunigung. Die Fälle zeigen im Längsschnitt, wie nötig angesichts des (systemischen) Gesamtgeschehens ein stufenweises, immer neu fein zu justierendes Vorgehen ist. Vor weiteren Interventionen und praktischer Unterstützung sind durch intensiv-verbundlich-flexible Bezugssozialarbeit oft monatelange Phasen des Beziehungsaufbaus, der versuchsweise eingeführten Hilfemaßnahmen und lange Übergangsphasen vorzuschalten. Die Begleitung ist umso diffiziler, je mehr Akteure und divergierende Interessen einzubeziehen sind.

Wesentliche weitere Erfolgsfaktoren im konkreten Dienstleistungssetting waren

- der weit über übliche ambulante Pflegedienste und mobile soziale Dienste hinausgehende bezugssozialarbeiterische Ansatz auf systemischer Grundlage mit hoher bio-psycho-sozialer Kompetenz,
- die zahlreichen flexibel einsetzbaren, gut ausgewählten und geschulten semiprofessionellen Helferinnen
- und, ganz entscheidend: die hochentchiedene Grundhaltung, dass zugunsten des Verbleibs zu Hause v. a. sämtliche „Kann-Bruchstellen“ systematisch, rasch und nachhaltig zunächst erkannt werden müssen und dann ihr Spiralverlauf im systemisch betrachteten Gesamtsetting schnellstmöglich abgebremst und aufgehalten werden muss.

Es gilt dabei, systematisch Handlungsspielräume zu identifizieren,

- die entschiedene Haltung, multiprofessionell übergreifende Fallverständnisse und Haltungen zu entwickeln,
- systematisch auf Koproduktion sowohl mit sämtlichen informell-sozialen Netzwerkpersonen wie mit den unterschiedlichen Fachdiensten zu zielen – über die üblichen Grenzen des versäulten Hilfesystems und die Grenzziehungen zwischen informellen und formellen HelferInnen hinweg.

Klares sozialpolitisches Fazit: Soll „ambulant-vor-stationär“ wirklich konsequent umgesetzt werden, ist deutlich mehr als der Ausbau der ambulanten Pflege nötig.

Literatur

- [1] Carpentier, N. (2012). Caregiver Identity as a Useful Concept for Understanding the Linkage between Formal and Informal Care Systems: A Case Study. *Sociology Mind*, 2 (1), (S.41-49)
- [2] Otto, U., Hedtke-Becker, A., Hoevels, R., Stumpp, G. & Beck, S. (2014, im Erscheinen) Zu Hause wohnen bleiben bis zuletzt – in innovativen Wohnformen bzw. mit innovativ-ganzheitlichen Diensten. Langfassung des Forschungsberichtes in der TIB-Forschungsbibliothek, 442 Seiten
- [3] Otto, U. (2011). Soziale Netzwerke. In H.-U. Otto, & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (S. 1376-1389). München: Reinhardt
- [4] Hedtke-Becker, A. & Hoevels, R. (2005): Netzwerkbezogene Unterstützung chronisch kranker und alter Menschen: Multiprofessionelle stationär-ambulante Überleitung im Akutkrankenhaus. In: Bauer, P. & Otto, U. (Hrsg.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten: Bd. 2, Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive* (S. 427-460). Tübingen: dgvt-Verlag
- [5] Rogers, C. R. (1972): *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler Verlag
- [6] Klein, M. (2009). Personzentrierte Gesprächsführung von älteren Menschen und deren Angehörigen. *PERSoN*, 13,(S. 40-53)
- [7] Galliker, M. & Klein, M. (2002): Alte Menschen entscheiden selbst. *Dr.med. Mabuse*, 137, 5/2002, (S. 10-11)
- [8] Grass-Kapanke / Kunczik / Gutzmann (2008) Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor– DIAS -54 Seiten, Tab. & Abb. ISBN 978-3-935389-01-3, (S. 12)
- [9] Hedtke-Becker, R. Hoevels, U. Otto, G. Stumpp & S. Beck (2012). Zu Hause wohnen wollen bis zuletzt: Beraten und Intervenieren im Netzwerk chronisch kranker alter Menschen. Eine Fallstudie. In: S. Pohlmann (Hg.). *Altern mit Zukunft*. Wiesbaden: VS Verlag, S. 141-176
- [10] Haslbeck, J. W., Mc Carke, R. & Schaeffer, D. (2012). Chronic Illness Self-management while living alone in Later Life. In *Research on aging*, 34 (5), 507-547.



Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker ist Professorin an der Fakultät für Sozialwesen der Hochschule Mannheim im Lehrgebiet Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, Altenarbeit und Gesundheitswesen.



Prof. Dr. habil. Ulrich Otto ist Leiter Careum Forschung, der Forschungsabteilung der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit in Zürich (CH).