

Care & Case Management



1. Auflage

UMIT TIROL, Hrsg.

September 2023

Impressum

Für den Inhalt verantwortlich

Ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Eva Schulc

Projektmitarbeiterin:

Univ.-Ass. Chiara Messina, BA, MA

Design und Gestaltung:

d-art.at Markus Eisenmann

Druckerei:

Druckerei Aschenbrenner Kufstein

Text:

Quell, MMag. Dr. Melanie Knünz

Das vorliegende
Praxishandbuch
wurde vom Land
Tirol beauftragt und
finanziert.



**LAND
TIROL**

UMITTIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT

Wissenschaft trifft Praxis

Praxishandbuch zur Etablierung eines gemeindenahen Care- und Case-Managements in Tirol

Autorinnen der Division für Integrierte Versorgung

Institut für Pflegewissenschaft des Departments für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT TIROL

Ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Eva Schulc & Univ.-Ass. Chiara Messina, BA, MA

Projektassistentinnen

Mag. Alexandra Welzenberger, DGKP

Janine Figallo, BScN, MScN

www.umat-tirol.at

Unter Mitarbeit des Landesinstituts für Integrierte Versorgung Tirol

Landeskoordinatorin Gabi Schiessling und Care-Manager*innen in den Bezirken

www.caremanagement-tirol.at





Das **Praxishandbuch** und seine Teile sind **urheberrechtlich geschützt**. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Praxishandbuches für persönliche Zwecke.





Autorinnen

Eva Schulc ist diplomierte Physiotherapeutin, Sport-, Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin. Sie promovierte und habilitierte am Institut für Pflegewissenschaft der UMIT Tirol und leitet die Division für Integrierte Versorgung des Instituts für Pflegewissenschaft am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT Tirol. Sie verantwortet den Universitätskurs für sozial-pflegerisches Case-Management in Tirol in Kooperation mit dem Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe (AZW GmbH) in Innsbruck/Tirol. Als zertifizierte Ausbilderin der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management (ÖGCC) entwickelte sie das Curriculum für den Universitätskurs gemäß der ÖGCC-Zertifizierung.

Kontakt: Ao. Univ.-Prof. Mag. Mag. Dr. Eva Schulc
UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

E-Mail: eva.schulc@umit-tirol.at

Webadresse: www.umit-tirol.at/div

Chiara Messina ist studierte Gesundheits- und Sozialmanagerin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Division für Integrierte Versorgung des Instituts für Pflegewissenschaft am Department für Pflegewissenschaft und Gerontologie der UMIT Tirol.

Kontakt: Univ.-Ass. Chiara Messina, BA, MA
UMIT TIROL – Die Tiroler Privatuniversität
Eduard-Wallnöfer-Zentrum 1, 6060 Hall in Tirol

E-Mail: chiara.messina@umit-tirol.at

Webadresse: www.umit-tirol.at/div



Danksagung

Ein besonderer Dank gilt **Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg**, Landesrat a. D., der während seiner Amtszeit als Gesundheits-, Pflege- und Wissenschaftslandesrat der Tiroler Landesregierung die Pflegewissenschaft der UMIT TIROL als integralen Bestandteil der nationalen und regionalen Gesundheits- und Pflegeversorgung erkannte und nachhaltig unterstützte. Mit seinem Wirken hat er durch Gründung des Landesinstituts für Integrierte Versorgung (LIV) Tirol und mit dem CareManagement Tirol einen weiteren Meilenstein in der Gesundheits- und Pflegeversorgung in Tirol gesetzt.

Frau **Gabi Schiessling**, Koordinatorin Care Management Tirol, danken wir ganz herzlich. Sie ermöglichte es uns, als Wissenschaftlerinnen die Theorie in die Praxis einfließen zu lassen und so tiefe Einblicke in die Anliegen und Herausforderungen heutiger Betroffener und Pflegepersonen von Seiten der Praxis zu erfahren.

Allen **Care-Manager*innen** danken wir für ihre Offenheit, ihr berufliches Handeln mit uns zu reflektieren und sich auf gemeinsame Lernprozesse einzulassen. Theoretische Erkenntnisse und praktische Erfahrungen konnten wir somit während der gemeinsamen Zeit miteinander in Beziehung setzen.

Das **Kernteam Care-Management** des Landes Tirol hat sich in vielen Gesprächen flexibel und wohlwollend in die jeweiligen strategischen und operativen Denkprozesse hineinversetzt und unser Denken in Theorie und Praxis interessiert und strukturierend unterstützt. Dafür sind wir sehr dankbar und blicken gern auf diese Zeit zurück.

*»Zusammenkommen ist ein Beginn,
Zusammenbleiben ist ein Fortschritt,
Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.«*

Henry Ford, USA (1863–1947)



	Danksagung	5
	Inhalt	6
1.	Ziele und Zweck des Praxishandbuches	7
2.	Auftrag des Landes Tirol	7 / 8
3.	Ausgangssituation und Problemstellung	9
4.	Aufgaben und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung	10 / 11
4.1.	Herausforderungen der Pflege und Betreuung im Langzeitbereich	12
4.2.	Ziele und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung	13
4.3.	Erfolgskriterien für die Akzeptanz der Implementierung von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in Tirol	14
4.4.	Zusammenfassung der Prozessorganisation und -optimierung der wissenschaftlichen Begleitung	15

1. Ziele und Zweck des Praxishandbuches

Die Division für Integrierte Versorgung der UMIT TIROL arbeitete im Auftrag des Landes Tirol seit 2018 am Aufbau von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in allen Bezirken in Tirol mit dem Landesinstitut für Integrierte Versorgung der Tirol Kliniken zusammen. Das auf den folgenden Seiten vorgestellte Praxishandbuch ist thematisch den Empfehlungen des geltenden Strukturplans des Landes Tirol zuzuordnen [80].

*„Das **Ziel dieses Praxishandbuches** ist es, den Akteur*innen des Care- und Case-Managements in Tirol sowie Interessierten des Gesundheits- und Sozialwesens eine Einführung in das entwickelte gemeindenahe Care-Management-Modell für Tirol unter Berücksichtigung von Case-Management zu geben und gleichzeitig einen nützlichen Leitfaden für die nachhaltige Etablierung dieses Versorgungsmodells zur Verfügung zu stellen. Die einheitliche Umsetzung des in diesem Praxishandbuch beschriebenen Rahmenmodells dient dem Zweck, komplexe Pflege- und Betreuungsprozesse langfristig zu standardisieren, um in der Folge eine noch engmaschigere Zusammenarbeit im stationären und mobilen Sozial-, Pflege- und Gesundheitssektor zu ermöglichen.“*

Das Praxishandbuch, welches vom Team der Division für Integrierte Versorgung im Rahmen seiner wissenschaftlichen Begleitung verfasst und durch Beiträge der Care-Manager*innen unterstützt wurde, profitiert durch die langjährige Erfahrung aller handelnden Personen in der Entwicklung und Umsetzung dieses Versorgungsprogrammes. Die wissenschaftliche Untermauerung des Praxishandbuches findet sich in der Implementierungswissenschaft. Sie zielt darauf ab, den Übergang zwischen Wissenschaft und alltäglichen Routinen in Gesundheitseinrichtungen zu beschleunigen und effizient zu gestalten. Um mit

diesem Handbuch die Entwicklung und Nutzung des Care-Managements Tirol zu unterstützen und zu optimieren, ist eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Anwendungsorientierung wesentlich. Deshalb werden in den einzelnen Kapiteln die wissenschaftliche Begleitung, theoretische Grundlagen und aktuelle Forschungsergebnisse zum jeweiligen Themenschwerpunkt zusammengefasst und für die Handlungspraxis verfügbar gemacht. Des Weiteren soll dieses Handbuch dazu beitragen, das Care- und Case-Management in Tirol zu etablieren und sowohl die Rahmenbedingungen für jene, die mit der Pflege und Betreuung einer Person betraut sind, zu verbessern als auch die Versorgungsqualität pflegebedürftiger Personen weiterzuentwickeln. Dies erscheint umso dringender in Zeiten stetigen gesellschaftlichen Wandels und der damit verbundenen sich ändernden Pflege- und Betreuungsbedürfnissen und -bedarfen.

2. Auftrag des Landes Tirol

Die Tiroler Landesregierung hat am 13.2.2018 im Rahmen eines Regierungsbeschlusses die Installierung von Drehscheiben zur Beratung und Hilfe für pflegende Angehörige im ganzen Land als Teil des Strukturplans Pflege 2012–2022 beschlossen. Bereits gute wohnortnahe und flächendeckende pflegebezogene Beratungen und Hilfestellungen sollen dabei weiter ausgebaut werden. Der Auftrag des Landes Tirol erfolgte demnach gemäß des Evaluationsberichts des Strukturplans Pflege im Jahr 2017, dass in der mobilen Pflege und Betreuung u. a. ein **kontinuierlicher Aufbau von Case- und Care-Management erfolgen und dadurch eine Qualitätsverbesserung der Pflegeabläufe erreicht werden soll** [80].

Das Landesinstitut für Integrierte Versorgung wurde mit der Leitung und die Division für Integrierte Versorgung der UMIT TIROL mit der wissenschaftlichen Begleitung beauftragt. Eine Kerngruppe des Landes Tirol mit Expert*innen aus Gesundheit, Pflege, Wissenschaft und Verwaltung wurde für die organisatorische und fachliche Begleitung der Implementierung des Care-Managements Tirol eingerichtet. Dabei lag ein besonderer Schwerpunkt auf der engen Zusammenarbeit innerhalb der Abteilung Pflege für die systemische und organisatorische Integration in die Gesundheitslandschaft des Landes Tirol und ihrer Gemeinden.

Zielvorgabe des Landes Tirol war es, bis zum 1.1.2023 in allen Tiroler **Bezirken Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung** mit dem integrierten Handlungsansatz „Care-Management“ aufzubauen, um einerseits die Vernetzung (= Austausch und Abstimmung) zwischen den regionalen Dienstleister*innen und/oder den Abteilungen des Landes für Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung des bestehenden Case-Managements zu koordinieren (= Aufbau, Pflege, Erhaltung und Evaluation von Netzwerkstrukturen) und andererseits alle am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Personen niederschwellig zu unterstützen und bedarfsorientiert zu beraten (s. Abb. 1).

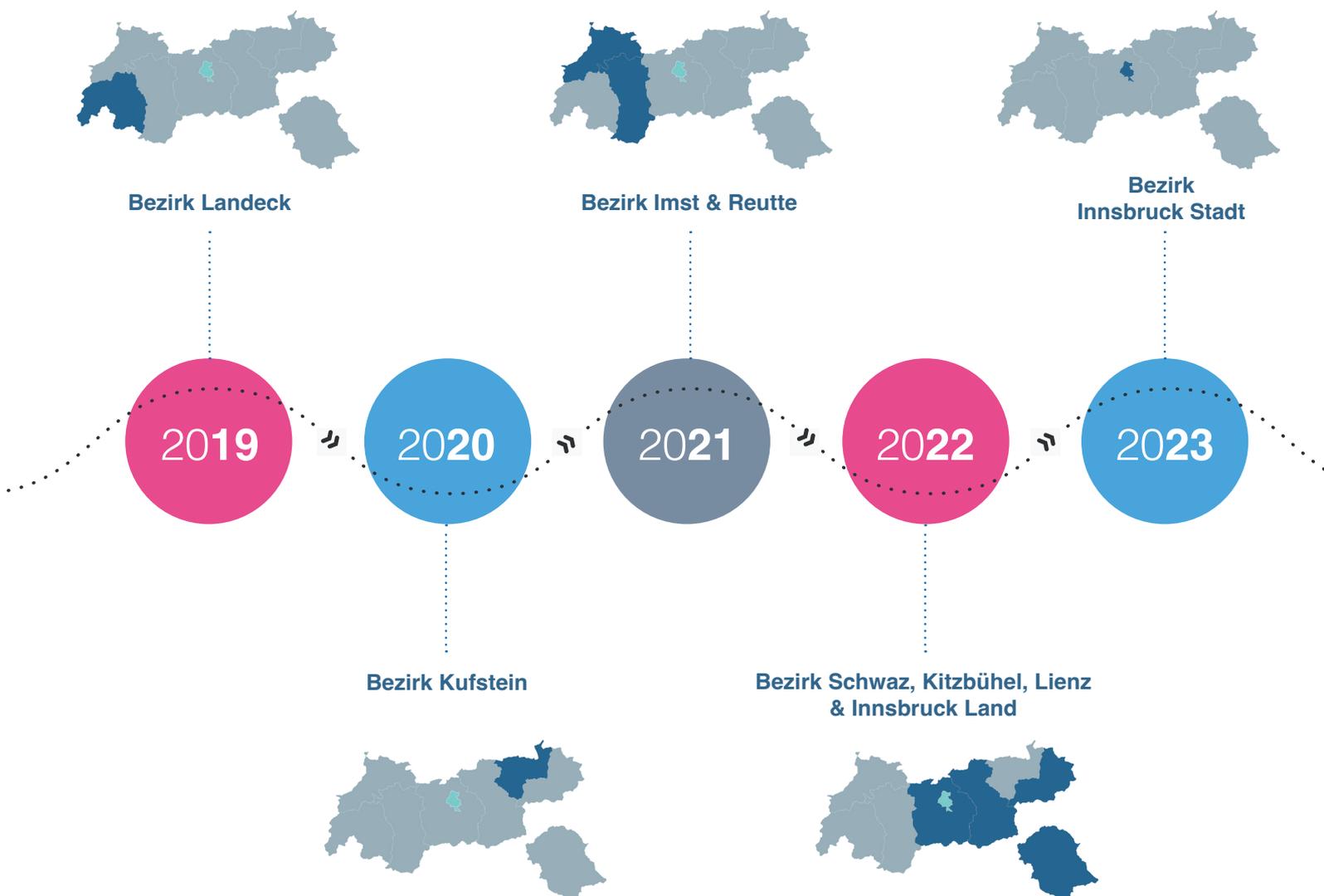


Abbildung 1: Adaptierter Ausrollungsplan für die Koordinationsstellen Pflege und Betreuung (eigene Darstellung)

3. Ausgangssituation und Problemstellung

Die Kenntnis über die Bedeutung chronischer Krankheiten im Zusammenhang mit Behinderungen ist von erheblicher Relevanz für politische Maßnahmen und Programme, die darauf abzielen, das Wohlergehen und den Umgang mit chronischen Krankheiten zu fördern. [2].

Derzeit ist mehr als die Hälfte aller Österreicher*innen von chronischen Krankheiten betroffen [3]. Man schätzt, dass komplexe chronische Erkrankungen zwischen 3 und 5 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Bei diesen Menschen handelt es sich um eine homogene Bevölkerung in Bezug auf Komplexität, Verletzlichkeit, Fragilität, Sterblichkeit, Funktionsbeeinträchtigung, Polypharmazie und häufige Abhängigkeitssituationen, die viele physische, psychische, kognitive, emotionale und soziale Ressourcen verbrauchen. Allerdings weisen die Richtlinien für die klinische Praxis, die hauptsächlich auf ein einzelnes Gesundheitsproblem ausgelegt sind, erhebliche Einschränkungen hinsichtlich Komorbidität auf, insbesondere wenn es um Komorbiditäten geht, die nicht denselben physiopathologischen Mechanismus aufweisen [4]. Care- und Case-Management wird auf nationaler und internationaler Ebene als eine Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse im Zusammenhang mit komplexen Krankheiten, multiplen chronischen Erkrankungen und unzureichender familiärer oder sozialer Unterstützung verstanden.

Die Komplexität einer Erkrankung von Menschen beispielsweise mit Zöliakie aus der Sicht der Personen betrifft den Verlust der Funktionalität und die Spirale des fragmentierten und unkoordinierten Kontakts mit den Gesundheitsdiensten, bei der Patient*innen und Familienmitglieder nicht wissen, was sie tun sollen und sich im Labyrinth des Gesundheitspersonals überfordert fühlen. Umgebungen und Interventionen sowie das Vorhandensein sozioökonomischer Faktoren verstärken diese Wahrnehmung von Komplexität [4].

Erschwerend zu diesem Bild der steigenden Anzahl an chronischen Krankheiten und des Alterns

sind Veränderungen in der Familienstruktur mit zunehmender Kinderlosigkeit oder weniger Kindern, die zudem geografisch verstreut sind [5]. Diese Veränderungen zwingen die Organisationen des Gesundheitswesens, mehr Aufwand in der Organisation der Patientenversorgung im Rahmen des individuellen Fallmanagements zu betreiben.

Die Entwicklungen des Case-Managements als fortschrittliche sozial-pflegerische Versorgungspraxis sind in Österreich zu einer grundlegenden Strategie in der komplexen Pflege und Betreuung geworden. Um jedoch die beste multiprofessionelle, koordinierte und evidenzbasierte Versorgung zu gewährleisten, ist es unabdingbar, in den verschiedenen Bereichen innerhalb derselben Region und derselben Bevölkerung synergetische, koordinierte Maßnahmen, gesteuert durch ein Care-Management, zu ergreifen [6].

Vor diesem Hintergrund verantwortete das Institut für Pflegewissenschaft der Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL im Jahr 2018 unter der Leitung von Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Eva Schulc das „CaReProjekt“, welches im Rahmen eines Interreg-Projekts V-A Italien Österreich 2014–2020 (Tirol, Vicenza und Udine) gefördert und vom Land Tirol finanziell unterstützt wurde. In der Pilotregion Landeck konnte dadurch eine übergeordnete einrichtungsübergreifende Care-Management-Stelle (CrM-Stelle) entwickelt, regional pilotiert und evaluiert werden. Sie diene als regionale Anlauf- und Beratungsstelle zur System- und Versorgungssteuerung älterer pflegebedürftiger Menschen und deren pflegender Angehörigen. Der entsprechende Nutzen sollte sich in der Entlastung für Krankenhäuser, ambulante Anbieter, die öffentliche Seite und Kostenträger zeigen und durch Schaffung einer innovativen CrM-Stelle zur regionalen Veränderung im Programmgebiet im Sinne einer nachhaltigen Steuerung und Koordination der Pflegequalität und Kosteneffizienz führen. Das zugrunde liegende Care-Management-Modell beinhaltet Elemente von Community Health Nursing mit der sozialpolitischen Vision eines wissenschaftlichen sowie regionalen, praxisnahen und sozial-pflegerischen Konzeptes, welches sich nahtlos in die Reihe der Tiroler

Versorgungsprogramme zur integrierten Versorgung einreicht. Das Adaptationspotenzial des Modells lag in der Optimierung von regionalen Pflege- und Betreuungsablaufprozessen, welche vom Einzelfall bis zur infrastrukturellen Interpretation reichte.

Als leitende Definition von Care- und Case-Management galt jene der ÖGCC [7]:

Das **Case-Management** (CsM) zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass möglichst entlang des gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufs von Patient*innen oder Klient*innen und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Berufsgruppen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll. Um den prozessualen Anforderungen des CsM im Einzelfall entsprechen zu können, ist die Etablierung von Netzwerken zur Koordination und Kooperation involvierter Stellen und unterschiedlicher Dienstleistungserbringer durch ein **Care-Management** (CrM) ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Damit verbunden ist die Bereitschaft zur Initiierung interner und organisationsübergreifender Organisationsentwicklungsprozesse.

4. Aufgaben und Vorgehen der wissenschaftlichen Begleitung

Die wissenschaftliche Begleitung beschäftigte sich mit den Chancen der Implementierung des Care- und Case-Managements in Tirol, die in der Schaffung von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in den Bezirken lagen. Als einrichtungsübergreifende Anlauf- und Beratungsstellen zur System- und Versorgungssteuerung für Personen in komplexen sozial-pflegerischen Problemsituationen begegnet sie den Herausforderungen der Pflege und Betreuung im Langzeitbereich, die auf drei Versorgungsebenen in Wechselwirkung zueinanderstehen [8] und das Modell Tirol in ihrer Implementierung skizzieren (**Abb. 2**).

Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung

war es wichtig, alle drei Versorgungsebenen zu berücksichtigen, um die Nachhaltigkeit bzw. die Etablierung der innovativen integrierten Handlungsansätze von Care- und Case-Management sicherzustellen. Die theoretische Fundierung und auch die Aktualität zeigen sich darin, dass in der Wechselwirkung der **Betroffenebene** durch die allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen gegenüber der **Organisationsebene** Pflege- und Betreuungsorganisationen im Langzeitbereich komplexer werdenden Pflege- und Betreuungssituationen gegenüberstehen [9].

Eine wissenschaftliche Analyse von zahlreichen Konzepten identifizierte Menschen mit komplexem Pflegebedarf, die sich durch mehrere chronische Krankheiten, psychische Komorbiditäten und/oder soziale Anfälligkeiten auszeichneten [10]. Diese Menschen hatten ein höheres Risiko für eine negative Lebensqualität und eine erhöhte Sterblichkeit [8, 9]. Sie bildeten eine kleine heterogene Gruppe (10 Prozent aller Nutzer*innen), die wie in vielen anderen Industrieländern unverhältnismäßig hohe Kosten (70 Prozent) für das Gesundheitssystem verursacht hatten [10,11]. Ihre hohe Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten ist im Allgemeinen auf eine fragmentierte und episodische Versorgung durch verschiedene Gesundheitsdienste zurückzuführen [12,13]. Infolgedessen ist die Bereitstellung geeigneter Dienste, die den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe entsprechen, erforderlich und kann durch eine integrierte Versorgung erreicht werden. Pflege- und Betreuungsorganisationen im Langzeitbereich sind somit gefordert, einerseits mit wirkungsvollen konzeptionellen Innovationen wie dem Case-Management nachhaltig sozial-pflegerische Unterstützung und die Versorgungskontinuität statt kurzfristig ausgerichteten und isolierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen entgegenzuwirken. Dazu benötigen sie konzeptionelle Unterstützung durch das Care-Management, welches infrastrukturelle und organisationale Voraussetzungen schafft. Mit der Implementierung von regionalen Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung bietet das Land Tirol

auf der **Systemebene** strukturell und personell Voraussetzungen, die den gesellschaftlichen Erwartungen an eine durchgreifende Verbesserungsanstrengung im Gesundheits- und Pflegesystem entsprechen.

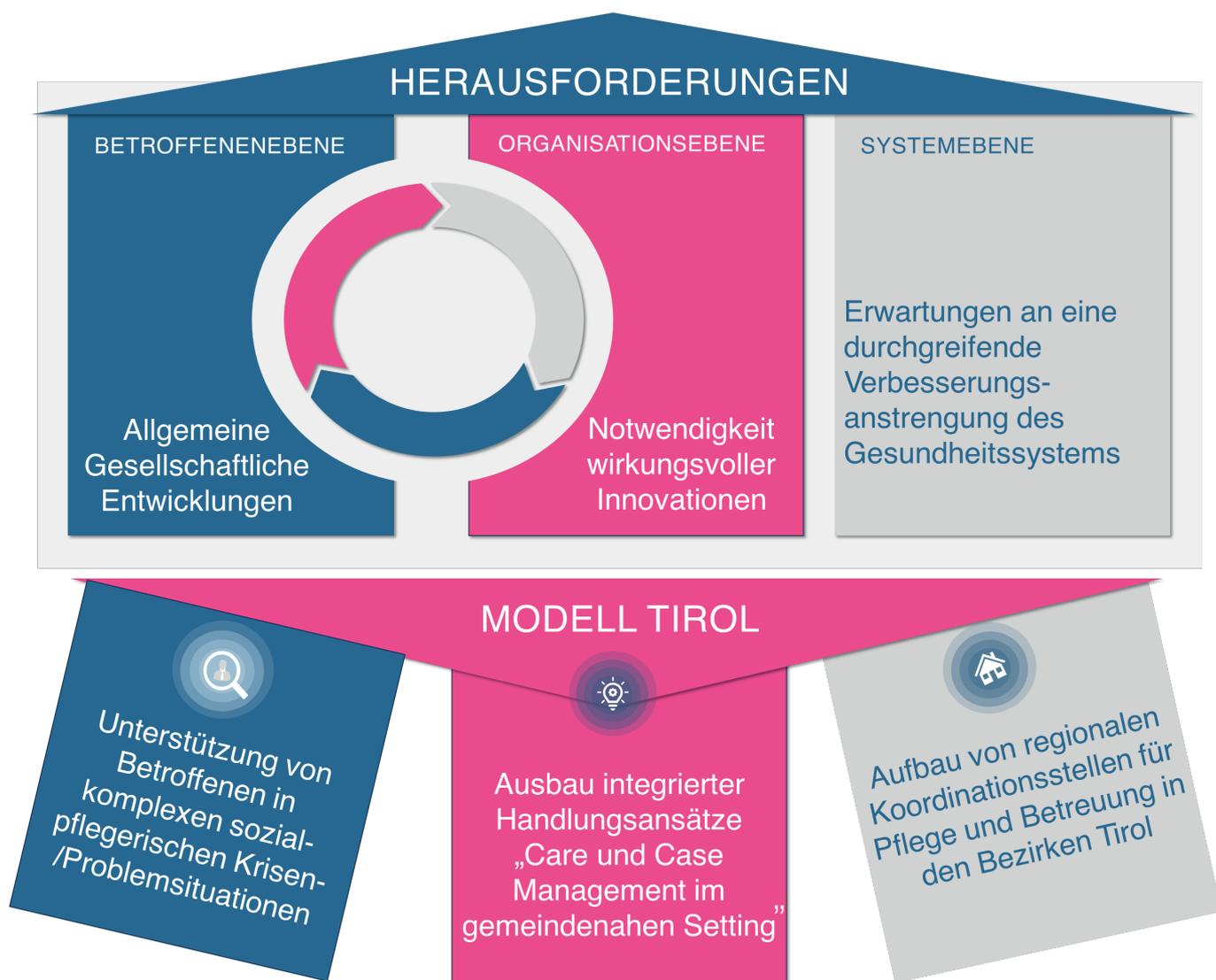


Abbildung 2: Das Modell Tirol unter Berücksichtigung der Versorgungsebenen (eigene Darstellung) [9]

4.1. Herausforderungen der Pflege und Betreuung im Langzeitbereich

Die **Betroffenenebene** ist durch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen wie dem sozialstrukturellen Wandel, die Chronifizierung, die Ambulantisierung und die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie herausgefordert und zeigt sich in einer zunehmenden Komplexität von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen bei Klient*innen im Langzeitbereich [17]. Der akute Fachkräftemangel, der rapide Anstieg von Pflegebedürftigen mit komplexen sozial-pflegerischen Bedürfnissen und die schleppende Digitalisierung gelten in Österreich als Herausforderungen für die Pflege und Betreuung auf der **Organisationsebene**. Auf der **Systemebene** findet sich eine schleppende Umsetzung einer ambulanten Versorgung und in der Gewährleistung einer sektoralen Versorgungskontinuität bei Klient*innen in komplexen sozial-pflegerischen Akut- bzw. Krisensituationen. Aus diesen Herausforderungen resultierten die Ziele der wissenschaftlichen Begleitung (s. Abb. 3).



Abbildung 3: Herausforderungen und Ziele im Langzeitbereich (eigene Darstellung)

4.2. Ziele und Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung

Hauptziele der wissenschaftlichen Begleitung ließen sich demnach mit der Sicherstellung einer nachhaltigen sozial-pflegerischen Unterstützung und Versorgungskontinuität statt mit kurzfristig ausgerichteten und isolierten Pflege- und Betreuungsmaßnahmen definieren. Konzeptionell sollten zeitliche und räumliche Dimensionen des sozial-pflegerischen Versorgungsgeschehens mittels gezielter Information, Beratung und prozessorientierten Case-Managements überbrückt werden, welche durch ein Netzwerk von Pflege- und Betreuungsanbietern unterstützt werden, und indem das Pflegepersonal in seinen Kompetenzen weitergebildet wird (s. Abb. 3).

Mit diesem Ansatz verschränkt Care-Management und Case-Management lege artis systematisch die Fall- mit der Systemebene [18]. Die systemischen und strukturellen Voraussetzungen auf Ebene des Gesamtsystems sind entscheidend für die Entwicklung und Implementierung eines Care-Management-Konzepts unter Einbindung von Case Management in den mobilen Diensten für Tirol. Diese bilden die Grundlage dafür, auf individueller Ebene den Belastungen durch komplexe sozial-pflegerische Krisen- oder Akutsituationen entgegenzuwirken und

auf organisatorischer Ebene die sektorübergreifende Koordination der Betreuung eines*er Klient*in über einen bestimmten Zeitraum oder über den gesamten Betreuungsverlauf zu gewährleisten [9] (s. Abb. 4).

Eine entsprechende Erfolgswirkung soll sich in der Inanspruchnahme und Akzeptanz der Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung als zentrale Anlauf- und Beratungsstelle für komplexe sozial-pflegerische Problemsituationen erweisen.

UMIT TIROL



Abbildung 4: Darstellung unterschiedlicher Versorgungsebenen für die Zuordnung von Care- und Case-Management (eigene Darstellung)

4.3. Erfolgskriterien für die Akzeptanz der Implementierung von Koordinationstellen für *Pflege* und *Betreuung* in Tirol

Dass die Versorgungsangebote und das professionelle Handeln im Rahmen des Case- und Care-Managements evidenzbasiert sein sollten, darüber bestand weitestgehend Konsens bei den beteiligten Berufsangehörigen. Das Wissen über Wirksamkeit und Nutzen einer Veränderung allein führte aber noch nicht dazu, dass diese in der Versorgungspraxis auch zur Anwendung kamen und verbesserte Versorgungsangebote bzw. Outcomes zur Folge hatten. Es bedürfe zusätzlichen Wissens und Know-hows darüber, wie der Transfer von Forschungsergebnissen und theoretischem Wissen in die praktische Umsetzung gelingen kann.

Weiterer Konsens lag dabei vor, dass Implementierungen tendenziell eher chaotisch als kontinuierlich-linear verlaufen. Begrenzte Berechenbarkeit, Planbarkeit und Steuerbarkeit liegen in der Natur der Sache und sind den multiplen sich verändernden und komplex interagierenden Einflussfaktoren geschuldet. Daraus ließen sich vier Faktoren für eine mögliche Akzeptanz und eines möglichen Erfolges für die Implementierung von Innovationen nennen, die am Beispiel Care- und Case-Management in der **Abbildung 5** dargestellt sind [19].



Relativer Nutzen

Wird CrM und CsM von den (potentiellen) Nutzern als Vorteil im Vergleich zur vorher-gehenden Praxis angesehen?

Kompatibilität

Wie passt CrM und CsM in die vorhandenen Sichtweisen, Normen, Arbeitsabläufe, Risikobereitschaft, Bedingungen und Routinen bestehender Organisationen?

Komplexität

Wie viel neues Wissen ist für die Umsetzung von CrM und CsM erforderlich? Wie stark greifen sie in die Arbeitsroutinen ein? Wie viel Aufwand ist dafür notwendig etc.?

Testbarkeit

Können die Ergebnisse der Überprüfbarkeit von CrM und CsM angepasst werden?

Abbildung 5: Vier Erfolgsfaktoren für die Implementierung von integrierten Versorgungsprogrammen (eigene Darstellung in Anlehnung an Damschroder et al. 2009)

UMIT TIROL

4.4. Zusammenfassung der Prozessorganisation und -optimierung der **wissenschaftlichen Begleitung**

Die Prozessorganisation und -optimierung verfolgten eine Strategie mit sieben Schritten, die in der **Abbildung 6** visualisiert sind.



Abbildung 6: Die sieben Phasen der Projektplanung und -optimierung (eigene Darstellung)

5. Care- und Case-Management	17
5.1. Care-Management als regionales Management von personenunabhängigen Sorgestrukturen	18
5.1.1. <i>Nationale und internationale Definitionen</i>	18
5.1.2. <i>Aufgaben des Care-Managements</i>	19
5.1.3. <i>Chronic Care Model (CCM)</i>	20
5.2. Case-Management als personenbezogene integrierte Versorgungsstrategie	21
5.2.1. <i>Nationale und internationale Definitionen</i>	22
5.2.2. <i>Zwei Case-Management-Modelle</i>	23
5.2.3. <i>Der Fall im Case-Management</i>	23 / 24
5.2.4. <i>Der Case-Management-Prozess</i>	24
5.2.5. <i>Aufgaben des Case-Managements</i>	34
5.2.6. <i>Wann ist Case-Management ein Case-Management?</i>	35
5.2.7. <i>Voraussetzungen für die Implementierung von Care- und Case-Management im gemeindenahen Setting</i>	35 / 36

5. Care- und Case-Management

Basierend auf den Entwicklungstraditionen des Case-Managements in den USA und des Care-Managements in Großbritannien [20] wird im deutschsprachigen Raum gemäß der ÖGCC und der DGCC zwischen Case- und Care-Management unterschieden. Gemäß Monzer [21] hilft diese Unterscheidung für den unverzichtbaren Bestandteil des Case-Managements und verdeutlicht so die Abweichung von herkömmlichen Betreuungskonzepten. Care- und Case-Management sind nicht voneinander trennende Konzepte. Beide stehen in Wechselwirkung zueinander und verweisen auf die unterschiedlichen Versorgungsebenen ihres gemeinsamen Wirkens (s. Abb. 7).

Case-Management auf der Mikroebene ist darauf gerichtet, stabile und vernetzte Versorgungsstrukturen für den Einzelfall zu entwickeln und zu optimieren. Der Fokus von **Care-Management auf der Mesoebene** liegt auf der reibungslosen integrierten Ablauforganisation von Versorgungsleistungen durch den Aufbau und

die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen, organisationsinternen und -übergreifenden Netzwerken, auf die dann im Einzelfall zurückgegriffen werden kann. Beide Funktionen sind für eine funktionierende Implementierung notwendig [22].

Im Care-Management (Management der Fälle) werden aus den Erfahrungen der strukturierten Fallverläufe des Case-Managements (Management des Falles) solche Schnittstellenprobleme abgeleitet, die sich typischerweise zwischen verschiedenen Bereichen (z. B. ambulant, stationär) und Arbeitsfeldern ergeben können. Durch die Entwicklung und den Aufbau organisationaler und regionaler Netzwerke unterstützt Care-Management die Fallarbeit für bestimmte Bedarfsgruppen. Im Idealfall übernimmt die Sozial- bzw. Gesundheitspolitik auf Ebene des Landes und/oder des Bundes Verantwortung für Care-Management und unterstützt die Verwaltung mit ihren Vorgaben bei der Etablierung der notwendigen Strukturen und Prozesse (**Makroebene**) [21].

Abbildung 7: Dimensionen und Ebenen des Case- und Care-Managements (eigene Darstellung) [21]



5.1. **Care-Management als regionales Management von personenunabhängigen Sorgestrukturen**

Für das Case-Management auf der Systemebene wird der Begriff Care-Management (deutsch: Versorgungsmanagement) verwendet. Jedoch existiert eine einheitliche Definition von Versorgungsmanagement bis dato nicht. Weitgehend Einigkeit besteht dahingehend, dass Integration und Kontinuität der Versorgung aufgrund der Herausforderungen des Gesundheits- und Sozialwesens die Ziele des Versorgungsmanagements sind. Demnach setzt das Care-Management an der institutionellen bzw. organisatorischen mittleren Systemebene an und „ist ein Instrument zur disziplin- und sektorenübergreifenden Versorgungssteuerung und -koordination“ [23].

5.1.1. **Nationale und internationale Definitionen**

Die Begriffe Care-Management, Netzwerkmanagement und Systemmanagement werden gemäß der Deutschen Gesellschaft für Case und Care Management (2020) (**DGCC**) [24] synonym verwendet. Nach deren Verständnis wird auf der Ebene organisierter Versorgung von Care-Management die Abgrenzung vom bedarfs- und personenbezogenen Case-Management verstanden, die die **Gestaltung personenbezogener Sorgestrukturen im regionalen Versorgungsgefüge (Netzwerkebene) koordiniert und organisiert**.

Gemäß der österreichischen Gesellschaft für **Case und Care Management (ÖGCC)** wird **Care-Management als System- und Versorgungssteuerung** gesehen, die „[...] die bedarfsgerechten Hilfen fallübergreifend und einrichtungsübergreifend koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür aufzeigt“ [25].

Diesem Verständnis liegt der Aufbau eines gesundheits- und sozialpflegerischen Hilfesystems zugrunde, in welchem ein*e Care-Manager*in die Angebote des Entlassungsmanagements, der mobilen und stationären Langzeiteinrichtungen, Ämter und weiterer Stakeholder etc. koordiniert. Durch diese Koordination sollen die einzelnen Pflege- und Betreuungsanbieter*innen über die jeweiligen Angebote des Landes sowie des Bundes Bescheid wissen und zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität ihrer Klient*innen in komplexen Problemsituationen miteinander kooperieren.

Nach der Definition der Case Management Society of America (**CMSA 2010**) wird unter **Care-Management ein Prozess der Gesundheitsversorgung** verstanden, der dazu beiträgt, bessere Gesundheitsergebnisse zu erzielen, indem dieser Prozess die Bedürfnisse der Bevölkerung vorhersieht und sie schneller mit den benötigten Leistungen in Verbindung bringt. Dabei handelt es sich um einen dauerhaften Prozess, bei dem ein*e Bevölkerungsmanager*in Systeme und Prozesse zur Überwachung des Gesundheitszustandes, der Ressourcen und der Ergebnisse für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe einrichtet. Der*die Populationsmanager*in ist der*die taktische Architekt*in für die Gesundheit einer Population im Versorgungssystem. Zuden Bausteinen, die vom* von der Manager*in verwendet werden, gehören Risikoanalyse, Daten-Mapping, prädiktive Modellierung, Dashboard-Indikatoren; Überwachung von Gesundheitsprozessen, Indikatoren und unerwartete Krankheiten, Entwicklung von multidisziplinären Aktionsplänen und Programmen für die Bevölkerung und Identifizierung von Auslösern oder Ereignissen für das Case-Management (z. B. wenn durch Prävention oder Frühintervention dramatische Ergebnisse erzielt werden), die auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen Überweisung von Hochrisikoklient*innen hinweisen [26].

5.1.2. Aufgaben des Care-Managements

Care-Management konzentriert sich auf Versorgungslücken und will diese beheben. Das übergeordnete Ziel besteht darin, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, die Fehl-, Unter- und Überversorgung vermeidet. Dies trägt nicht nur dazu bei, die Kosten zu begrenzen, sondern hebt sich besonders durch die Gewährleistung von Konsumenten- bzw. Patientenorientierung hervor, indem sie den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Nutzer*innen Rechnung trägt.

In England wurde Care Management bereits in den 90iger Jahren im vergangenen Jahrhundert eingeführt, gilt als «cornerstone» – Eckpfeiler – einer qualifizierten Versorgung (HMSO, 1992; Ewers, 1996) und hat eine wichtige Funktion für die Innovation der ambulanten Versorgung übernommen [20].

Care-Manager*innen dienen demnach als Drehscheibe der Kommunikation, um primär bestehende Versorgungsanbieter im sozial-pflegerischen Betreuungsmanagement von Patient*innen in komplexen Problemsituationen zu unterstützen. Daraus lassen sich mögliche Aufgaben für ein Care-Management ableiten:

- **Gezielte Unterstützung von Versorgungsanbietern und politischen Entscheidungsträgern**
durch informative Beratung und Bewertung, um eine bedarfsorientierte Sozialplanung weiterzuentwickeln.
- **Förderung des Selbstmanagements**
von Klient*innen durch präzise Information und Beratung.
- **Mitarbeit bei der Entwicklung**
von effizienten Informationssystemen, insbesondere im klinischen Bereich, um einen schnellen Informationsaustausch zwischen Versorgungsanbietern sicherzustellen und somit eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.

- **Systematische Netzwerkarbeit**
im Schnittstellenmanagement, um Versorgungsanbieter zu koordinieren und zu vernetzen. Dadurch wird das Case-Management für Hochrisikopatient*innen effektiv unterstützt.
- **Aktive Gestaltung der Leistungserbringung**
durch die Koordination von Aktivitäten verschiedener Versorgungsanbieter. Diese enge Zusammenarbeit gewährleistet eine umfassende Versorgung der Klient*innen.
- **Mitwirkung bei der Implementierung**
eines Case-Management-Modells in verschiedenen Versorgungseinrichtungen, einschließlich der Gestaltung von komplexen sozial-pflegerischen Betreuungsabläufen.
- **Effektives Wissensmanagement**
über komplexe Versorgungssituationen, um fundierte Entscheidungen und Empfehlungen zu ermöglichen.



5.1.3. Chronic Care Model (CCM)

Verschiedene Modelle wie das Disease-Management-Konzept (strukturierte, diagnose-spezifische Behandlungsprogramme für i. d. R. chronisch kranke Menschen), das Case-Management (individuelle Koordinierung der Versorgung einer*ines Patient*in unabhängig von der Erkrankung und unter Berücksichtigung angrenzender Bereiche wie Pflege und Sozialrecht) und auch das Gatekeeping (Pflichtleistungen oder freiwillige Angebote) umgesetzt werden, indem für spezifische Patientengruppen die Bedarfe ermittelt, Steuerungsinstrumente und Leistungserbringer*innen ausgewählt werden [23].

In all den angeführten Modellen bzw. Konzepten finden sich Ansätze des theoretischen Modells von Chronic Care. Beim Versorgungsmodell für chronisch Kranke (CCM = Chronic Care Model) handelt es sich um einen organisatorischen Ansatz, der inzwischen international, z. B. in Amerika, Holland und Dänemark weit verbreitet und ein integraler Bestandteil des „Patient Centered Medical Home“-Modells (PCMH) ist (S. 478) [24].

Die initiale Evidenz, auf der das „Chronic Care“-Modell aufbaute, stammt von einem Review über Interventionen zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. Diese Evaluation, ein Cochrane Review [27] und weitere aktuelle Studien [27] zeigten, dass die Erhöhung der Expertise und Fähigkeiten der Anbieter, die Schulung und Unterstützung der Patient*innen, eine teambasierte, geplante Versorgung und der Einsatz von Informationssystemen die besten klinischen Endpunkte erzielen [27]. Dabei liegt der Fokus des CCM auf sechs Domänen: (1) Community, (2) Gesundheitssystem, (3) Unterstützung des Selbstmanagements, (4) Aufbau eines Versorgungssystems, (5) Beratung und (6) klinische Informationssysteme [28].

Diese Kernelemente zeigen auf, dass das CareManagement Tirol in Ansätzen dem CCM folgt, da es die ganzheitliche Versorgung chronisch kranker Personen über die einzelnen Sektorengrenzen hinweg steuert (s. Abb. 8).

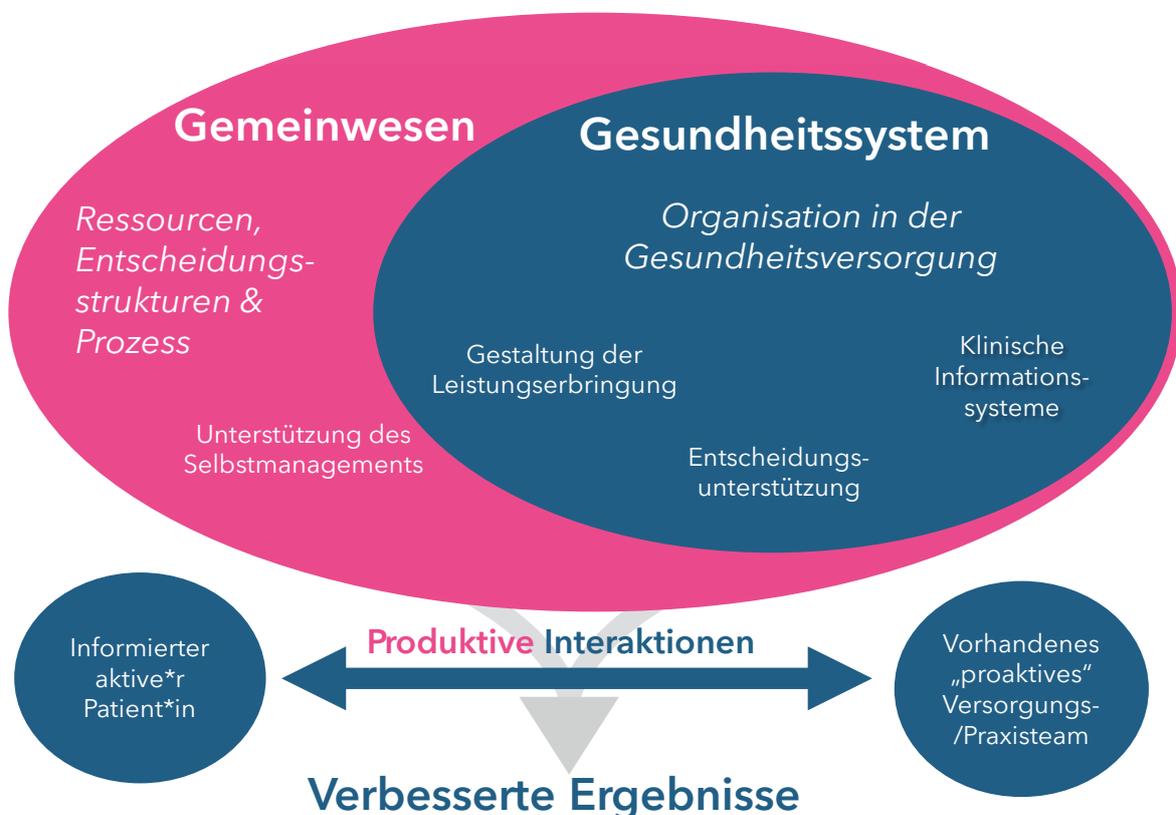


Abbildung 8: Chronic Care Model (CCM) (eigene Darstellung) [28]

5.2. Case-Management als personenbezogene integrierte Versorgungsstrategie

Case-Management, auch Betreuungskoordination oder Betreuungsmanagement genannt, hat sich zu einer wichtigen Aufgabe entwickelt, um das Management komplexer physischer, psychischer und/oder sozialer Probleme zu verbessern.

Da die Kosten im Gesundheitswesen eskalieren, steigt auch der Bedarf an spezialisierten Fachkräften, die in der Lage sind, Patient*innen und Angehörige/Pflegedienstleister bei der Bewältigung der zunehmend komplexen und uneinheitlichen Gesundheitssysteme zu unterstützen. Case-Manager*innen dienen als Drehscheibe der Kommunikation, damit Patient*innen/Familien und verschiedene Mitglieder der Gemeinschaft und des Gesundheitsteams besser zusammenarbeiten.

Dadurch können chronische Krankheiten positiv beeinflusst und das Management chronischer Krankheiten und die Gesundheit der Bevölkerung verbessert werden [29]. Nach Angaben der Commission

for Case Manager Certification (CCMC) gibt es heute mehr als 48.000 zertifizierte Case-Manager*innen (Anstieg von 35 Prozent seit dem Jahr 2010) [30]. Von den zertifizierten Case-Manager*innen verfügen 98 Prozent auch über eine Spezialausbildung, 89 Prozent sind Registered Nurses, 29 Prozent haben einen höheren Abschluss, 26 Prozent bekleiden Führungs- oder Managementpositionen, und 67 Prozent sind seit mehr als einem Jahrzehnt als Fallmanager*innen tätig (s. Abb. 9) [30].

UMIT TIROL

Zertifizierte Case-Manager*in von heute

92 % geben an, die Pflegekoordination zu bewerten und zu messen

96 % Frauen

26% Bekleiden eine Management- oder Führungsposition

67% Seit mehr als 10 Jahren im Case-Management tätig

Professioneller Hintergrund

89% Registered Nurses

7% Sozialarbeiter*innen

6% Arbeitsunfallversicherung

32 % arbeiten in Versorgungseinrichtungen

86% verfügen über eine Fachausbildung

28% verfügen über einen höheren Abschluss



Abbildung 9: Der*die zertifizierte Case-Manager*in (eigene Darstellung) [30]

5.2.1. Nationale und internationale Definitionen

Case-Management bezeichnet eine bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“) zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Es erfolgt innerhalb einer Organisation und im regionalen Versorgungsgefüge. Case-Management stellt ein strukturiertes Verfahren dar und ist ein konzeptioneller Ansatz, der das regionale Versorgungsgefüge aktiv beeinflusst. Dabei können verschiedenste Berufsgruppen und Organisationen sektorenübergreifend beteiligt sein (**DGCC**). Aus Sicht einer „**handlungsformbezogenen Zuordnung**“ erfolgt ein **Case-Management** auf der Einzelfallebene hauptsächlich in Form von Beratung. Diese ist offen für unterschiedliche methodische und verfahrensbezogene Akzentsetzungen, z. B. in einem systemischen, ressourcenorientierten, stärkenorientierten, lösungsorientierten, motivationsfördernden Case-Management. Auf der Organisations- und Netzwerkebene ist Case-Management ein steuerungorientierter Handlungs-ansatz, der offen ist für unterschiedliche Sozial-management- und Netzwerkkonzepte, -methoden und -verfahren. Organisationen und Netzwerke sind dabei unterschiedliche soziale Gebilde mit ihren eigenen Konstitutionsbedingungen, die verschiedene Steuerungsformen zur Folge haben [24].

Gemäß der **ÖGCC** [25] zeichnet sich das Case-Management (CsM) vor allem dadurch aus, dass möglichst entlang des gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufs von Patient*innen oder Klient*innen und quer zu den Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Berufsgruppen ein maßgeschneidertes Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll (**s. Abb. 10**).

Um den prozessualen Anforderungen des CsM im Einzelfall entsprechen zu können, ist die Etablierung von Netzwerken zur Koordination

und Kooperation involvierter Stellen und unterschiedlicher Dienstleistungserbringer durch ein Care-Management (CrM) ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Damit verbunden ist die Bereitschaft zur Initiierung interner und organisationsübergreifender Organisationsentwicklungsprozesse.

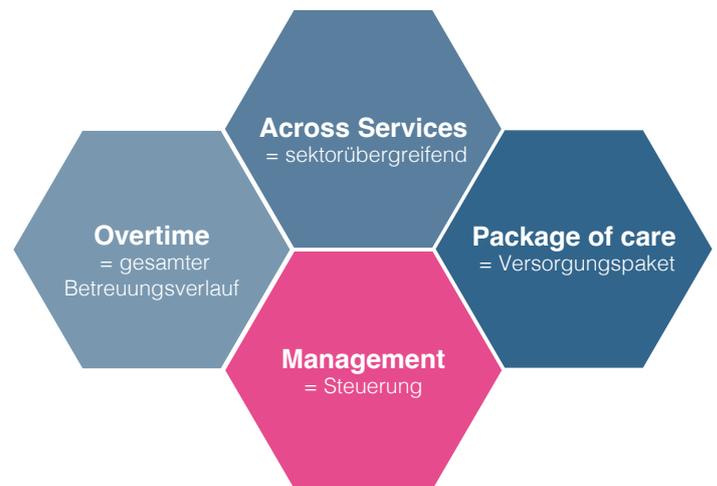


Abbildung 10: Merkmale des Case-Managements (eigene Darstellung) [19]



5.2.2. Zwei Case-Management-Modelle

Die DGCC [24] unterscheidet zwischen zwei Case-Management-Modellen, einem generellen und einem begleitenden Case-Management. Ein generelles Case-Management liegt vor, wenn mit der Regieleistung in der Feststellung des Bedarfs, der Formulierung von Zielen und Vereinbarung von Maßnahmen im Rahmen eines Serviceplans sowie der Koordination von Diensten keine eigenen Dienstleistungen gegenüber den Personen mit Unterstützungsbedarf übernommen werden.

Ein begleitendes Case-Management bezeichnet die gleichzeitige Übernahme von Case-Management-Aufgaben sowie funktions- und professionsbezogenen eigenen Dienstleistungen. Begleitendes Case-Management ist aufgrund der Rollen- und Funktionsverteilung sowohl mit Blick auf die Personen mit Unterstützungsbedarf als auch mit den Netzwerkpartner zu klären.

5.2.3. Der Fall im Case-Management

Mit dem Begriff „Fall“ ist im Case-Management nicht die einzelne Person gemeint, sondern die gesamte Problematik, die gemeinsam mit der betroffenen Person, ihrem sozialen Umfeld und unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsdienstleistern bearbeitet werden soll [24]. Gesteuert bzw. gemanagt werden dabei die Bearbeitung der Situation und die Problematik im Bezugsfeld der sozialen und räumlichen Umgebung, der beteiligten Organisationen und Professionen sowie der rechtlichen Rahmenbedingungen. (s. Abb. 11).

Case-Management nimmt dabei die Aufgabe wahr, fallbezogen einen Versorgungszusammenhang herzustellen und formelle Dienstleistungen untereinander sowie mit informeller Unterstützung aus dem Umfeld der betroffenen Person zu verknüpfen und zu zuordnen. Sowohl die Komplexität des Versorgungssystems als auch die Komplexität der Lebenssituation der Betroffenen machen diese Aufgabe notwendig. Zugleich erfüllen die effiziente Nutzung und Verknüpfung von formellen und informellen Ressourcen eine bedeutende ökonomische und somit systemorientierte Funktion. Schließlich sollen die aus dem Einzelfall gewonnenen Erkenntnisse in langfristige Angebotsentwicklungen und Prozessverbesserungen des Gesundheits- und Sozialwesens miteinfließen [31].

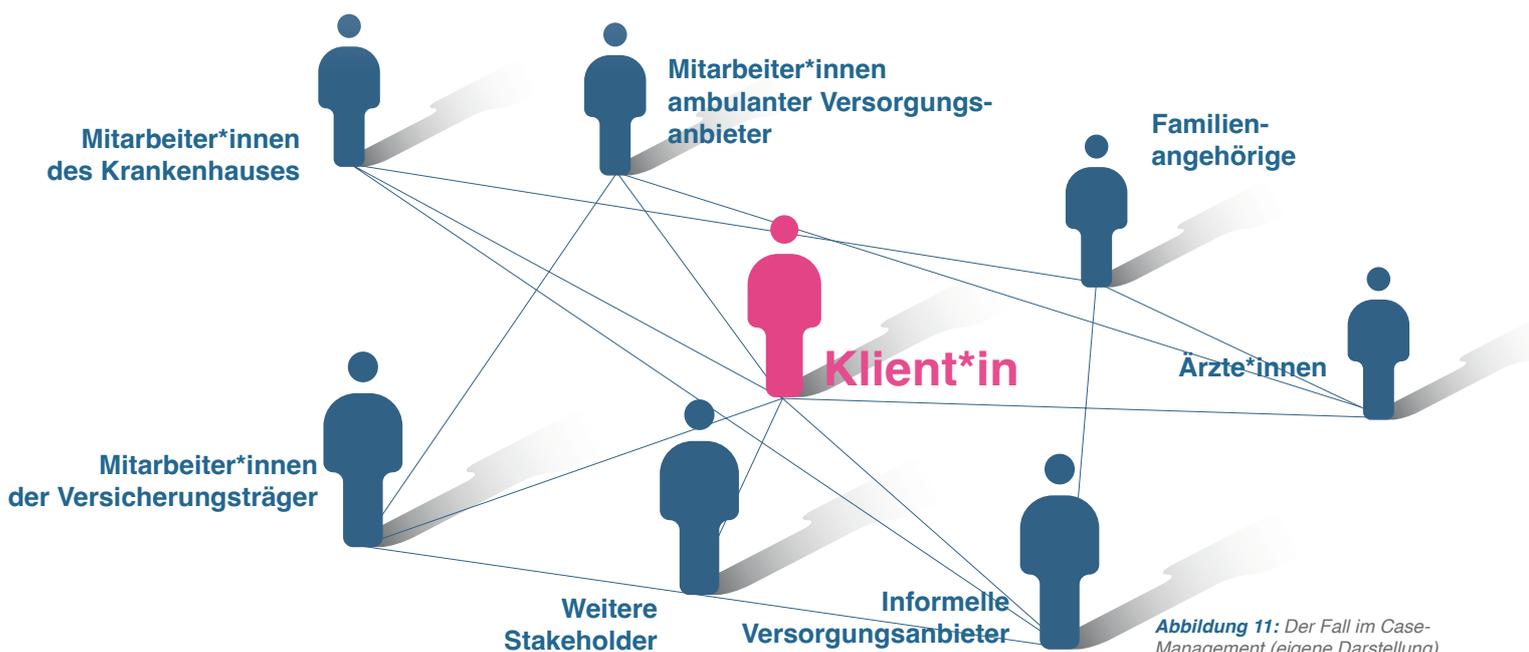


Abbildung 11: Der Fall im Case-Management (eigene Darstellung)

5.2.4. Der Case-Management-Prozess

Das **generelle Case-Management** folgt dem Verständnis, dass ein*e Case-Manager*in selbst keine unmittelbaren Pflege- und Betreuungsleistungen an Klient*innen erbringt. Die Aufgabe besteht vielmehr darin, eine komplexe Problemsituation zu analysieren, die notwendigen Maßnahmen zu organisieren, deren Umsetzung zu überwachen und abschließend die Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen zu evaluieren. Die Durchführung dieser Tätigkeiten erfolgt in Kooperation mit der betroffenen Person sowie allen Beteiligten anhand eines standardisierten Prozesses. Der sogenannte „Case-Management-Regelkreis“ oder „Case-Management-Prozess“ besteht aus mindestens fünf Phasen. Je nach Autor*innen werden die einzelnen Phasen stärker differenziert, weshalb in einigen Werken auch bis zu acht Phasen beschrieben werden. Die folgende Prozessdarstellung (*s. Abb. 12*) kann als Leitlinie herangezogen werden, welche basierend auf den „Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management“ der DGCC [32] entwickelt worden ist und daraus sich das Dokumentationssystem des CareManagementTirol prozessual abgeleitet hat.

5.2.4.1. Informations- und Beratungsgespräch

Information und Beratung zählen zu den kommunikativen Interventionsstrategien wie Aufklärung, Schulung und Anleitung mit dem Ziel, das Verhalten zu verändern.

Das Ziel der Information ist die Herbeiführung der Wissenserweiterung zum Zweck der Verbesserung individueller Handlungsvoraussetzungen. Dabei wird themenbezogenes Wissen erschlossen und weitergegeben. Hingegen werden bei der Beratung individuelle Handlungskompetenzen zur Problembewältigung gefördert und durch Bearbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten bei den Problemlösungsprozessen unterstützt. Dadurch kommt es im Gegensatz zur Information zu einer Kompetenzförderung [33]. Die Attraktivität der Beratung zeigt sich darin, dass sich mit Beratung Fragen klären, Orientierungen öffnen, Probleme lösen,

Ungewissheiten klären, Sicherheiten aufbauen, Pläne erarbeitet werden und Entscheidungen fallen. Beratung hat eine im Alltagsverständnis verwurzelte grundlegend unterstützende und helfende Funktion. Professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen ist heute immer weniger stigmatisierend, sondern eher Ausdruck realistisch-pragmatischer Selbsteinschätzung innerhalb oft überfordernder komplexer gesellschaftlicher und kultureller Verhältnisse [34].

Im Rahmen eines Case-Managements oder Care-Managements wird entweder personenbezogen oder organisationsbezogen beraten. „Bei Beratung im Case und Care Management handelt es sich generell um ein ‚counselling in care‘ – geboten wird eine Beratung darüber, was bei Sorgen und zur Versorgung an Rat gebraucht wird und was sich machen lässt.“ [35]

Als Zielgruppen sollten sich die niederschweligen Beratungen einerseits an Betroffene mit krankheitsbezogenen Problemen und ihren psychosozialen Auswirkungen richten, einschließlich etwaiger Vertreter*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Umgang mit Klient*innen in komplexen Pflege- und Betreuungssituationen.

Ziel und Zweck. Das Informations- und Beratungsgespräch dient der gezielten Weitergabe von Informationen und Kontakthinweisen, damit die betroffene Person anschließend selbst tätig werden kann (Selbstmanagement, Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung). In diesem Gespräch wird festgestellt, ob eine Weitervermittlung an das Case-Management notwendig ist oder nicht. Meldet sich der*die Klient*in direkt beim Case-Management, kann im Rahmen des Informations- und Beratungsgesprächs ein Clearing stattfinden (siehe Regelkreisphase 1 –Intake (*s. Abb. 12*) [36]).

Zielgruppe. Information und Beratung für Pflege und Betreuung sind für Menschen dann hilfreich, wenn sie oder deren Angehörige einen Bedarf an Betreuung und Pflege aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer plötzlich eintretenden Pflegebedürftigkeit haben.

Vorgehen. In der Anfangsphase der Beratung erfolgt eine umfassende Analyse der Ausgangssituation und eine gemeinsame Präzisierung des Beratungsbedarfs. Die vorrangige Aufgabe einer orientierenden

Beratung besteht darin, die betroffenen Personen an die passenden Beratungsorganisationen oder für Arbeitnehmer an die Rehabilitationsträger und andere relevante Akteure weiterzuvermitteln. Diese unterstützende Rolle wird oft als „Lotsenfunktion“ bezeichnet. Im Rahmen dieser Orientierungsfunktion werden Fragen zu rechtlichen, finanziellen, sozial-institutionellen sowie pflegerisch-gesundheitlichen Aspekten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung beantwortet. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht darauf, die gesamte Lebenssituation der pflegebedürftigen Person vollständig zu erfassen. Die beratende Person kann davon ausgehen, dass der Ratsuchende seine Situation eigenständig bewältigen kann oder keine weitere Hilfe benötigt bzw. wünscht. Sollte dies nicht der Fall sein, erfolgt eine Überweisung an das Case-Management.

Optimale Voraussetzungen für die Durchführung eines professionellen Informations- & Beratungsgesprächs sind:

- a) **Institutionalisierte Anlaufstelle bzw. Koordinationsstelle** für Pflege und Betreuung, um Vertrauen und Verbindlichkeit nach außen zu signalisieren
- b) **Telefonische und/oder persönliche Erreichbarkeit** zu definierten Zeiten (z. B. Sprechstunde)
- c) **Gewährleistung des Zugriffs** auf nötige Informationen bzw. Informationsmaterial
- d) **Telefonische oder (aufsuchende) persönliche Durchführung** der Information und Beratung

Dauer bzw. Umfang. In der Regel finden Informationen und Beratungen ein- bis zweimal statt. Die Häufigkeit richtet sich oftmals nach neuerlichen Fragen oder weiterem Informationsbedarf.

Ergebnis. Der*die Ratsuchende ist zielgerichtet, umfassend und ausreichend zu seiner Ausgangsfragestellung informiert. Der*die Ratsuchende sieht sich in der Lage, seine*ihre Angelegenheit eigenständig zu regeln --> **Abschluss.** Das eventuelle Vorhandensein einer komplexen Problemlage wurde erkannt, und es erfolgt eine Hinführung zum Case-Management --> **Clearing/Intake.**

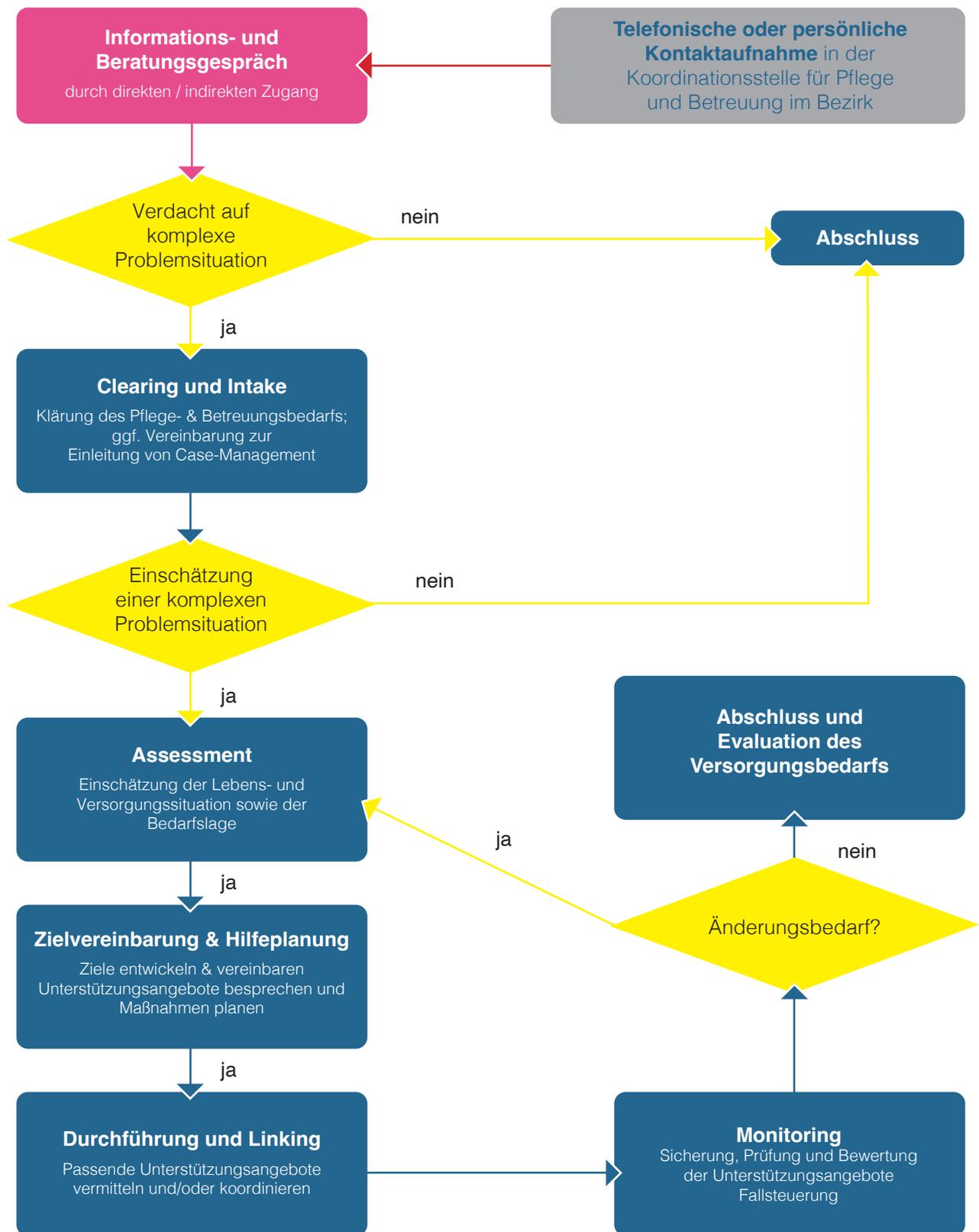


Abbildung 12: Prozessablauf von der Information bis zur Übernahme einer Fallbegleitung (eigene Darstellung)

5.2.4.2. Clearing- und Intake-Phase

Clearing wie auch Intake kommen aus dem Englischen und stehen für Klärung und Einlass. Diese Phase ist deshalb notwendig, da nicht alle Patient*innen ein Case-Management benötigen. Organisationen, die Case-Management anbieten, haben Kriterien, nach denen sie Patient*innen für ein Case-Management identifizieren. Daher ist es grundlegend eine Liste von Kriterien zu entwickeln, anhand derer Klient*innen mit Case-Management Bedarf sicher auszuwählen sind [37].

Ziel und Zweck. Dieser frühzeitigen (rechtzeitigen) Filterfunktion kommt entscheidende Bedeutung zu. In der Praxis wird diese Aufgabe von erfahrenen und ausgebildeten Case-Manager*innen übernommen. Ein gut funktionierendes Clearingverfahren kann bestehende Strukturen im Sozialraum und bei Pflege- und Betreuungsanbieter zusammenführen und eine Vernetzung aller relevanten Akteur*innen ermöglichen. Durch diese Ressourcen, die in dem Clearingverfahren gebündelt werden, entstehen so neue Helfernetzwerke, die eine umfassende und nachhaltige Unterstützungsmaßnahme ermöglichen [24].

Vorgehen. In dieser Klärungsphase werden drei Schritte befolgt: die Kontaktaufnahme, die Klärung der Angemessenheit und ggf. die Vereinbarung, ein Case-Management einzuleiten. **Die Kontaktaufnahme** zum Case-Management erfolgt entweder direkt durch die ratsuchende Person oder durch indirekten Kontakt, der durch die Systempartner hergestellt wird.

Das Clearing (Klärung der Angemessenheit) mit Triageparametern beschreibt jene Zielerreichungsprozesse, bei denen der Handlungsansatz Case-Management eingesetzt werden kann (soll/muss). Entsprechende Kriterien helfen dabei, die Notwendigkeit für ein Case-Management zu identifizieren, die eine entsprechende Zielgruppe aufgrund definierter Kriterien (= Intake-Kriterien) charakterisiert [24]. In **Abbildung 13** sind gemäß der DGCC [24] folgende Kriterien definiert, die die Notwendigkeit einer Einleitung eines Case-Managements unterstreichen.

Abbildung 13: Kriterien zur Charakterisierung eines Falles für das Care-Management (eigene Darstellung) [24]



In der Intake-Phase wird die Vereinbarung eines Case-Managements eingeleitet. Dabei werden die Rahmenbedingungen besprochen. Es kommt zu einer Vereinbarung oder zu einem Vertrag (Kontrakt), der auch schriftlich erfolgen kann [37].

Dauer bzw. Umfang. Die Klärungsphase wird zu Beginn einmalig durchgeführt und kann je nach Situation und Einbeziehung von Fachkräften entweder wenige Minuten oder entsprechend länger dauern. Anhand der angeführten Kriterien, die stets jeweils die Organisation vorgibt, wird entschieden, ob eine Aufnahme ins Case-Management erforderlich ist oder nicht.

Ergebnis. Die Ablehnung oder die Aufnahme des*der Klient*in in den Case-Management-Prozess ist ggf. das Ergebnis. Im nächsten Schritt wird das Assessment durchgeführt. Wird kein Case-Management benötigt, werden entsprechend der Problemlage angemessene Versorgungsanbieter*innen vermittelt bzw. wird bei Bedarf ein weiteres Informations- und Beratungsgespräch geführt. In der **Tabelle 1** sind weitere literaturbasierende Intake-Kriterien dargestellt.

Tabelle 1: Intake-Kriterien für die Inanspruchnahme eines Case-Managements

Ergebnisse der Bedarfsanalyse zum Case- und CareManagement Tirol [38]	Intakte-Kriterien für ein Case-Management [36]	Intake-Kriterien für ein Case-Management [36]
<p>Kriterium 1: Keine adäquate PflegegeldEinstufung an aktuelle Bedingungen</p> <p>Kriterium 2: Mangelnde Compliance der Klient*innen</p> <p>Kriterium 3: Chronische Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium vor allem bei psychisch und neurologisch Erkrankten, Sucht- und Palliativpatient*innen</p> <p>Kriterium 4: Geringe Zuständigkeit bei verschiedenen Versorgungsanbietern</p> <p>Kriterium 5: Keine ausreichende Hausarztversorgung</p> <p>Kriterium 6: Mangelnde Angehörigenunterstützung oder fordernde Angehörige</p>	<p>Kriterium 1: Mehrdimensionale und komplexe Problemlage des*der Klient*in, wie z. B. gleichzeitig bestehende materielle, physische und psychische Probleme sowie soziale Benachteiligung</p> <p>Kriterium 2: Wenig bzw. nicht genutzte Ressourcen im Klient*innensystem und in seinem*ihrer informellen Umfeld</p> <p>Kriterium 3: Schwierigkeiten des*der Klient*in bei der Inanspruchnahme oder Auswahl von Angeboten des Sozial- und Gesundheitswesens</p> <p>Kriterium 4: Hohe Akteur*innendichte bei der (geplanten) Bearbeitung dieser Problemlagen</p> <p>Kriterium 5: Regelangebote des Sozial- und Gesundheitswesens greifen nicht bzw. sind nicht aufeinander abgestimmt</p>	<p>Wohnort (im Einzugsgebiet des Pflegestützpunkts (mobiler Dienst oder Gemeinde oder Bezirk)</p> <p>Alter (über 65)</p> <p>Familienstand (alleinlebend)</p> <p>Körperliche Situation (Krankheit, Schwäche, Gewicht)</p> <p>Psychische Situation (Orientiertheit, Antrieb, Verhalten)</p> <p>Fähigkeit zur Selbstsorge (Ernährung, Medikamenteneinnahme, Körperpflege, Kleidung)</p> <p>Soziale Situation (ist für mind. eine weitere Person verantwortlich)</p> <p>Hauswirtschaftliche Aufgaben (Einkaufen, Mahlzeiten, Reinigung)</p> <p>Finanzielle Situation (Einkommen, Schulden)</p> <p>Anzahl der benötigten Dienstleistungen (zwei und mehr)</p> <p>Bestimmte Erkrankungen (Schlaganfall, Herzinfarkt, Demenz, Depression)</p>

5.2.4.3. **Assessment**

Ziel und Zweck. Hierbei erfolgen eine umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des*der Klient*in, die die Grundlage für eine bedarfsorientierte und qualitätsvolle Versorgungsplanung schafft.

Vorgehen. Dieses ist gegliedert in eine Informationserhebung und -bewertung. Informationen werden mittels verschiedener Instrumente zum körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Status der betroffenen Person erhoben (mehrdimensionale Erhebung). In einer ausführlichen Befragung werden die Defizite in der Selbstversorgung, individuelle Bedürfnisse und vorhandene formelle und informelle Ressourcen dokumentiert. Die betroffene Person und ihre Angehörigen zählen als wichtigste Informationsquellen, weshalb eine klient*innenorientierte Gesprächsführung und aktives Zuhören wesentlich sind. Zusätzlich werden auch Einschätzungen bereits involvierter Dienstleister erhoben. Ein*e Case-Manager*in hat die Aufgabe, einen Konsens zur Bearbeitung des Falles zwischen allen Beteiligten herzustellen. Dabei erfolgt eine Informationsbewertung, in welcher eine integrierte Gegenüberstellung der von fachlich-professioneller Seite feststellbaren Ressourcen und Probleme sowie der subjektiven Einschätzung der Bedürfnisse hinsichtlich der Versorgungs- und Lebenssituation durchgeführt wird. Die Ergebnisse des Assessments können anhand von Dokumentationsbögen, sozialwissenschaftlicher Techniken (z. B. Geno-, Sozio- und Ökogramm oder Netzwerkanalyse) oder einer geeigneten Software erstellt und entsprechend bewertet werden [37].

Dauer bzw. Umfang. Der zeitliche Aufwand für die Organisation, Durchführung und Auswertung des Assessments hängt von der Komplexität der individuellen Problemsituation der betroffenen Person ab. Dies wird in der Regel einmal zu Beginn durchgeführt und wird bei Bekanntwerden von weiteren Informationen bzw. Änderung der Situation entsprechend ergänzt.

Ergebnis. Am Ende sollten eine umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation sowie der Bedarfslage vorliegen, welche zum Informationsaustausch in einem interprofessionellen Team herangezogen werden können.

5.2.4.4. **Zielvereinbarung und Hilfeplanung**

Ziel und Zweck. Aus den einzelnen Ergebnissen des Assessments gilt es, in dieser Phase den komplexen Pflege- und Betreuungsaufwand abzudecken (= multiprofessionelle Versorgungsplanung). Unter Einbezug der betroffenen Person und deren Umfeld werden ein Ziel- und Hilfeplan festgelegt, um den Prozess effektiv und effizient zu steuern und die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Entsprechende Zielformulierungen bilden die Grundlage für die spätere Evaluation und ermöglichen die Einschätzung darüber, ob und in welchem Umfang die erwünschte Wirkung eingetreten ist.

Vorgehen. In der „Planungsphase“ wird aufbauend auf dem Assessment ein Versorgungsplan erstellt. Der Plan berücksichtigt neben pflegerisch-medizinischen Bedürfnissen weitere Faktoren (z. B. sozial, finanziell, rechtlich), die zu einer bedarfsgerechten Versorgung der betroffenen Person beitragen. Zunächst werden mit der zu betreuenden Person Ziele vereinbart und die passenden Maßnahmen zur Erfüllung dieser Ziele festgelegt. Sämtliche Maßnahmen und Ziele sollten auf die Lebenswelt der betroffenen Person und deren Angehörige ausgerichtet werden. Zudem sind Maßnahmen so zu planen, dass sie zur Selbstbefähigung des*der Klient*in beitragen. Zum Zweck der Zielüberprüfung und um Verbindlichkeiten zwischen allen Beteiligten herzustellen, werden schließlich Verantwortlichkeiten und Indikatoren zur Erfolgsmessung vereinbart und dokumentiert. Ein Hilfeplan enthält eine präzise Benennung von sechs Zielen [32] (s. Abb. 14)

1	Benennung von Zielen , die an den festgelegten Bedarf aus dem Assessment anknüpfen. (Festlegen eines Wirkungszieles, welchem mehrere Handlungsziele zugeordnet sind (SMART-Ziele))
2	Benennung der den Handlungszielen zugeordneten Maßnahmen
3	Benennung der den Maßnahmen zugeordneten Durchführenden (andere Dienste, Klient*in, Angehörige, etc.)
4	Benennung der den Maßnahmen zugeordneten Verantwortlichkeiten
5	Benennung der zeitlichen Planung , die die Reihenfolge und Stellung der Maßnahmen zueinander bestimmt
6	Benennung der Kosten und Kostenträger , sofern dies möglich und notwendig ist

*Abbildung 14: Sechs Ziele eines Hilfeplans
(eigen Darstellung in Anlehnung an
DGCC [24])*

Dauer bzw. Umfang. Die Zielvereinbarung und Hilfeplanung können im Rahmen eines Gespräches abgeschlossen werden oder sich über mehrere Recherchen und Gespräche hinweg ziehen. Dieser Prozess kann häufiger wiederholt werden, gerade wenn sich die Situation ändert.

Ergebnis. Die Planung hält Ziele in Bezug auf unterschiedliche Ebenen, Maßnahmen, Durchführende, Verantwortliche, Zeitplan sowie ggf. Kosten und Kostenträger verbindlich fest und steuert somit den Prozess effektiv und effizient, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Für den Einzelfall notwendige, aber in der Region fehlende Angebote sind an die zuständige Person im Care-Management weiterzuleiten.



5.2.4.5. Durchführung und Linking

Mit der Durchführung wird in der Regel die Umsetzung bzw. die Implementierung des vereinbarten Hilfeplans verstanden. Nach der Anfertigung eines Hilfeplans ist der nächste Schritt dessen Implementierung. Das bedeutet für den*die Case-Manager*in das Knüpfen von Verbindungen (Linking) zwischen und mit allen Personen und/oder Instanzen, die am Hilfeplan beteiligt sind [39].

Ziel und Zweck. In dieser Phase werden Maßnahmen eingeleitet und passende Unterstützungsangebote vermittelt. Ziel ist es, dass die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt sind und alle beteiligten Akteur*innen adressatenorientiert und optimal aufeinander abgestimmt agieren, sodass eine effektive und effiziente Einzelfallversorgung sichergestellt ist. Dazu werden eine funktionierende Kommunikation, eine enge Zusammenarbeit und Verbindlichkeiten zwischen den einzelnen Akteur*innen benötigt.

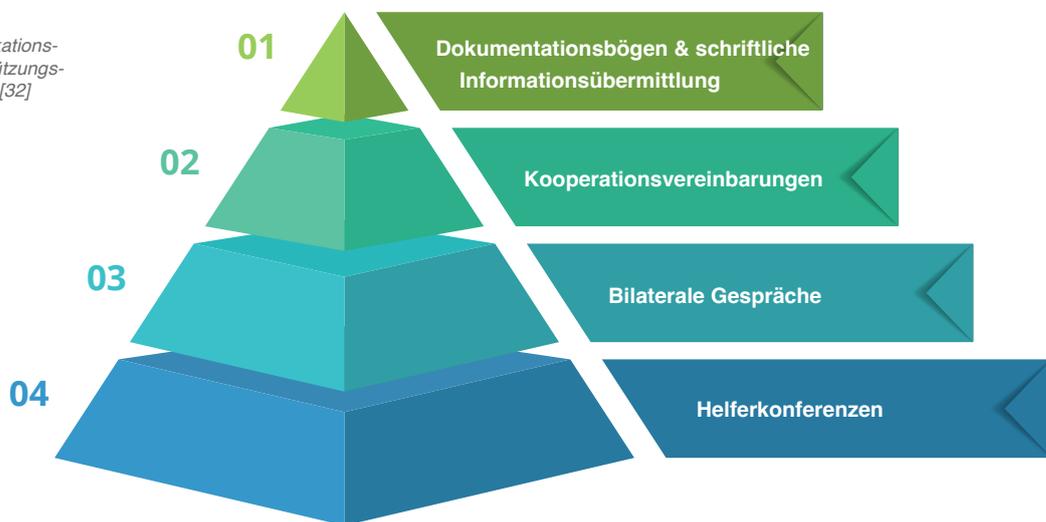
Vorgehen. Der*die Case-Manager*in stellt den Kontakt zu den einzelnen Dienstleister her und übernimmt die Koordination sämtlicher Maßnahmen und aller Beteiligten. Case-Manager*innen müssen in dieser Phase eine anwaltschaftliche Haltung einnehmen und die betroffene Person bei der Durchsetzung ihrer Interessen unterstützen. Konflikte sollten durch ein*en Case-Manager*in mit großer Sensibilität gehandhabt werden, um bestehende Beziehungen nicht zu gefährden. Ein kontinuierlicher fallspezifischer

Austausch (z. B. Helferkonferenzen) ist etabliert. Bei selbstständiger Umsetzung von geplanten Maßnahmen steht das Case-Management beratend zur Seite. Bei beobachtbaren oder diagnostizierten Veränderungen der Lebenssituation oder des Gesundheitszustandes wird ein Re-Assessment durchgeführt. Die Resultate sind in der Hilfeplanung zu integrieren. Für eine verbindliche Umsetzung von Maßnahmen mit unterschiedlichen Versorgungsanbieter helfen unterschiedliche Kommunikationswege [32] (s. Abb. 15).

Dauer bzw. Umfang. Die Dauer hängt von der Verfügbarkeit geeigneter Angebote, den notwendigen Anpassungsaktivitäten, der Kooperationsbereitschaft der Anbieter und den Fähigkeiten der betroffenen Person zur Nutzung der Dienste, der Bearbeitungszeit bei Anträgen etc. ab.

Ergebnis. Entsprechend des vereinbarten Unterstützungsplans sind die Maßnahmen eingeleitet und die Angebote koordiniert. Alle beteiligten Akteur*innen haben zur Zufriedenheit des*der Klient*in sowie so weit wie möglich effektiv und effizient aufeinander abgestimmt agiert. Der Verlauf ist in der Klient*innendokumentation festgehalten. Resultierende sozialplanerische Anregungen (z. B. fehlende Angebote) sind an die entsprechende Care-Management-Stelle weitergeleitet.

Abbildung 15: Diverse Kommunikationswege zur Umsetzung von Unterstützungsmaßnahmen (eigene Darstellung) [32]



5.2.4.6. **Monitoring**

Ziel und Zweck. Mit einem engmaschigen Monitoring durch kontinuierliche, routinemäßige Beobachtung der Unterstützungsangebote sowie der Fallsteuerung können Veränderungen frühzeitig erkannt und diesen gegebenenfalls entgegengewirkt werden.

Vorgehen. Es sollte während und in Folge von spezifischen Interventionen stattfinden. Im Gegensatz zur Evaluation findet beim Monitoring eine kontinuierliche Analyse von Informationen statt, die Hinweise darauf geben, ob der Case-Management-Prozess so abläuft, wie es ursprünglich geplant war. Auf dieser Grundlage kann die Versorgungsplanung je nach Bedarf angepasst und Prozesse können optimiert werden. Dazu ist einerseits ein zuverlässiger Kontakt zur betroffenen Person und andererseits ein vereinbarter Informationsaustausch mit den Anbieter wichtig. Die Unterstützungen können nach folgenden Kriterien bewertet werden: Engagement, Angemessenheit, Qualität und Ergebnis. Die Schlussfolgerungen können zu Korrekturen, Anpassungen und ggf. zu einer neuerlichen Einschätzung der Situation (Re-Assessment) mit anschließender Anpassung der Zielvereinbarungen und des Hilfeplans führen. Um einen Fall abschließen zu können, müssen die betroffene Person oder die Angehörigen in die Lage versetzt werden, die Unterstützungen selbst zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Es wird das Angebot gemacht, sich im Bedarfsfall erneut an das Case-Management zu wenden.

Zeit bzw. Umfang. Die Frequenz hängt von der Ausprägung der individuellen Fallsituation ab.

Ergebnis. Das Ergebnis zeigt sich dann, wenn die Zielerreichung und Maßnahmendurchführung in Anbetracht des Anspruchs einer effektiven und effizienten Leistungserbringung als angemessen oder anzupassend zu bewerten sind. Jegliche Abweichungen von den getroffenen Zielen, Vereinbarungen etc. werden dokumentiert. Bei Bedarf sind Einzelabsprachen neu zu führen sowie eine neuerliche Einschätzung der aktuellen Situation und/oder Anpassungen bei der Zielvereinbarung und Hilfeplanung in Teilen oder zur Gänze durchzuführen.

5.2.4.7. **Evaluation**

Ziel und Zweck. Die Evaluation stellt einen „Prozess dar, mit dem Ziel, möglichst objektiv den Zielerreichungsgrad sowie weitere mögliche Auswirkungen einer Aktivität anzugeben. Häufig wird unterschieden zwischen der Evaluation einer Struktur, des Ablaufs und des Ergebnisses.“ [39]. Das Ziel dabei ist, eine umfassende abschließende Bewertung und einen definierten Abschluss zu verfassen. Ziele der Bewertung finden sich in der Qualitätssicherung, Rechenschaftslegung und einer Außendarstellung. Hingegen dient der Abschluss der gegenseitigen Entpflichtung und Entlassung aus dem Case-Management-Angebot.

Vorgehen. In der abschließenden Phase des Case-Management-Prozesses, der „Evaluation“, wird rückblickend der Gesamtverlauf des Case-Managements bewertet. Zugleich ist die Evaluation mit der Entlassung der betreuten Person aus dem Case-Management verbunden. Durch die Anwendung unterschiedlichster Instrumente und Methoden (z. B. Fragebogen, Veränderungsmatrix, Abschlussgespräch) prüft ein*e Case-Manager*in, ob die gesetzten Maßnahmen erfolgreich waren und die geplanten Ziele erreicht wurden. Zudem wird die Zufriedenheit aller Beteiligten insbesondere in Bezug auf die Zusammenarbeit ausgewertet. In der Evaluationsphase sollen zwecks Systemverbesserungen vorhandene Angebote und Prozesse beurteilt, erfolgreiche und auch unzureichende Lösungen identifiziert werden. Auf der Handlungsebene des Case-Managements kann die Evaluation Auskunft über eine notwendige Optimierung von internen Organisationsprozessen, die Aufnahmekriterien und die individuelle Fallbetreuung geben.

Gegenstand einer Evaluation könnte beispielsweise sein [39]:

- Evaluation der Patient*innenzufriedenheit (einschließlich Symptommanagement)
- Evaluation der Angehörigenzufriedenheit
- Evaluation der Prozesse, Leistungserbringung, Versorgungsplanung

- Evaluation der Zusammenarbeit im Versorgungsteam
- Evaluation der Kommunikationssysteme: Aufbau, Verlauf, Ergebnisse
- Evaluation der sozialen Netze
Evaluation von Entwicklung und Veränderung

Dauer bzw. Umfang der Evaluation hängen von den zeitlichen Erfordernissen ab und werden in der Regel einmal am Ende des Case-Managements bewertet.

Ergebnis. Diese abschließende Bewertung des Case-Management-Prozesses beinhaltet die Prüfung und zusammenfassende Beurteilung der Ergebnisse der im Verlauf des Case-Managements erbrachten Leistungen. Dies erfolgt anhand der festgelegten Kriterien der Zielvereinbarung und Hilfeplanung sowie der im Verlauf beobachteten Veränderungen im Unterstützungsbedarf des*der Klient*in. Die abschließende Bewertung besteht aus

einer den gesamten Leistungsprozess reflektierenden Zusammenfassung, dem Festhalten der erreichten Zielsetzungen und -zustände bzw. ggf. der Analyse der Bedingungen, die eine positive Zielerreichung verhinderten. Es erfolgt eine Beendigung des Case-Managements in Absprache mit den beteiligten Personen. Die Möglichkeit eines Kontakts für eventuelle Fragen oder Krisen wird angeboten. Eine weiterführende präventive Kontaktaufnahme wird vereinbart.

CASE MANAGEMENT

5.2.5. Aufgaben des Case-Managements

Treffen komplizierte Angebotsstrukturen auf komplexe Problemlagen, ist eine hierauf spezialisierte Unterstützung notwendig. Case-Management versucht, diese Aufgabe nicht nur dadurch zu lösen, indem es nur im Einzelfall tätig wird. Vielmehr sollen durch eine gekoppelte Fall- und Angebotssteuerung Lösungen geschaffen werden, die langfristig zu einer besseren Unterstützungsorganisation führen. Damit dies gelingen kann, beginnt das Case-Management in der direkten personenbezogenen Arbeit mit der Entscheidung über das Engagement in einem Fall und endet nach Vereinbarung mit der abschließenden Feststellung des Erfolgs der gemeinsamen Bemühungen. Case-Manager*innen übernehmen in diesem Prozess folgende Funktionen [39].

1. Selektierende Funktion eines Türöffners & Lotsen (**Gatekeeper**) im Netz der Versorgung, der zwischen Leistungsnehmer, Leistungsträger*innen und Leistungserbringer eine Versorgung angemessen in die Wege leitet. Der*die **Gatekeeper*in** versteht sich als Steuerfrau*mann für den Anspruch der angebotenen medizinischen oder sozialen Leistungen jedes*jeder Patient*in [39].

Prüft Zugangsvoraussetzungen

Prüft Zugangsberechtigung des*r Betroffenen

Fragt nach Wirtschaftlichkeit

Prüft Effektivität und Effizienz

2. Vermittelnde Funktion eines*einer Maklers*in (**Broker*in**) von Diensten und Angeboten. Er*Sie zieht in der Komplexität und Unübersichtlichkeit von Versorgungsstrukturen und Leistungsmöglichkeiten Angebote heran, erschließt diese und schneidet sie für eine Person und ihre Situation passend zu [39].

Erschließen des Zugangs (Access)

Entfaltung von Unterstützungsmöglichkeiten

Vermittlung von Diensten (individuell, passgenau)

Aushandlung des Unterstützungsarrangements

3. Unterstützende Funktion (Supporter) in der Begleitung von Nutzer*innen durch das Versorgungssystem und bei ihrer Stärkung, selbst in ihrem Bewältigungsverhalten (Coping behaviour) und ihrer eigenen Lebensführung zurechtzukommen [39].

Soziale Unterstützung

Mittel und Wege zur Selbständigkeit erarbeiten

Ressourcen finden

Hilfe bei der Entwicklung von Lebensstrategien

4. Anwaltliche Funktion (advocacy) eines*r Interessensverters*in. Als Interessenvertreter*in vertritt er*sie die Interessen eines*einer Klient*in im Versorgungssystem, die nötigen Dienstleistungen für Nutzer*innen werden verfügbar gemacht, und es wird dafür gesorgt, dass dem Bedarf entsprochen und die Qualität der Versorgung gesichert werden [39].

Wahren der Interessen des*r Patient*in als Kunde

Umfassende Information über seine/ihre Rechte und Ansprüche auf bedarfsgerechte Dienstleistungen

5.2.6. Wann ist **Case-Management** ein **Case-Management**?

Auch die ÖGCC hat sich mit diesem Thema auseinandergesetzt und auf ihrer Homepage das Grundlagenpapier veröffentlicht, in welchem die Kriterien aufgelistet sind, die zutreffen müssen, um von Case-Management sprechen zu können. Demnach sind es folgende acht Kriterien (s. **Abb. 16**) [7]:



Abbildung 16: Kriterien für ein Case-Management (eigene Darstellung)

5.2.7. Voraussetzungen für die Implementierung von **Care- und Case-Management im gemeindenahen Setting**

Eine nahtlose Umsetzung des Case-Managements zur Unterscheidung einer (medizinischen) Hauskrankenpflege in die Praxis erweist sich als schwierig. Fragen wie „Wo genau fängt Case Management an? Wer koordiniert die Akteur*innen? Wie gestalten Organisationen den Auswahlprozess? Wie kommen die Klient*innen und Patient*innen ins Case-Management? Warum sollten ‚Fälle‘ ausgeschlossen werden?“ lassen sich schwer beantworten, wenn vonseiten des Systems und der Organisation keine systemischen und organisatorischen Vorgaben, wie aus **Abbildung 17** zu entnehmen ist, umgesetzt werden [28, 29].



Abbildung 17: Strukturelle Ebenen eines Case- und Care-Managements (eigene Darstellung [40])

Auf der Ebene der Infrastruktur erfolgt der Aufbau einer Netzwerkstruktur durch das Care-Management. Auf der Ebene der Organisation wird die Qualität von Case-Management (Qualitätsmanagement, Workflow, Standards, Evaluation) reflektiert, und auf der Ebene des Falles erfolgt die Umsetzung der Unterstützungsplanung nach den Schritten eines Qualitätskreislaufes (Case-Management-Regelkreis) (s. Abb. 17). Mit diesem Ansatz wird der Mehrebenenansatz des Case- und Care-Managements unterstrichen. Auf der **Fallebene** kann eine diplomierte Pflegeperson oder ein*e Sozialarbeiter*in fachlich den Bedarf der Personen für eine professionelle Unterstützung verifizieren, welcher sich im Sozial- und Gesundheitswesen orientiert. Auf der **Organisationsebene** wird eine fallorientierte Gestaltung von Strukturen und Abläufen in den Organisationen vorausgesetzt. Dadurch können in der prozessorientierten Unterstützung und Problembearbeitung unterschiedliche Professionen, Dienste und informelle Hilfen im regionalen Versorgungsgefüge (**Infrastrukturebene**) einbezogen und diese bedarfsorientiert aufeinander abgestimmt werden. Voraussetzungen werden dabei von Seiten

des Care-Managements geschaffen, um den entsprechenden Aufbau einer Netzwerkstruktur zu leisten [24].

Mit der Schaffung von Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung wurden im jeweiligen Bezirk Care-Manager*innen eingesetzt, um primär Netzwerkstrukturen aufzubauen und Organisationen in der Umsetzung des Case-Managements auf der Organisations- und Betroffenenenebene zu unterstützen. Im Sinne einer Personalentwicklungsstrategie für mobile Dienste ermöglichte das Land Tirol eine Finanzierungsübernahme von Weiterbildungskosten im Bereich sozial-pflegerisches Case-Management für eine definierte Anzahl an diplomierten Pflegepersonen (n=40) aus der mobilen Pflege. Damit sollte sich das Konzept Case-Management in den mobilen Diensten etablieren und es sollten Pflege- und Betreuungsabläufe für Klient*innen in komplexen sozial-pflegerischen Problemsituationen verbessert werden.

6.	Konzeptionelle Grundlagen des Care-Management-Modells Tirol	38
6.1.	Mobile Pflege und Betreuung zur gemeindenahen Versorgung	39
6.1.1.	<i>Ambulantisierung</i>	39
6.1.2.	<i>Mobile Dienste in Tirol</i>	40
6.1.3.	<i>Case-Management in der mobilen Pflege</i>	42
6.1.4.	<i>Pflegeprozess versus Case-Management-Prozess</i>	43
6.1.5.	<i>Differenzierung der Zielgruppe der (medizinischen) Hauskrankenpflege versus gemeindenahes Case-Management</i>	45
6.2.	Bio-psycho-soziales Menschenbild	46
6.2.1.	<i>Funktionale Gesundheit</i>	46
6.2.2.	<i>ICF-Klassifikation und Care- und Case-Management</i>	48
6.2.3.	<i>Exkurs in die Praxis</i>	48
6.3.	Schnittstellen als Herausforderungen im Pflege- und Gesundheitssystem	50
6.3.1.	<i>Schnittstellen und Schnittstellenmanagement</i>	51
6.3.2.	<i>Nahtstellenmanagement</i>	53
6.3.3.	<i>Nahtstellenmanagement im Krankenhaus</i>	53
6.3.4.	<i>Drehtüreffekt</i>	54
6.3.5.	<i>Exkurs in die Praxis – Schnittstellen des Fallbeispiels von Herrn W.</i>	55
6.4.	Vernetzung als Lösungsansatz in der Schnittstellenfrage	56
6.4.1.	<i>Vernetzung als Aufgabe des Care-Managements</i>	57
6.4.2.	<i>Koordination und Kooperation</i>	58
6.4.3.	<i>Herausforderungen für den Aufbau von Kooperationen</i>	60
6.4.4.	<i>Netzwerktypen</i>	61
6.4.5.	<i>Aufbau von Netzwerkstrukturen</i>	62
6.4.6.	<i>Systemorientierte versus fallbezogene Netzwerkarbeit</i>	67
6.4.7.	<i>Exkurs in die Praxis – populationsbasierende Netzwerkarbeit durch eine*n Care-Manager*in</i>	68
6.4.8.	<i>Exkurs in die Praxis – personenbezogene Netzwerkarbeit durch ein*e Case-Manager*in</i>	70
6.5.	Integrierte Versorgung als Konzept der Vernetzung	72
6.5.1.	<i>Integrierte Versorgung</i>	72
6.5.2.	<i>Integriertes Leistungsmanagement</i>	73
6.5.3.	<i>Modelle der integrierten Versorgung</i>	75
6.5.4.	<i>Perspektiven für die Gestaltung der integrierten Versorgung</i>	76
6.5.5.	<i>Zielgruppe</i>	76

6. Konzeptionelle Grundlagen des Care-Management-Modells Tirol

Care-Management befindet sich in seinem Wirkungskreis auf der Systemebene und ist somit vom individuellen Ansatz der integrierten Versorgung vom **Case-Management** zu unterscheiden. Das **Case-Management** integriert das fallbezogene Handeln und die sozialraum- bzw. gemeinwesenbezogene Praxis [35]. In ihrer Umsetzung werden die gegenseitigen Abhängigkeiten sichtbar, folglich sind die beiden Konzepte aus der Versorgungslandschaft für Gesundheit und Pflege heute nicht mehr wegzudenken. Die theoretischen Grundlagen zur Untermauerung einer theoriebasierten Einbettung des Tiroler Modells werden in den folgenden Kapiteln einer Beschreibung mit Bezug zur Praxis und zur Tiroler Situation unterzogen (s. Abb. 18).

Das erste Kapitel startet mit der Ambulantisierung, die der Verortung des Tiroler Modells für Care- und Case-Management im **ambulanten/mobilen Versorgungsbereich** und seinen konzeptionellen Grundlagen in der ambulanten Pflege und Betreuung geschuldet ist (Kapitel 6.1). Im Mittelpunkt einer komplexen Planung und Steuerung steht das **bio-psycho-soziale** Menschenbild (Kapitel 6.2).



Abbildung 18: Übersicht zur theoretischen Einbettung von Care- und Case-Management (eigene Darstellung)

Zur Aufrechterhaltung einer bedarfsangemessenen bio-psycho-sozialen Pflege und Betreuung von Menschen hat das Modell sich den Herausforderungen zahlreicher **Schnittstellen im Sozial- und Gesundheitswesen** zu stellen (Kapitel 6.3). Als Lösungsansatz in der Schnittstellenfrage wird die **Vernetzung** (Kapitel 6.4) gesehen, welche die zahlreichen Versicherungsträger und Leistungserbringer professionell in einem Netzwerk koordiniert und zur Kooperation motiviert. Die Herausforderung zeigt sich darin, dass zahlreiche Schnittstellen durch Fragmentierung ihrer Leistungen und ihrer Zuständigkeiten zwischen der ambulanten und stationären Versorgung geprägt sind. Die integrierte Versorgung mit ihren Versorgungsansätzen – dem Case- und Care-Management – versucht, konzeptionell auf unterschiedlichen Ebenen die Vernetzung in das bestehende Gesundheits- und Pflegesystem zu integrieren (Kapitel 6.5).

6.1. *Mobile Pflege und Betreuung zur gemeindenahen Versorgung*

Durch den **stationären bzw. intramuralen Bereich** (intramural = innerhalb der Mauern) und dem niedergelassenen, ambulanten bzw. extramuralen Bereich (extramural = außerhalb der Mauern) teilt sich der Gesundheits- und Sozialbereich in Österreich grob in zwei Arten der Versorgung. Der Schwerpunkt in diesem Kapitel liegt auf dem ambulanten Sektor, welcher im Folgenden in Zusammenhang mit der mobilen Pflege und der Sozialraumorientierung näher erläutert wird. Auf dieser Grundlage wird ein Verständnis für das Case- und Care-Management generiert, indem der soziale Raum als Umfeld für die ambulante Pflege und Betreuung sowie des Falls im Sinne des Case-Managements oder des Netzes im Sinne des Care-Managements gesehen wird.



6.1.1. *Ambulantisierung*

Die individuellen und häuslichen Bedürfnisse der Menschen im Allgemeinen stellen kein neues soziales Phänomen dar. Sie finden sich im Versorgungsgrundsatz ambulant vor stationär, welcher von Politik und Expert*innen vor mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnten geprägt wurde [41].

Ambulantisierung steht für „[...] den Prozess der Auslagerung sozialer und gesundheitlicher Versorgungsleistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor und generell für die Akzentverschiebung in Richtung auf eine prioritär ambulante Versorgung.“ [41]

Im besonderen Maße wird hierbei der ambulanten pflegerischen Versorgung durch die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus zunehmender Stellenwert eingeräumt [42]. Dadurch werden insbesondere für hilfs- und betreuungsbedürftige Menschen Möglichkeiten geschaffen, Hilfe anzunehmen, ohne

dabei auf die gewohnte Umgebung zu verzichten [43]. Die ambulante gesundheitliche, pflegerische und soziale Versorgung von behinderten, chronisch körperlich oder chronisch psychisch kranken Menschen im kommunalen Bereich wird international mit Community Care bezeichnet. Als deutsche Termini sind „Gemeindepflege“ und „gemeindenaher Versorgung“ im Gebrauch. Der Begriff wird auch für die gesamte außerstationäre Versorgungsstruktur auf kommunaler Ebene verwendet (und unter Einschluss der Kinder- und Jugendhilfe) [35].

6.1.2. Mobile Dienste in Tirol

Die **mobile Pflege und Betreuung** werden gemäß Tiroler Heim- und Pflegeleistungsgesetz (THPG) [44] als mobile Pflege bezeichnet (RIS, § 23, S. 12) und „[...] umfassen die häusliche Betreuung und Pflege durch Pflegedienste und Maßnahmen zur Erhaltung der Selbstständigkeit bei altersbedingten Beeinträchtigungen. Sie umfassen weiters die teilweise Übernahme der Kosten für Hilfsmittel für die häusliche Betreuung und Pflege sowie für die Erhaltung der Selbstständigkeit bei altersbedingten Beeinträchtigungen.“ Im Gegensatz dazu umfassen die **stationäre Betreuung** und stationäre Pflege gemäß THPG (§ 22 [1, 2]) die stationäre Unterbringung, Versorgung und Betreuung bzw. die Pflege von betreuungsbedürftigen Personen in Heimen oder auf Betreuungsplätzen, mit denen das Land Tirol eine Leistungsvereinbarung nach § 16 abgeschlossen hat.

Die mobile Pflege und Betreuung werden aktuell in Tirol flächendeckend von 74 mobilen Diensten in Tirol geleistet [1]. (s. Abb. 19)

Von diesen sind zehn SGS in nur einer Gemeinde tätig. Weitere 23 SGS betreuen regional zwei oder drei Gemeinden und 29 SGS vier oder mehrere Gemeinden. Der flächenmäßig und von der Anzahl der Gemeinden Größte ist mit 36 Gemeinden der SGS Außerfern. Neben den SGS existieren die nachfolgenden sonstigen Anbieter mobiler Dienste in Tirol: Verein Volkshilfe, Verein Netzwerk Krebs Vorsorge – Nachsorge,

Sozial-Medizinischer Verein Tirol, Verein VAGET und Johanniter Tirol Gesundheits- und Soziale Dienste mildtätige GmbH. Für die sonstigen Anbieter gelten die gleichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wie für die SGS. Lediglich der Verein Volkshilfe (mit dem Projekt „Mobile Kinderhauskrankenpflege – MOBITIK“) und der Verein VAGET erbringen ihre Leistungen im Rahmen der mobilen Dienste in ganz Tirol. Die anderen sonstigen Anbieter sind nur in Innsbruck und den Umlandgemeinden verfügbar [1].

Die **Tätigkeit der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (= mobilen Dienste)** erfolgt auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der Sozialhilfegesetze (SHG – in der geltenden Landesfassung), der Sozialbetreuungsberufegesetze (SBBG – in der geltenden Landesfassung) und des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) sowie der „Förderrichtlinien“ für mobile Pflege und Betreuung in den jeweiligen Bundesländern. In Tirol finden sich diese im Leistungskatalog für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol, Abteilung Pflege für das Amt der Tiroler Landesregierung (2021). Die mobilen Dienste in Tirol beinhalten grundsätzlich die **ambulant Pflege- und Betreuungsleistungen**, wie beispielsweise Hauskrankenpflege und Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (Heimhilfe) (s. Abb. 20) [45].

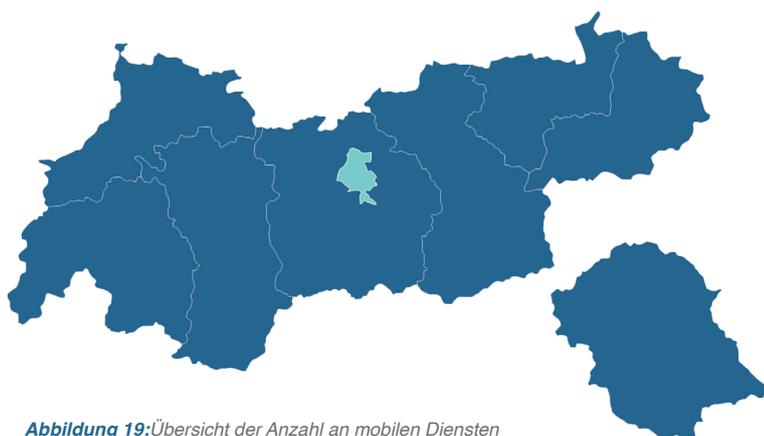


Abbildung 19: Übersicht der Anzahl an mobilen Diensten in den neun Bezirken von Tirol (eigene Darstellung) [1]

Beratungs- & Organisationsleistungen

Aktivitäten: Erstgespräch; Case-Management; präventive Seniorenberatung

Hauswirtschaftsdienst

Tätigkeiten: Wohnungsreinigung (unmittelbare Umgebung des Klienten); Waschen, Bügeln; Heizen; Aufwärmen und Zubereiten von einfachen Mahlzeiten; diverse Erledigungen und Einkäufe (Post, Behördengänge, Botengänge, Besorgungen) ohne Begleitung des Klienten

Heimhilfe

Tätigkeiten: Basisversorgung; Aktivierung und Unterstützung; Hauswirtschaftsdienst

Mobile Palliativpflege

Tätigkeiten: Pflege; Pflege- und Betreuungsplanung; Angehörigengespräch

Basisleistungen

Mobiler Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol

Medizinische Hauskrankenpflege

Tätigkeiten: Medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen bei Beeinträchtigungen des Bronchial- und Nephro-Urogenitalsystems, des Magen Darmtraktes, bei der Wundversorgung, zur Unterstützung der Arztvisiten, bei der Medikamentenversorgung)

Hauskrankenpflege

Tätigkeiten: Pflege; Pflege- und Betreuungsplanung; Angehörigengespräch

Mobile psychiatrische Pflege für Senioren

Tätigkeiten: Pflege; Pflege- und Betreuungsplanung; Angehörigengespräch; Spezialisierung Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

Kinderhauskrankenpflege

Tätigkeiten: Pflege; Pflege- und Betreuungsplanung; Angehörigengespräch; Spezialisierung Kinder- und Jugendlichenpflege

Abbildung 20: Basisleistungen mobiler Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol (eigene Darstellung)

Pflegekette

Unterstützung durch Mobile Dienste mit lokaler oder familiärer Unterstützung

Unterstützung durch Case Management

zu Hause

mit Kurzzeitpflege od. Tagespflege

im Betreuten Wohnen od. Kurzzeitpflege

in Übergangspflege

im Pflegeheim

Abbildung 21: Darstellung der Pflegekette (eigene Darstellung)

Das Ziel dabei ist, dass die betreuten Personen mit diesen Leistungen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung ein selbstbestimmtes Leben führen können. Dadurch soll der Verbleib in der eigenen Wohnung gewährleistet bleiben und ein stationärer Aufenthalt nach Möglichkeit abgewendet werden [1].

Die Angebote oben genannter mobiler Dienste erfolgen einerseits im Wohnbereich der betroffenen Person oder in einer Beratungs- oder Betreuungseinrichtung von privaten wie öffentlichen Trägern. **Die Rahmenbedingungen für die Leistungen mobiler Dienste** sind grundsätzlich ein Glied der sogenannten „Pflegekette“ (s. Abb. 21) [1].

Die **Pflegekette** ist das Ineinandergreifen von Pflege- und Betreuungsformen, die vom selbstständigen Leben zu Hause mit familiärer bzw. professioneller Unterstützung über Heimaufenthalte bis zur Unterbringung in spezialisierten Langzeitpflegeeinrichtungen (Landespflegeklinik oder Hospiz- oder Palliativbetreuungen) die persönlichen Bedürfnisse der betreuungs- oder pflegebedürftigen Personen abdecken [1].

6.1.3. Case-Management in der mobilen Pflege

Entsprechend dem aktuellen Leistungskatalog für mobile Dienste (S. 13) [45] ist zu entnehmen, dass Case-Management neben dem Erstgespräch, der präventiven Seniorenberatung und den Wegzeiten der Kategorie „Beratung und Organisation“ zuzuordnen ist. Darin wird festgehalten, dass Case-Management durch [...] „die Pflegedienstleitung/Pflegerische Aufsicht bzw. deren Stellvertretung oder von der DGKP, welche die Hauptbezugsperson für den/die Klient*in darstellt, durchzuführen“ ist.

Die dem Case-Management zugrundeliegende Definition lautet: „Casemanagement ist eine individuelle, auf den jeweiligen Klienten zugeschnittene organisatorische Unterstützung. Die Leistung Casemanagement kann auch von Klient*innen ohne Pflege- und Betreuungsleistung der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation in Form einer Fallbegleitung

in Anspruch genommen werden. Casemanagement gestaltet sich als individuelles Fallmanagement, das heißt, die kontinuierliche Begleitung eines*r Klient*in über einen längeren Zeitraum und die damit verbundene Koordination und Vermittlung der erforderlichen Dienstleistungen.“ [45].

Im Sinne der Abrechnung lassen sich **zwei Varianten des Case-Managements** mobiler Dienste unterscheiden [45]:

Variante 1: „Für Personen, die bereits Pflege- und Betreuungsleistungen von mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen erhalten, sind die Leistungen des Casemanagements im Rahmen der Pflegedokumentation festzuhalten.“ (s. Abb.22).

Abbildung 22: Leistungen des Case Managements in den Mobilen Diensten in Tirol (eigene Darstellung)



Variante 2: „Für Personen, die keine Leistungen der mobilen Pflege und Betreuung erhalten und Casemanagement im Rahmen einer Fallbegleitung erfolgt, hat die Dokumentation mindestens folgende Punkte zu umfassen, die dem Case Management Kreislauf entspricht.“ (s. Abb. 23)

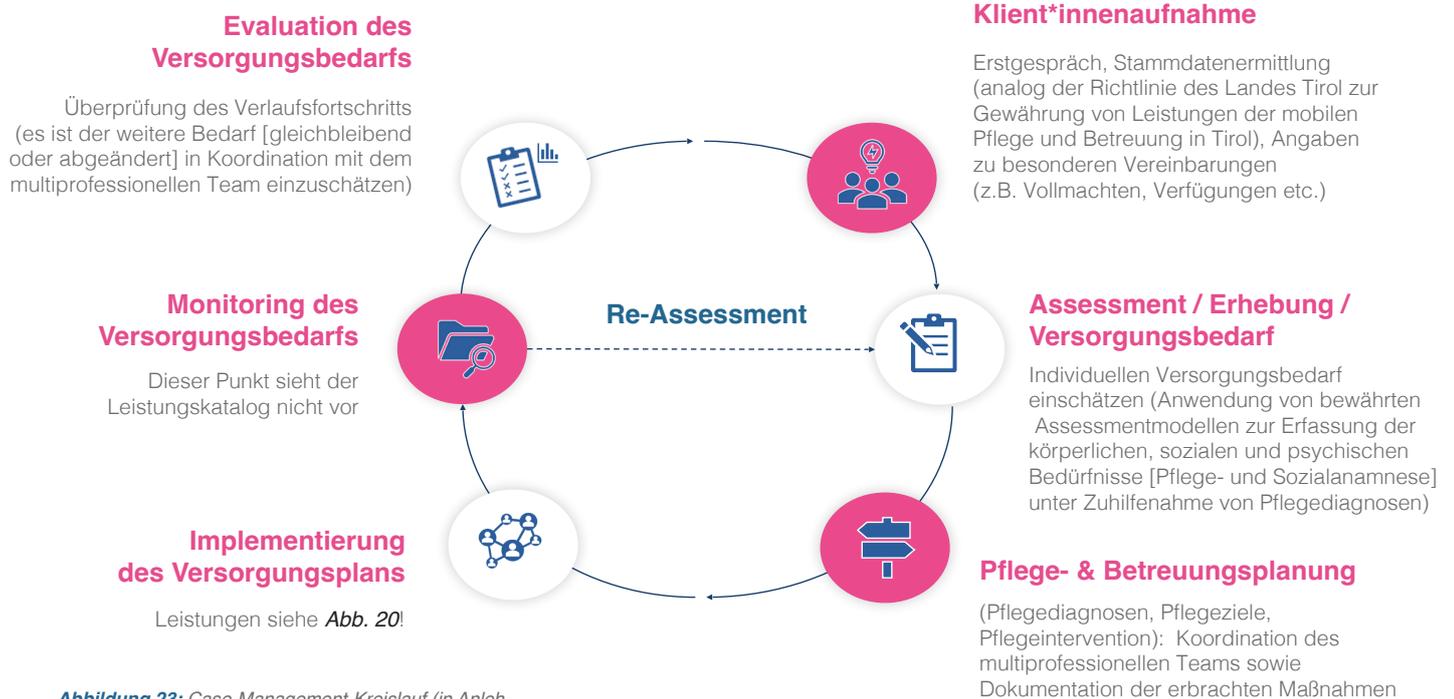


Abbildung 23: Case-Management-Kreislauf (in Anlehnung an die Richtlinien des Leistungskatalogs Mobiler Dienste in Tirol [45])

6.1.4. Pflegeprozess versus Case-Management-Prozess

Der Unterschied zwischen dem **Case-Management-Regelkreis** und dem **Pflegeprozess** kann als sehr gering bezeichnet werden.

Der **Pflegeprozess** ist auf die Erkennung von individuellen Ressourcen und Pflegeproblemen ausgerichtet. Anhand eines standardisierten Prozesses können entsprechende Ziele, Ergebnisse sowie ein entsprechendes pflegerisches Handeln (Interventionen, Pflegemaßnahmen) abgeleitet werden, um Ziele zu erreichen. Die Verschriftlichung des Pflegeprozesses ist die Pflegedokumentation. Diese stellt einen ständigen, auf die Kund*innen/Klient*innen ausgerichteten, individuellen Prozess (Verlauf) dar. Die Terminologie in Bezug auf die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses ist nicht einheitlich. Das am meisten angewendete Modell ist wohl das 6-Schritte-Modell

nach Fiechter und Meier (1998), welches die Erstellung eines individuellen abgestimmten Pflegeplans zum Ziel hat [39].

Der **Case-Management-Regelkreis** wird nur als eine Modifikation des Pflegeprozesses gedeutet. Im Einsatz wird der Pflegeprozess bei allen Pflegeempfänger*innen angewendet, während der Case-Management-Regelkreis nur bei Patient*innen mit bestimmten, klar definierten Kriterien zur Anwendung kommt. Darüber hinaus kümmert sich der*die Case-Manager*in um die übergeordnete Organisation und Koordination in komplexen Pflegefällen. Der Vergleich der beiden Prozessabläufe ist in **Tabelle 2** [39] ersichtlich.

Demnach arbeitet die Pflegeperson **nicht** als Pflegekraft in der Praxis, sondern ist vornehmlich mit organisatorischen Aufgaben im Rahmen der Pflege und Betreuung von Klient*innen tätig. Dieses Verständnis von Case-Management entspricht dem Modell des **generellen Case-Managements**, da mit der Regieleistung in der Feststellung des Bedarfs, der Formulierung von Zielen und Vereinbarung von Maßnahmen im Rahmen eines Serviceplans sowie der Koordination von Diensten keine eigenen Dienstleistungen den Personen mit

Unterstützungsbedarf gegenüber übernommen werden (= übergeordnete Organisation und Koordination).

Beim **begleitenden Case-Management** hingegen erfolgt die gleichzeitige Übernahme von Case-Management-Aufgaben sowie funktions- und professionsbezogener eigener Dienstleistungen z. B. die der Pflegeperson. Begleitendes Case-Management ist aufgrund der Rollen- und Funktionsverteilung sowohl mit Blick auf die Personen mit Unterstützungsbedarf als auch mit den Netzwerkpartnern zu klären [24].

Tabelle 2: Unterschied zwischen Pflege- & Case-Management-Prozess [39]

Case-Management-Regelkreis/Prozess	Pflegeprozess
<p>Identifikation Bestimmung der Zielgruppe (Patient*innenauswahl) (Fokus auf eine komplexe Problemsituation)</p>	<p>Informationssammlung Erfassen von Ressourcen, Problemen, pflegerelevanter biografischer Daten</p>
<p>Assessment Datensammlung Aufbau einer Klient*innenbeziehung Einschätzung eines Versorgungsbedarfs (Ressourcenanalyse)</p>	<p>Problemdefinierung & Ressourcenklärung Fragen nachgehen Was fördert/hindert Patient*innen, die Pflege selbst durchzuführen?</p>
<p>Entwicklung des Versorgungsplans Erfassung von Selbstversorgungsdefiziten; Festlegung der bedarfsrelevanten Ziele; Liste der Dienstanbieter; Abklärung der Verantwortlichkeiten</p>	<p>Festlegung der Pflegeziele Was soll durch die Pflegemaßnahmen erreicht werden?</p>
<p>Implementierung des Versorgungsplans »Link«-Funktion Koordination des Leistungsgeschehens</p>	<p>Planung der Pflegemaßnahmen Was genau soll wie, warum, wo und von wem gemacht werden?</p>
<p>Monitoring und Re-Assessment Überwachung und Sicherstellung des Versorgungsablaufs auf mögliche Qualitätsdefizite Einbeziehung von klinischen Patientenpfaden und Standards; Evtl. neuer Durchlauf des Regelkreislaufs mit Anpassungen</p>	<p>Durchführung der Pflege Wer führt was durch?</p>
<p>Evaluation des Versorgungsplans Entlassung Überprüfung und Bewertung des Behandlungsablaufs Weiterentwicklung von Person und System</p>	<p>Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den*die Patient*in (Evaluation) Überprüfung der Ergebnisse Evtl. Anpassung der Pflegeplanung Wurden die Ziele erreicht?</p>

6.1.5. Differenzierung der Zielgruppe der (medizinischen) Hauskrankenpflege versus gemeindenahes Case-Management

Als sogenannter Personenkreis, der die Leistungen nach der Richtlinie Mobile Pflege Tirol in Anspruch nehmen kann, werden pflege- und betreuungsbedürftige Personen bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen definiert (s. Tab. 3). Hingegen sind im Case-Management der mobilen Dienste keine Voraussetzungen definiert. Jeder mobile Dienst kann demnach die Zielgruppe für ein sozial-pflegerisches Case-Management selbst definieren [45].

Tabelle 3: Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen der mobilen Dienste in Tirol [45]

<p>Österreichische Staatsbürgerschaft und/oder nach den geltenden Bestimmungen des Tiroler Mindestsicherungsgesetzes diesen gleichgestellte Personen.</p>
<p>Hauptwohnsitz in Tirol.</p>
<p>Bezug eines Pflegegeldes nach dem Bundespflegegeldgesetz der Stufen 1–7.</p>
<p>Personen ohne Pflegegeldbezug, welche mit Beginn der Pflege oder Betreuung einen Pflegegeldantrag gestellt haben, ab Zuerkennung des Pflegegeldes (rückwirkend).</p>
<p>Personen ohne Pflegegeldbezug, bei denen eine Pflege oder Betreuung mittels ärztlicher Bestätigung, die der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation vorzulegen ist, als notwendig erachtet wird. Der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisation ist jährlich eine aktuelle ärztliche Bestätigung vorzulegen.</p>
<p>Für die Gewährung der Leistung „mobile psychiatrische Pflege für Senioren“ ist zusätzlich ein Befund, eine ärztliche Bestätigung oder eine Zuweisung eines Facharztes für Psychiatrie notwendig.</p>

In der Literatur ist die Indikation für ein Case-Management eindeutig: Es soll sich um einen komplexen Fall handeln, in welchen mehrere Akteur*innen involviert sind. Im Case-Management wird von komplexen Problemsituationen bei Betroffenen gesprochen, die die Notwendigkeit eines Case-Managements beispielsweise gegenüber der (medizinischen) Hauskrankenpflege rechtfertigt. Die Formulierung „komplexer Fall“ ist zwar gebräuchlich, wird oft gewählt, ist aber irreführend. Dieser lässt die komplexe Versorgungslage außer Acht. Im Care- und Case-Management geht es in der Komplexität um die Lebenssituation von Betroffenen, die durch eine

plötzliche Erkrankung oder durch eine über die Zeit zunehmende Pflegebedürftigkeit aus den gewohnten Bahnen oder aus der Alltagssituation geworfen wurde. **Die vorherige Situation ist demnach noch komplexer geworden.** Aus *Tabelle 4* gehen Charakteristika von „herausfordernden“ und „aufwändigen“ Klient*innen hervor, die aus einer Bedarfserhebung zum Case- und Care-Management in Tirol mit 175 Expert*innen hervorgegangen sind. In dieser Charakteristik zeigen sich für das Case-Management mögliche Intake-Kriterien für ein Case-Management mobiler Dienste in Tirol [38].

Tabelle 4: Charakteristika für aufwändige und herausfordernde Klient*innen [38]

Charakteristikum 1: Keine adäquate Pflegegeldeinstufung nach aktuellen Bedingungen
Charakteristikum 2: Mangelnde Compliance der Klient*innen
Charakteristikum 3: Chronische Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium vor allem bei psychisch und neurologisch Erkrankten, Sucht- und Palliativpatient*innen
Charakteristikum 4: Geringe Zuständigkeit bei verschiedenen Versorgungsanbietern
Charakteristikum 5: Mangelnde Angehörigenunterstützung oder fordernde Angehörige

6.2. *Bio-psycho-soziales Menschenbild*

Aus der Arbeitsdefinition von Pflege und Betreuung der GÖG [46] orientieren sich Pflege und Betreuung an einem bio-psycho-sozialen Menschenbild als Qualitätskriterium.

Die im Kapitel 6.1.2 beschriebenen Basisleistungen mobiler Dienste in Tirol richten sich neben der Behandlung von Krankheiten und Verletzungen auch immer auf die Auswirkungen von Krankheiten, z. B. im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbstätigkeit oder Selbst-/Fremdversorgung unter Berücksichtigung des gesamten Lebenshintergrundes. In diesem Kapitel steht das **bio-psycho-soziale** Menschenbild im Mittelpunkt einer komplexen Planung und Steuerung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, in dem der vielgestaltige Lebenshintergrund des*r Betroffenen, dessen*deren Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten sowie umweltbezogene Faktoren und deren Wechselwirkungen einbezogen werden [47].

In diesem Kapitel wird verdeutlicht, dass in Anlehnung an das bio-psycho-soziale Rahmenmodell der ICF-Klassifikation [19; 33] Care- und Case-Management in ihrer Umsetzung ein medizinisches mit einem sozialen Konzept verknüpft und so dem Anspruch auf ein umfassendes Verständnis von Erhalt und Förderung einer selbstständigen Lebensführung gerecht wird.

6.2.1. *Funktionale Gesundheit*

Für die Pflege und Betreuung von Betroffenen zur Etablierung eines gemeindenahen Case- und Care-Managements gewinnt die ganzheitliche **bio-psycho-soziale** Betrachtung zunehmend an Bedeutung. Krankheiten und Krankheitsfolgen werden dabei vor dem Hintergrund der Lebenswelt des betroffenen Menschen und seiner Person gesehen. Dessen*deren Fähigkeiten und aktuelle Schwierigkeiten sowie umweltbezogene Faktoren und ihrer Wechselwirkungen werden entsprechend einbezogen. Diese multidimensionale Betrachtung von Gesundheit widerspiegelt die gesellschaftlichen Entwicklungen und die Notwendigkeit wirkungsvoller struktureller Innovationen, die die Erwartung einer durchgreifenden Verbesserungsanstrengung des Gesundheitssystems untermauern [8].

Das theoretische Rahmenkonzept Funktionale Gesundheit der ICF-Klassifikation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) (WHO, 2001) [47] stellt ein international anerkanntes Gerüst dar, welches den Blick von der eher kausalen Betrachtungskette (Krankheit > Aktivitätseinschränkung > Behinderung) hin zu den Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren eines Menschen lenkt. Mit dieser theoretischen Grundlage

werden nicht die alleinige bio-medizinische Krankheitsbetrachtung (Diagnose und Befunde), sondern die krankheitsbedingten bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen in den Mittelpunkt einer komplexen Planung und Steuerung einer möglichen Pflege und Betreuung von Betroffenen gestellt (= **funktionale Gesundheit**). Im Sinne der ICF-Klassifikation wird die Funktionsfähigkeit eines Menschen wie folgt definiert: Ein Mensch ist funktional gesund, wenn (s. **Abb. 24**) [47]

- seine körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) denen eines gesunden Menschen entsprechen (**Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen**),
- er*sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**),
- er*sie sein*ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihm*ihr wichtig sind, in der Weise entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (**Konzept der Partizipation an Lebensbereichen**).

Aus Abbildung 24 [47] geht hervor, dass die **Aktivität als Kristallisationspunkt** der verbliebenen bzw. weiter möglichen bzw. wiederherzustellenden Handlungskompetenz von Menschen mit einem Hilfs- und Pflegebedarf betrachtet (=Funktionsfähigkeit) wird. Ferner ist die Aktivität prozesshaft in die weiteren Gesundheitskomponenten der Funktionsfähigkeit (körperliche Faktoren und Partizipation) sowie in die

Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und persönliche Faktoren) eingebettet [45; 46]. Diese Grundlage ermöglicht eine systematische Einschätzung der funktionalen Gesundheit (Lebenssituation) mit der Möglichkeit der Ableitung einer gezielten Unterstützungsplanung [47 – 49].

Dabei spielt das physische, soziale und einstellungsbezogene Umfeld, in dem Personen leben und handeln, in der Förderung oder Hinderung einer funktionalen Gesundheit eine bedeutsame Rolle (= **Kontextfaktoren**). Zu den **Kontextfaktoren** gehören in der ICF die „Umweltfaktoren“ und die „personenbezogenen Faktoren“, die zusammen den Kontext einer Person als ihren gesamten Lebenshintergrund verstehen. „Nach ICF bilden Umweltfaktoren die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten. **Personenbezogene Faktoren sind Kontextfaktoren**, die sich auf die betrachtete Person beziehen. Nach ICF sind diese der spezielle Hintergrund des Lebens und die Lebensführung eines Menschen. Diese umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil seines Gesundheitsproblems oder -zustandes sind.“ Kontextfaktoren sind Einflussfaktoren aus dem Lebenshintergrund einer Person und können nach dem Verständnis der ICF positive wie negative Auswirkungen eines Gesundheitsproblems auf allen Ebenen der Funktionsfähigkeit und die Teilhabe in Lebensbereichen haben. Kontextbezogen wird deshalb in der Arbeitshilfe entweder von Funktionsfähigkeit oder Teilhabe in Lebensbereichen gesprochen [47 – 49].

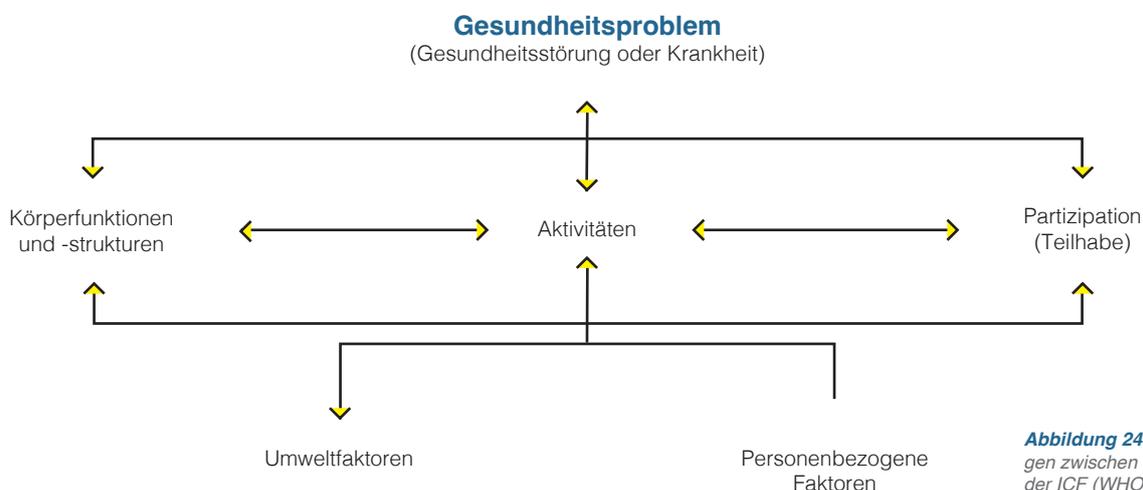


Abbildung 24: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)

6.2.2. ICF-Klassifikation und Care- & Case-Management

Die ICF-Klassifikation umfasst alle Aspekte der menschlichen Gesundheit und einige gesundheitsrelevante Komponenten des Wohlbefindens. Deren Beschreibung erfolgt in Form von Gesundheitsdomänen – z. B. für Sehen, Hören, Gehen, Lernen und Erinnerung – und mit Gesundheit zusammenhängenden Domänen – für Transport, Bildung/Ausbildung und soziale Interaktionen. Alle diese Aspekte sind Gegenstand der Handlungsansätze des Case- und Care-Managements. Bedeutsam ist auch, dass die Klassifikation im Kontext der Gesundheit bleibt und keine Umstände abdeckt, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen wie solche, die von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden. Z. B. können Menschen wegen ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihres Geschlechts, ihrer Religion oder anderer sozioökonomischer Sachverhalte in der Ausführung von Aufgaben in ihrer gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt beeinträchtigt werden, aber dies sind keine mit der Gesundheit im Zusammenhang stehenden Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] im Sinne der ICF [53]. Für ein Case- und Care-Management in Tirol ist dieses Rahmenkonzept der ICF für die individuelle und sektorübergreifende Leistungscoordination von großer Bedeutung, aufgrund ihrer zielgerichteten, effektiven und effizienten Kommunikationsmöglichkeiten mit den Leistungsanbietern.

6.2.3. Exkurs in die Praxis

Im Folgenden wird die Fallgeschichte von Herrn W. beschrieben, die in **Abbildung 25** anhand der ICF-Klassifikation in den einzelnen Komponenten analysiert und dargestellt wird.

Fallgeschichte Herr W.[54]

Herr W. ist 66-jährig, geschieden, lebte bislang allein in eigener Parterrewohnung in unmittelbarer Nachbarschaft zur Familie des Sohnes in ländlicher Umgebung. Herr W. versorgte sich allein, kaufte ein, machte sich sein Essen selbst. Es gibt einen Hofer wie und einen Bäcker in der Nähe. Es gibt eine Arztpraxis mit drei Ärzt*innen, die den ländlichen Bereich versorgen. Für größere Erledigungen musste Herr W. in den nächstgrößeren Ort fahren, z. B. mit dem Auto oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Herr W. ist in der Sprechstunde/Klinik schon seit 2004 bekannt. Er kam ursprünglich mit einem Mini-Mental-Status (MMSE) von 30 Punkten, mit Hinweisen auf eine initiale Demenz. Im Frühjahr 2009, nach nunmehr 4 ½ Jahren, war der MMSE auf 21 Punkte gefallen. Im MRT von 2004 bestand bereits eine auffallende, eindeutig die Altersnorm überschreitende cortical betonte Hirnatrophie. Im HMPAO-SPECT fand sich eine diffus herabgesetzte Aktivitätsbelegung beidseits, insbesondere links, vereinbar mit einer neurodegenerativen Grunderkrankung, am ehesten im Sinne einer Alzheimer-Demenz. Herr W. war sehr sportlich, machte früher z. B. Krafttraining in einem Fitnesscenter, fand aber aufgrund der Demenz in der letzten Zeit nicht immer das richtige Maß. So kam es kürzlich zu einem Sturz vom Fahrrad mit einer fraglichen kurzen Bewusstlosigkeit. Er wurde daraufhin stationär untersucht, wobei keine fassbare Ursache gefunden wurde. Der Sohn verunglückte vor vier Wochen mit dem Motorrad schwer und steht als unmittelbarer Ansprechpartner aktuell nicht zur Verfügung. Die Schwiegertochter war berufstätig, musste die Kinder versorgen und nun auch den verunglückten Ehemann. Herr W. konnte die Verletzung des Sohnes nicht einschätzen und geriet in Panik. Er ging zum Hausarzt mit einem akuten Angstzustand

und dem Bild einer Progression der Demenz. Er wurde daraufhin eingewiesen, wobei die Aufnahme nach einem längeren Gespräch aber nicht als sinnvoll erschienen war. Herr W. klagte über Schlaflosigkeit und Ängste. Herr W. wurde folglich wöchentlich in die Selbsthilfe- und Trainingsgruppe eingeladen. Dort konnte er auch über seine Probleme sprechen und ggf. Problemlösungen erfahren. Die Fahrt dahin fiel ihm zunehmend schwerer.

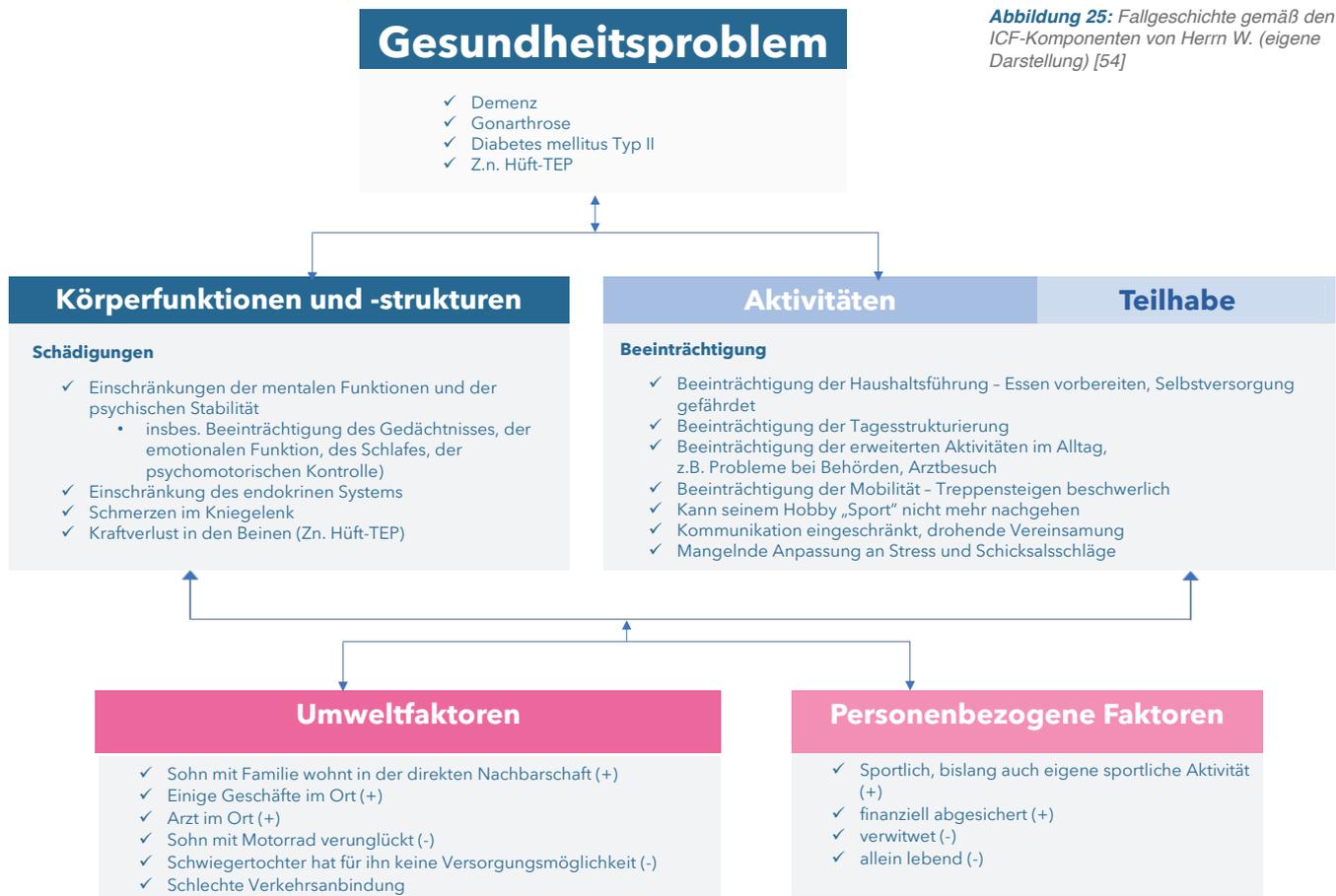
Diagnosen: Aktuell: Alzheimer-Demenz (seit 2004 diagnostiziert, damals in einem sehr frühen Stadium, derzeit an der Grenze zu einem mittleren Schweregrad);

Nebendiagnosen: Gonarthrose; Diabetes mellitus Typ II, ED 2009, orale Antidiabetika; Z. n. Colon-Ca; Z. n. Hüft-TEP; Z. n. Asbestexposition.

Beschwerden: Der Patient kann augenblicklich die Mahlzeiten nicht mehr ausreichend zubereiten; Anziehen, Ausziehen und Waschen kann er sich noch selbst. Er kann sich im Dorf noch bewegen, größere Wege, z. B. in die nächstgrößere Stadt, sind kaum mehr möglich. Der Patient kommt immer häufiger mit Zetteln in die Klinik. Die Bewältigung von Post, Arztterminen usw. ist schwierig geworden, zumal die Anbindung an den Sohn aktuell nicht mehr wie früher möglich ist. Er ist im Begriff, seine Selbständigkeit zu verlieren. Er zieht sich verstärkt zurück, geht seltener zum Einkaufen, ist depressiv und verzweifelt geworden, weint häufig, auch weil er seine Demenz bemerkt und nun den Unfall seines Sohnes betrauert. Ganz akut klagt er über Kniebeschwerden bei Gonarthrose. In der Vergangenheit wurde schon einmal eine Arthroskopie veranlasst. Der Patient kann nun kaum mehr Treppen steigen und plant in der nächsten Zeit einen chirurgischen Eingriff.

Entsprechend der ICF-Komponenten wird anhand der Fallgeschichte von Herrn W. die funktionale Gesundheit des Patienten mit Alzheimer-Demenz beschrieben (s. *Abb. 25*) [54]. Daraus lässt sich ableiten, wie

er einerseits aufgrund seiner gesundheitlichen Voraussetzungen in der Lage ist, Alltagsanforderungen zu erfüllen, und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Hinsichtlich seiner **funktionalen Beeinträchtigung** werden andererseits seine Aktivitätseinschränkungen bzw. Schwierigkeiten beim Ausführen bestimmter Aktivitäten aufgrund körperlicher und mentaler Schädigungen bzw. Störungen sowie sozialer Begebenheiten beschrieben und zur Unterstützungsplanung interdisziplinär herangezogen. Neben den komplexen Problemsituationen für die Pflege und Betreuung wird ersichtlich, welche zahlreichen Nahtstellen als Herausforderungen für die Pflege- und Betreuungsorganisationen einschließlich der Familien bestehen.



6.3. *Schnittstellen* als Herausforderungen im Pflege- und Gesundheitssystem

Schnitt- oder Nahtstellen ergeben sich, wann immer medizinische, therapeutische oder pflegerische Herausforderungen verschiedener Versorgungsbereiche mit ihrem unterschiedlichen Aufgabenspektrum in Anspruch genommen und bewältigt werden müssen. Dieses Kapitel beleuchtet

die Bedeutung der in der Praxis häufig verwendeten Formulierung „von der Schnittstelle zur Nahtstelle“ und den Vorteil des Nahtstellenmanagements im Rahmen eines krankenhausbasierenden Case-Managements.

6.3.1. Schnittstellen und Schnittstellenmanagement

Neben der Bezeichnung Schnittstelle wird manchmal auch der Ausdruck Bruchstelle oder Nahtstelle verwendet. Im Verständnis des Competence Center für Integrierte Versorgung (CCIV, <https://www.cciv.at/>) haben grundsätzlich beide Begriffe – Schnittstelle und Nahtstelle – als Versorgungsübergänge eine ähnliche Bedeutung. Unterschiede zeigen sich in der organisatorischen Komponente. Eine Nahtstelle versteht sich entsprechend der ausgeführten Definition als Teil eines größeren Ganzen und impliziert somit das reibungslose Funktionieren eines Gesamtsystems, wenngleich es auch hier infolge mangelnder Organisation zu Reibungsverlusten im Gesamtsystem kommen kann. Im Gegensatz dazu definiert sich die Schnittstelle als Verbindungsstelle zwischen zwei Teilsystemen, der automatisch Einbußen zugeschrieben werden. Das Verständnis der Nahtstelle inkludiert demnach eine Organisation der Versorgungsübergänge, wohingegen die Schnittstelle die Organisation als Add-on versteht. Im Rahmen der Versorgungssteuerung wird jedoch eine Schnittstelle gesehen als [...] „Übergangs- bzw. Verbindungsstelle

zwischen im Prozess verbundenen organisatorischen Einheiten, Abteilungen bzw. Mitarbeiter*innen, die unterschiedlichen Aufgaben-, Kompetenz- und/oder Verantwortungsbereichen unterliegen und durch die Wertschöpfungskette verbunden sind. Einfach formuliert ist beispielsweise eine Schnittstelle ein Teil im System Pflege und Betreuung, die der Kommunikation (Übertragung von Informationen, Daten, Materialien und/oder Dienstleistungen) dient oder hinderlich ist [55]. Der Übergang vom intra- in den extramuralen Bereich oder umgekehrt stellt eine sogenannte Schnittstelle als Versorgungs- und Betreuungsübergänge im Gesundheitswesen und im Sozialbereich dar. Herausforderungen in der Schnittstellenfrage finden sich im österreichischen Pflege- und Gesundheitssystem bei den zahlreichen Versicherungsträgern und Leistungserbringern, das von einer Fragmentierung medizinischer, therapeutischer, sozialer und pflegerischer Leistungen sowie von Zuständigkeiten zwischen der ambulanten und stationären Versorgung geprägt ist (s. Abb. 26) [56].

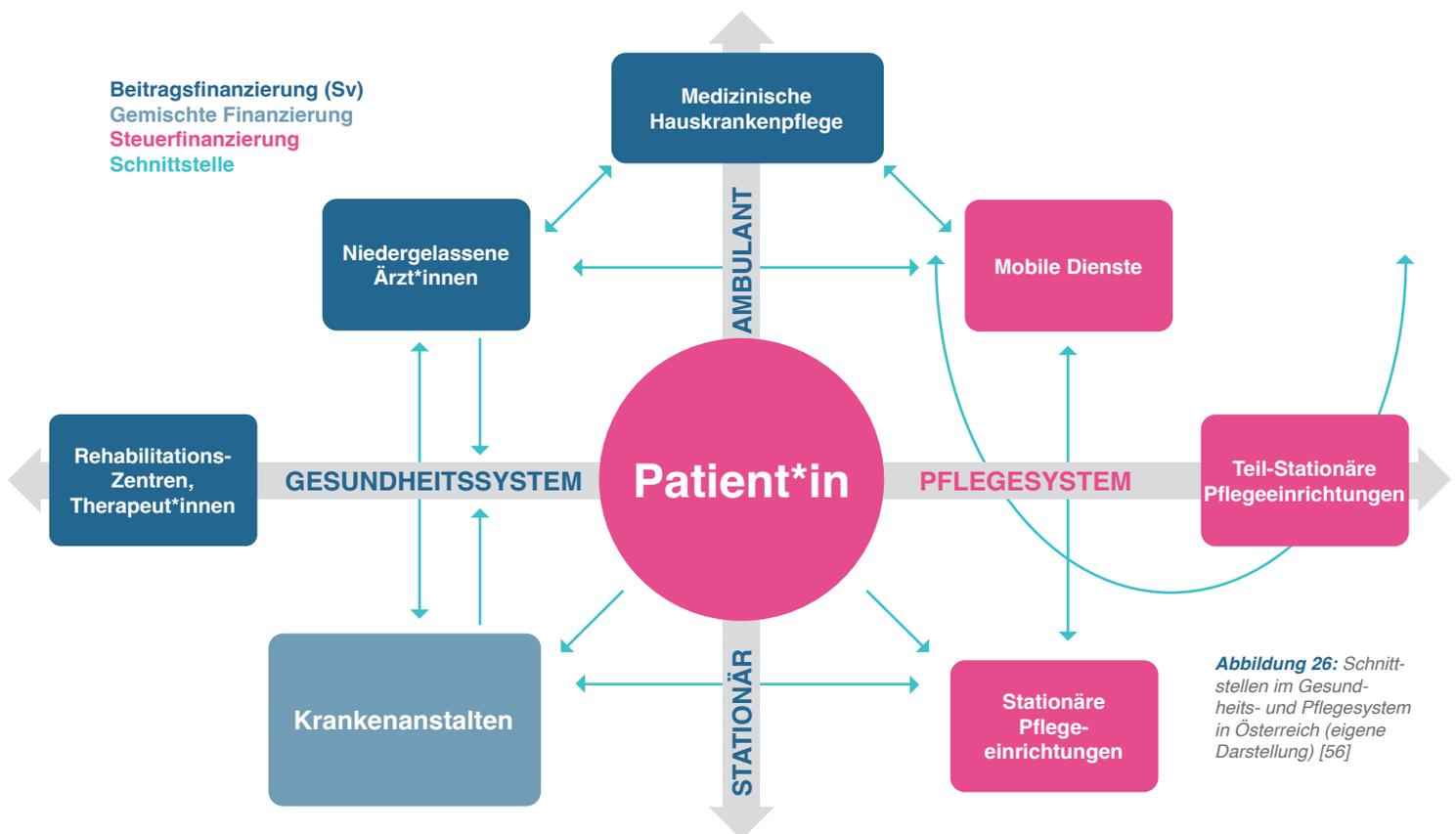


Abbildung 26: Schnittstellen im Gesundheits- und Pflegesystem in Österreich (eigene Darstellung) [56]

Analytisch lassen sich das österreichische Gesundheits- und das Pflegeversorgungssystem in die folgenden Ebenen und Subsysteme untergliedern (s. Tab. 5):

Tabelle 5: Analyse des österreichischen Gesundheits- und Pflegeversorgungssystems (eigene Darstellung)

Versorgungsebenen	Subsysteme
Versorgungssektoren	Ambulant, teilstationär und stationär
Versorgungsstufen	Grundversorgungs- bis Spezialversorgungseinrichtungen
Versorgungsbereiche	Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Sterbebegleitung
Berufsgruppen	Ärzt*innen Pflegekräfte, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen u. a.
Professionelle und nicht-professionelle Versorgung	Berufliche Hochspezialisierung (Fachkapazität) bis hin zu fachlich unbegleiteter Laienpflege (Angehörige, Nachbarn, Freund*innen und Freiwillige)
Versorgungssektoren	Bevölkerung, Versicherungsträger
Kostenträger*innen	Staatlich, gemeinnützig, privat
Finanzierungsart	Steuerfinanzierung, Beitragsfinanzierung (Sozialversicherung), gemischte Finanzierung

Diese Schnittstellen in der Tabelle 5 stellen einen neuralgischen Punkt dar und führen daher regelmäßig zu Informations-, Wirkungs- und Qualitätsverlusten, zu Doppeluntersuchungen und zu Einbußen in der Wirtschaftlichkeit und behindern so eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Leistungserbringung. Damit wird verdeutlicht, dass Schnittstellen grundsätzlich kritisch zu sehen sind, da sie sich auch häufig durch unvollständige oder mangelhafte **Ergebnisse** bzw. fehlende Materialien, Daten oder Informationen, die als **Eingaben** für die nachfolgende Prozessbearbeitung benötigt werden, ergeben [57]. Durch diese Informations- und Koordinationsverluste kommt es unter Umständen zu zusätzlichen Kosten. Wesentliche Defizite im Schnittstellenmanagement entstehen demnach durch Mängel in der organisatorischen Struktur [58]. Das **Schnittstellenmanagement** in der Gesundheitsversorgung ist als ein Element der Prozessqualität zu verstehen, um Übergänge

zwischen personellen, institutionellen, juristischen, politischen, kulturellen und zielgruppenspezifischen Anteilen des Versorgungssystems zu planen, zu steuern und zu führen. Dabei wird das Ziel verfolgt, die Versorgung zugunsten Betroffener zu verbessern, Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten und dabei eine bessere Kosten-Nutzen-Bilanz zu erzeugen. Eine Patient*innen-zentrierung ist bei allen Ansätzen zu finden [55].

Diese Versorgungs- und Betreuungsübergänge im Gesundheitswesen und im Sozialbereich sind wesentliche Schnittstellen in der Prozesskette, die immer einen hohen Koordinationsaufwand aufweisen und Einbußen in der effektiven und effizienten Leistungserbringung bewirken. Dadurch wird gegebenenfalls ein weiterer Versorgungsbedarf provoziert, da Patient*innen wiederholt Leistungskapazitäten in Anspruch nehmen (Drehtüreffekt).

6.3.2. Nahtstellenmanagement

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) definiert das **Nahtstellenmanagement** wie folgt: „Unter dem Begriff Nahtstellenmanagement (NSM) wird die prozessbezogene Organisation der Versorgungsübergänge an Nahtstellen innerhalb des Gesundheitswesens und zum Sozialbereich verstanden. Ein funktionierendes Nahtstellenmanagement umfasst soziale, ärztliche, pflegerische, therapeutische und pharmazeutische Versorgung in ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen bzw. Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Gesundheitsförderung und Prävention sind ebenfalls als Teil eines funktionierenden Nahtstellenmanagements zu betrachten. Die Verbesserung des Managements an den Nahtstellen soll den Betreuungsverlauf patientenorientiert, rasch, reibungs- und lückenlos, effektiv, effizient und sinnvoll sicherstellen.“ (S.180) [59].

Dem Nahtstellen- sowie Prozessmanagement obliegen insbesondere organisatorische Aufgaben. Es bedient sich dabei unterschiedlicher Instrumente, die in Abhängigkeit von gegebenen Rahmenbedingungen und regionalen Versorgungsstrukturen verschieden eingesetzt und gestaltet werden. Ein mangelndes Nahtstellenmanagement und das daraus resultierende Nichteineinandergreifen präventiver, medizinischer, therapeutischer und rehabilitativer Versorgungsleistungen zeigen sich im sogenannten Drehtüreffekt. Der **Drehtüreffekt** als Metapher steht für einen schnellen Wechsel zwischen zwei Zuständen („rein/raus“) und ist ein Beispiel dafür, dass eine (zu) **frühe Entlassung** von Patient*innen mit einem instabilen Gesundheitszustand aus einem Krankenhaus mit einer erhöhten ungeplanten Re-Hospitalisierungsrate einhergeht [60].

6.3.3. Nahtstellenmanagement im Krankenhaus

In Zusammenhang mit dem Case-Management wird das Nahtstellenmanagement mit dem Entlassungsmanagement im Krankenhaus in Verbindung gebracht. Im Jahr 2012 wurde eine Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) [61] entwickelt. Sie gilt als Leitlinie in Form von Standards, den Aufnahme- und Entlassungsprozess bedarfsgerecht zu strukturieren. Als Leitlinie ist ihr Einsatz nicht verpflichtend für Krankenhausträger.

In der **Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement** – BQLL AUFEM [61] wird die lücken- und reibungslose Behandlung von Patient*innen an Nahtstellen (= Schnittstellen = Versorgungsübergängen) beschrieben. Die enthaltenen Empfehlungen sollen den fließenden Übergang von einer betreuenden Stelle (z. B. niedergelassene*r Ärzt*in in Primärversorgungseinheit) zur nächsten (z. B. Krankenhaus) erleichtern und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteur*innen patient*innenorientiert optimieren. AUFEM bezieht sich primär auf organisatorische Rahmenbedingungen, d. h., es werden keine medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Interventionen beschrieben. Die Empfehlung zur Umsetzung der BQLL ist im Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen festgehalten. Darin wird das Entlassungsmanagement als standardisierte Maßnahme im Sinne des Case-Managements definiert. Es organisiert für Patient*innen mit multiplem Versorgungsbedarf pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen institutionsübergreifend im Anschluss an die Krankenhausentlassung [62].

Aus nationalen und internationalen Praktiken sind zwei Umsetzungsformen zu nennen: das direkte und das indirekte Entlassungsmanagement. Welche dieser Organisationsformen angewandt wird, obliegt dem Träger/Anbieter/Krankenhaus [61]. Darin wird untermauert, dass sowohl das direkte als auch das indirekte Entlassungsmanagement nicht alle Stufen des Case-Management-Regelkreises abarbeitet. Bei der

Betrachtung der in Literatur und Praxis identifizierten Phasen ist eine weitgehende Kongruenz der Modelle Case-Management und Entlassungsmanagement festzustellen, wobei im Entlassungsmanagement nicht alle Teilprozesse in gleicher Intensität etabliert sind. Assessment, Planung, Umsetzung: In diesen Phasen ist beim Entlassungsmanagement eine große Übereinstimmung mit dem klassischen Case-Management-Verlauf zu beobachten. Monitoring/Evaluierung ist hingegen im Entlassungsmanagement nur beschränkt möglich, da dieses im Krankenhaus auf die von ihm eingeleitete extramurale Versorgung keinen Zugriff hat. Noch mehr Differenzen tauchen auf, wenn man die Tätigkeitsfelder von Case-Management versus jene von Entlassungsmanagement betrachtet, was zeigt, dass Case-Management oftmals als eine langfristige Maßnahme angelegt ist, während Entlassungsmanagement anlassbezogen ausgerichtet ist. [63]. Die Bedeutung des indirekten gegenüber dem direkten Entlassungsmanagement zeigt sich darin, dass eine qualifizierte Person für die Steuerung des pflegerischen Entlassungsprozesses verantwortlich sein muss, um die Bedürfnisse aller am Entlassungsprozess beteiligten Personen entsprechend zu berücksichtigen. An dieser Stelle bedarf es einer Person mit der Qualifikation einer diplomierten Pflegeperson/Bachelor of Nursing Science (DGKP/BSc) mit vertieftem Expertenwissen zur Fallsteuerung (Weiterbildung/Universitätskurs). Die Versorgung und Beratung von Patient*innen, die Edukation von definierten Gruppen und deren Angehörigen, die Versorgung von Menschen mit komplexen Krankheitsbildern, die Beratung und Zusammenarbeit mit Dienstleister*innen im Sozial- und Gesundheitssystem sowie Tätigkeiten in und die Mitarbeit an Forschungsprojekten beschreiben laut österreichischem Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2011) das Tätigkeitsprofil der Mitarbeitenden im Entlassungsmanagement. Dieses Anforderungsprofil wird laut dem internationalen Council of Nurses (ICN 2002) von einer Advanced Practice Nurse (APN) im Rahmen eines konsekutiven Masterstudiums erfüllt. Neben dem pflegerischen Entlassungsmanagement gibt es auch das soziale Entlassungsmanagement, welches von Sozialarbeiter*innen durchgeführt wird [60].

6.3.4. Drehtüreffekt

Der „Drehtüreffekt“ geht auf Gordon (1995) zurück, der damit das Problem von Wiederaufnahmen älterer Menschen ins Krankenhaus kurze Zeit nach der Entlassung beschreibt. Rückübernahmen in das Krankenhaus sind ein häufiges Problem älterer schwer kranker Patient*innen und stehen in Zusammenhang mit der Qualität des Gesundheitssystems [64].

Gemessen wird der Drehtüreffekt anhand einer **ungeplanten Rückkehr** von Patient*innen in stationäre Einrichtungen innerhalb von 30 Tagen oder 28 Tagen und dem damit verbundenen Rückschritt in ein vorhergegangenes Stadium. Die Folge ist, dass ein weiterer Krankenhausaufenthalt oder sogar der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig werden [65]. Ungeplante Re-Hospitalisierungen gehen einher mit Patient*innenfaktoren wie dem erhöhten Alter, männlichem Geschlecht, speziellen Diagnosen wie Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD), psychischen Erkrankungen, funktionalen Beeinträchtigungen, Ko- und Multimorbidität, Verhaltensweisen wie geringe Adhärenz, kognitiven Einschränkungen [66] oder Leben in einer stationären Langzeiteinrichtung [67]. In der Studie von Freund et al. [68] werden systembezogene bzw. institutionell bezogene, arztbezogene, arzneimittelbezogene, patient*innenbezogene und soziale Gründe für ungeplante Wiederaufnahmen definiert. Gründe für das Drehtürsyndrom sind das Fehlen von ambulanter Notfallversorgung, eine mangelnde Überwachung durch Ärzt*innen und/oder Pflegepersonen sowie Nebenwirkungen von Medikamenten [68], aber auch mangelnde koordinierte Übergänge zwischen Krankenhaus und häuslichem Setting [69].

Langzeitdaten in Österreich zur Beobachtung von Re-Hospitalisierungen waren bis ins Berichtsjahr 2014 nicht möglich, da die Daten ausschließlich anonymisiert und aufenthaltsbezogen waren. Eine Grundlage (pseudoanonymisierte Datenmeldung) zur Beobachtung von Re-Hospitalisierungen steht erstmalig

mit der Datenmeldung für das Berichtsjahr 2015 zur Verfügung. Auf Anfrage der Studienverantwortlichen beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz erfolgte eine entsprechende Auskunft über folgende ungeplante Wiederaufnahmen im Jahr 2018: In Summe wurden 1.066.760 Entlassungen aus Akutkrankenanstalten in Österreich von Patient*innen 65 Jahre und älter gezählt. Davon wurden innerhalb von 30 Tagen 301.829 Personen ungeplant wieder stationär aufgenommen [60].

Evident ist, dass auch bei Vorliegen oben genannter Daten keine Gründe von ungeplanten Re-Hospitalisierungen abgeleitet werden können, da der ICD-Code (International Statistical Classification of Diseases) der WHO (2020) [70] nicht an die Wiederaufnahme, sondern an die Krankenhaushauptdiagnose gekoppelt und in der Erfassung der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) nicht von Relevanz ist [71]. Der ICD-Code wird laut WHO (2020) zur Meldung und Erfassung weltweiter Gesundheitszustände verwendet. Ebenso dient die Klassifikation weltweit zur Vergleichbarkeit von Gesundheitsdaten [60].



6.3.5. **Exkurs in die Praxis – Schnittstellen des Fallbeispiels von Herrn W.**

Das Fallbeispiel über Herrn W. [54] macht deutlich, wie viele Akteur*innen aktuell bei der Versorgung seiner funktionalen und kontextbedingten Gesundheit beteiligt sind, um im Rahmen einer mobilen Pflege und Betreuung eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Die unterschiedliche Finanzierung der Angebote und Leistungen erschwert zusätzlich noch die Situation. Gleichzeitig sollen Angehörige, Freund*innen und ehrenamtliche Hilfen einbezogen werden, die ihrerseits unterstützt und begleitet werden müssen, damit sie die Hilfen, die sie leisten wollen, tatsächlich übernehmen können. Hinzu kommt, dass

die Interessen der vielen Akteur*innen durchaus unterschiedlich sein können.

Aus **Abbildung 27** geht die hohe Akteur*innendichte bei der (geplanten) Bearbeitung aller Problemlagen von Herrn W. hervor. Da der Sohn verletzt ist und die berufstätige Schwiegertochter mit der Pflege und Betreuung ihres verletzten Mannes (Sohn von Herrn W.) ausgelastet ist, wird ein*e Case-Manager*in benötigt, damit die Regelangebote des Sozial- und Gesundheitswesens greifen bzw. aufeinander abgestimmt werden können.

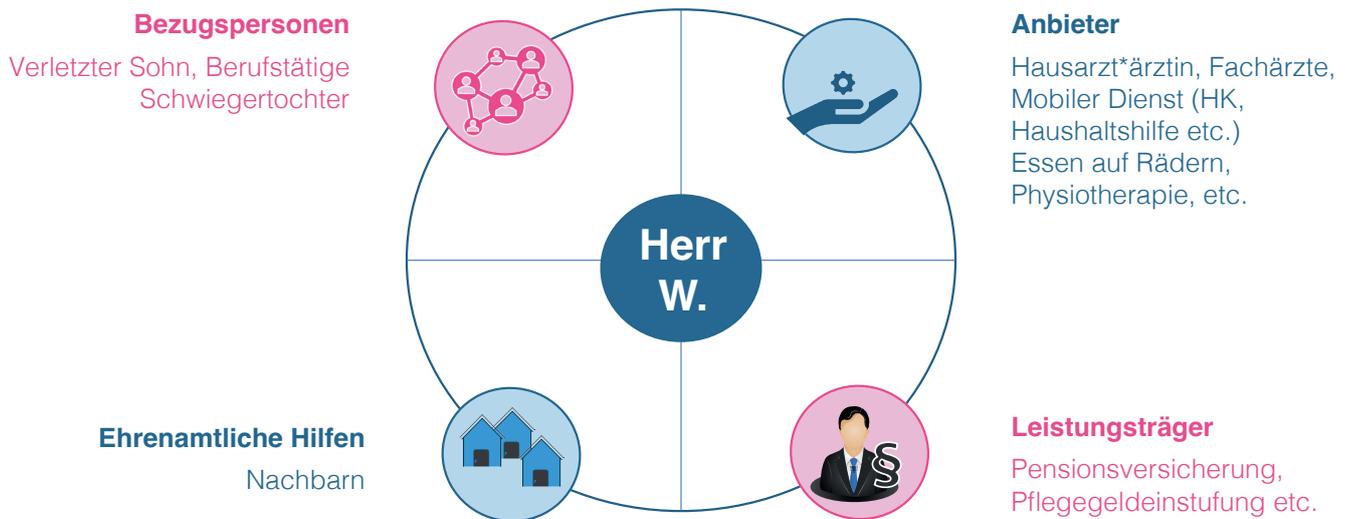


Abbildung 27: Vier Versorgungssektoren mit den entsprechenden Schnittstellen in der aktuellen Versorgungssituation von Herrn W. (eigene Darstellung)

6.4. Vernetzung als **Lösungsansatz** in der Schnittstellenfrage

„Care und Case Management findet in einem Netzwerk aller für die Versorgung eines Patienten relevanten informellen und formellen Helfer, Einrichtungen und Organisationen statt.“ [36]

Fragmentierung und Spezialisierung in Kombination mit einer komplexen Aufgabenbewältigung, wie dies meist bei komplexen Problemsituationen von Betroffenen zuhause der Fall ist, charakterisieren die Herausforderungen, sich im österreichischen Gesundheits- und Pflegesystem zurechtzufinden.

Netzwerke und Netzwerkarbeit erweisen sich dabei als geeignete Methoden und als Steuerungsinstrumente, die Zusammenarbeit bzw. Problemlösung effizienter zu gestalten sowie die finanziellen Ressourcen wirtschaftlicher zu nutzen. Diese Arbeitsweise

steigert gleichzeitig die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen, jedoch dürfen Netzwerke nicht als Lösung fehlender Ressourcen verstanden werden. Vielmehr ist zu beachten, dass für die Implementierung eines funktionierenden Netzwerkes Zeit und Ressourcen erforderlich sind [72]. Care- und Case-Management wurden für diese bessere Koordination von Dienstleistungen und für mehr Zusammenarbeit unter den Beteiligten konzipiert. Sie setzen dabei Akzente in der Kommunikation, Kooperation und Koordination (S. 109) [72]. Mit diesen Überlegungen beschäftigt sich das folgende Kapitel „Vernetzung als Lösungsansatz in der Schnittstellenfrage“ und beschreibt dabei die Vernetzung als Aufgabe des Care-Managements zur Unterstützung und Steuerung des Case-Managements.

6.4.1. Vernetzung als Aufgabe des Care-Managements

Die Vernetzung von Schnittstellen findet in Netzwerken statt. Aus der Literatur liegt keine einheitliche Definition von Vernetzung vor. Aktuell wird Vernetzung mit Social Media (virtuelles Netz) assoziiert. Vorteile virtueller Netzwerke zeigen sich in einer technikunterstützten Koordination, in welcher Dienste und Einrichtungen auf Dauer vernetzt sind und erreicht werden. Es findet ein Austausch untereinander statt, und es werden dazu formelle und informelle Verbindungswege genutzt.

„Ein soziales Netzwerk besteht aus einer abgegrenzten Menge an Personen, die über soziale und zunehmend auch virtuelle Beziehungen miteinander verbunden sind. Das Netzwerk bildet ein System mit verschiedenen Funktionen.“ [73]

Soziale Netzwerke sind somit Beziehungsgeflechte, die aufgrund eines gemeinsamen Interesses bestehen und von irgendeiner Stelle aus bei Bedarf aktiviert werden können. Die kleinste Einheit eines Netzwerkes repräsentiert somit die Beziehung zwischen zwei Personen. Demnach setzt sich ein Netzwerk aus einer Vielzahl solcher Zweierbeziehungen zusammen [74]. Die Akteur*innen innerhalb eines Netzwerkes können Individuen, Gruppen, Organisationen oder Institutionen sein. Sie bringen jeweils unterschiedliche Fähigkeiten, Motivationen sowie Ressourcen ein und sind über das Netzwerk miteinander verbunden.

Die **Aufgabe eines*einer Care- und Case-Manager*in** ist es, dass schon bevor er*sie für die Region oder für eine einzelne Person tätig wird, ein möglichst weit reichendes und dichtes Netz von Beziehungen formell und informell aufbaut. Mit diesem Netz findet er*sie bei Bedarf Ansprechpartner und weiß, wo Hilfen zur Verfügung stehen. Daraus generiert sich der Vorteil, dass innerhalb des Netzes Betroffene und deren Angehörige zur weiteren Unterstützung und Behandlung von einer Stelle an eine andere überwiesen oder vermittelt werden können. Es werden auch aus dem Netz Ressourcen (Informationen, Hilfsmittel, Fachkräfte) bezogen, um an einer Stelle erfolgreich wirken zu können [35].

Zur **Differenzierung von Care- und Case-Management** hilft die nach Braun [75] unterschiedliche Betrachtung der Vernetzung auf zwei Ebenen. Im Sinne des Care-Managements richtet sich die Vernetzung auf die Nutzung, Sensibilisierung und Veränderung von Strukturen im Gemeinwesen, um Rahmenbedingungen bedarfsgerecht anpassen zu können. Auf der Ebene der Vernetzung des*der Betroffenen hingegen erfolgt die Vernetzung auf einer zielgerichteten Bündelung von Maßnahmen und Aufgaben, die auf Bedürfnisse ausgerichtet sind und den Aufgaben eines*einer Case-Manager*in entsprechen. Löcherbach [73] unterscheidet dabei eine fallbezogene von einer fallunabhängigen Vernetzung (s. Tab.6).

Tabelle 6: Unterscheidung der fallbezogenen und der fallunabhängigen Vernetzung (eigene Darstellung) [73]

Ansatz	Netzwerktyp	Beschreibung
Case-Management	Fallbezogen (einzelfallbezogen)	Regelgeleitete Zusammenarbeit bzgl. des Einzelfalles mit mehreren beteiligten Diensten
	Fallübergreifend (fallgruppenbezogen)	Regelgeleitete Zusammenarbeit einrichtungsintern oder extern
Care-Management	Fallunabhängig (versorgungsbezogen)	Bedarfsgerechte Hilfen erheben, koordinieren, organisieren und strukturelle Voraussetzungen im Gemeinwesen für eine Adressatengruppe schaffen

„Ein einmal entstandenes Netzwerk muss von den Beteiligten auch genutzt und so unterhalten werden; davon lebt es: Das Netz besitzt per se keine Stabilität.“ [35].

6.4.2. Koordination und Kooperation

Wesentliche Elemente von Vernetzung verschiedener Sektoren und Leistungserstellung finden sich in der **Koordination und Kooperation** [76]:

Koordination konzentriert sich auf die Struktur der Zusammenarbeit (Ordnung bzw. Zuordnen) bzw. auf das harmonische Zusammenwirken von unterschiedlichen Aktivitäten und Disziplinen sowie die effiziente Kommunikation über die jeweils erfolgte Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung [76].

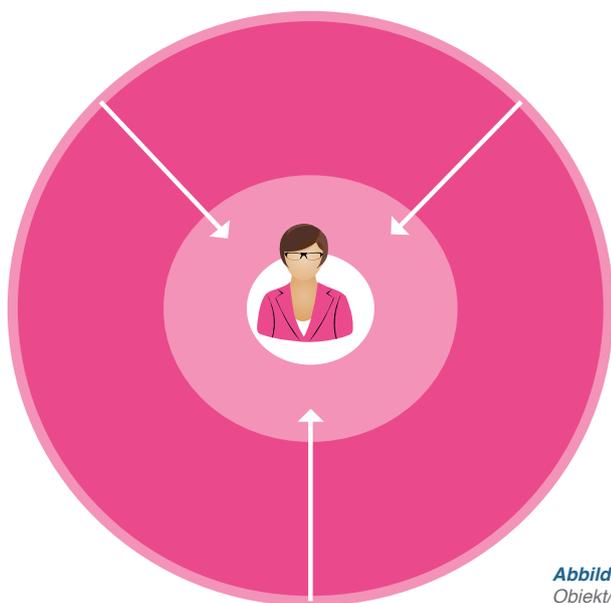
Kernelemente der Koordination im Versorgungssystem sind Abstimmung, Zuordnung und Verknüpfung: Abstimmung ist, wenn Vorgänge aufeinander abgestimmt sind, Zuordnung und Verknüpfung sind, wenn Handlungen von Personen, Diensten und Einrichtungen untereinander und miteinander verknüpft werden [35]. Dabei ergeben sich unterschiedliche Perspektiven der Versorgungskoordination (provider-

driven oder client-driven Case-Management). Die Versorgungskoordination erfolgt aus der Angebotsperspektive, während in der Koordination bei den Aktivitäten und Stärken des*der Nutzer*in angesetzt wird.

Diese Unterscheidung geht auf Riet und Wout (1996) zurück. Sie erklären diese Unterscheidung darin, dass ein*e Case-Manager*in für den*die Bürger*in (P) Dienste erschließt, diese arrangiert und Kontakte zu den dienstleistenden Stellen knüpft. Die Aufgabe des Heranführens (linking) ist oft eine recht umfangreiche und setzt voraus, dass sich ein*e Case-Manager*in gut im System der Dienste und mit den Leistungsberechtigungen auskennt oder durch eine*n Care-Manager*in unterstützt wird (*s. Abb. 28*) [35]. Demnach kann die Versorgungskoordination dem Care-Management und die Koordination der Aktivität dem Case-Management zugeschrieben werden.

Care-Management

Versorgungskoordination aus der Angebotsperspektive



Case-Management

Koordination der Aktivitäten und Stärken des*r Nutzers*in

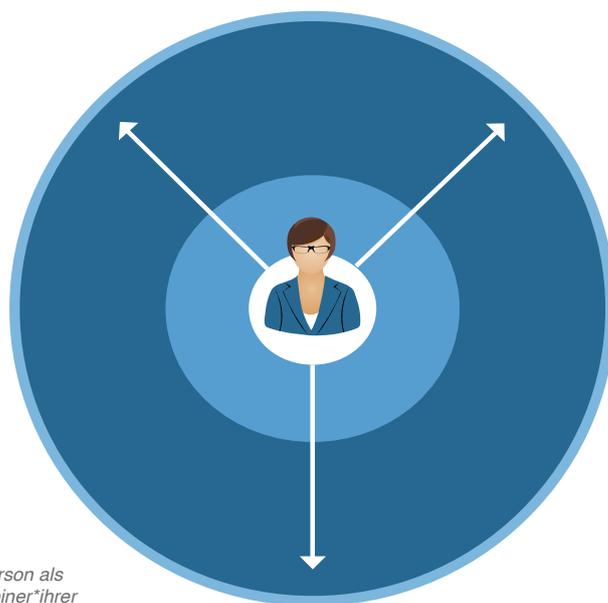


Abbildung 28: Die Person als Objekt/als Akteur*in seiner*ihrer Versorgung (eigene Darstellung) [35]

Die **Kooperation** betrifft die Handlungs- bzw. Prozessebene, d. h. das vereinbarte Handeln in der Zusammenarbeit. Dabei gilt es vor allem, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Stakeholder aufzubauen und zu organisieren sowie entsprechende Verbindlichkeiten für ein gemeinsames Vorgehen über die unterschiedlichen institutionellen Interessen hinweg zu vereinbaren. Der Effekt der Steigerung repräsentiert in diesem Zusammenhang eine personenunabhängige, standardisierte und auch vertragliche Regelung, die für alle Beteiligten einen Mehrwert bringt [76].

Die Wechselbeziehung von Koordination und Kooperation lässt sich in **Abbildung 29** in einem **Vierfelder-Schema** darstellen [35]. Der **Nutzerorientierung** auf der linken Seite steht eine **Angebotsorientierung**

auf der rechten Seite gegenüber. Die Kooperation mit dem*der Bürger*in und Nutzer*in respektiert seine*ihre Konsument*innensouveränität so weit wie möglich. Oft muss diese Souveränität eigens begründet werden. Diese ist abhängig von Vertrauen und Compliance des*der Nutzer*in. Ein*e Case-Manager*in diskutiert und erarbeitet mit dem*der Betroffenen die Anforderungen an eine individuelle Versorgung und wie sich diese aus dessen*derer subjektiver Sicht bewerkstelligen ließe. Die Beratung nimmt hier einen wesentlichen Stellenwert ein, indem der*die Case-Manager*in ausreichende Informationen gibt, Zusammenhänge und Anforderungen an eine individuelle Versorgung zu verstehen (= Verstehbarkeit), um Vertrauen (wieder-) zu gewinnen, das eigene Leben mit Unterstützung zu gestalten (= Sinnhaftigkeit) und zu bewältigen (= Machbarkeit) zu können [35], [77].

Nutzer*innenorientierung

Angebotsorientierung

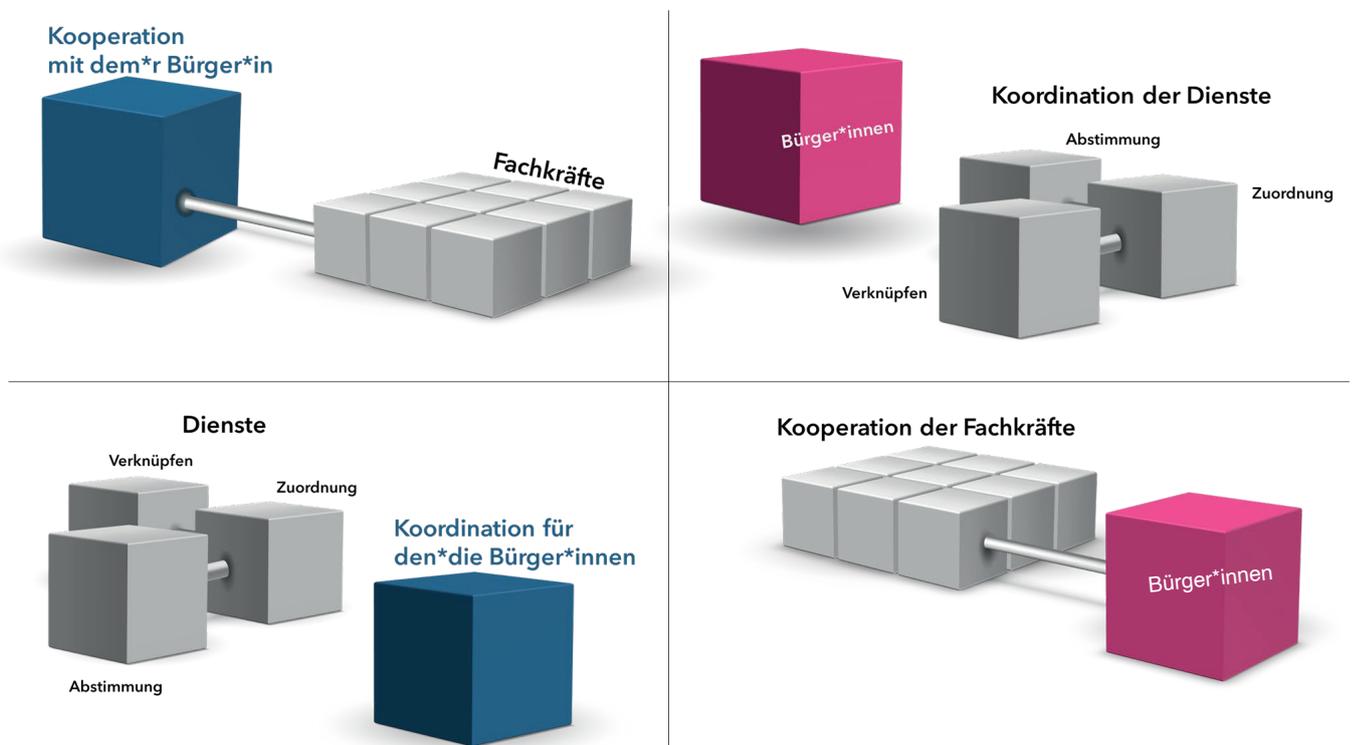


Abbildung 29: Orientierung der Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Klient*innenzentrierung (eigene Darstellung) [35]

6.4.3. Herausforderungen für den Aufbau von Kooperationen

Nach Monzer [78] werden neben subjektiven Faktoren auch subjektive Faktoren aus organisatorischer Sicht und strukturelle Faktoren genannt, die den Aufbau von Kooperationen hemmen oder dafür förderlich sein können (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Hemmende Einflussfaktoren für den Aufbau von Kooperationen (nach Monzer [78])

Subjektive Faktoren	Subjektive Faktoren aus organisatorischer Sicht	Strukturelle Faktoren
Fehlende Fantasie über Inhalte und Zusammenarbeit	Individuelle/kurzfristige Erfolgsorientierung	Historisch gewachsenes Nebeneinander
Auslegung von Begrifflichkeiten	Individuelle Ergebnisorientierung	Unterschiedliche Zuständigkeiten
Fehlende Initiative	Unterschiedliche Zielvorstellungen	Ressourcenknappheit
Angst vor Machtverlust	Unterschiedliche Problemwahrnehmung	Rechtlicher Rahmen zur Kooperation
Unsicherheit durch Veränderung	Schuldzuweisungen	Datenschutz
Arbeitsüberlastung	Konkurrenzdenken	Unflexible Beteiligungspraxis
	Kompetenzstreitigkeiten	Unterschiedliche Professionen
	Unzureichende Kenntnis über den*die Partner*in	Fehlende Moderationskompetenz
	Ressourcenkonkurrenz	Unzuständigkeitserklärung
	Ressortegoismus	
	Unzuständigkeitserklärung	
	Fehlende Fachkompetenz	

Entsprechende Lösungsansätze für eine gelungene Kooperation lassen sich folgendermaßen darstellen (s. **Tab. 8**) (Monzer [78]).

Tabelle 8: Lösungsansätze zur Beeinflussung von hemmenden Einflussfaktoren für den Aufbau von Kooperationen (nach Monzer [78])

Subjektive Faktoren	Subjektive Faktoren aus organisatorischer Sicht	Strukturelle Faktoren
Wertschätzung	Hinzuziehen der Führungsebene	Einbeziehung der Mesoebene und -arbeit zwischen den Organisationen
Anerkennung von Herausforderungen der anderen Personen (z. B. Überlastung)	Kooperationsvereinbarungen und Formalisierungen	Arbeit in höheren organisationsinternen Ebenen
Kooperationsgespräche unter Einbeziehung der Klient*innen	Austausch und Annäherungsgespräche	Sammlung von Erhebungen zu den schwierigen Themen
Unterschiede klar ansprechen	Konflikte offen ansprechen und Kooperation ermöglichen	Adressierung der Makroebene über die Care-Management-Prozesse
	ggf. übergeordnete Entscheidungsträger*innen einbinden	Überzeugen von übergeordneten Institutionen und politischen Entscheidungsträger*innen

6.4.4. Netzwerktypen

Für das Grundverständnis der Netzwerkarbeit werden drei Grundtypen von Netzwerken unterschieden, die professionell gestaltbar bzw. nicht gestaltbar sind (s. **Tab. 9**) [73].

Tabelle 9: Drei Grundtypen von Netzwerkwerken [73]

Bezeichnung	Kennzeichen	Zentrum
Klient*innenbezogenes Netzwerk	Natürliche bzw. private Netzwerkbeziehungen, informeller Charakter	Primäres und sekundäres Beziehungssystem
Professionelles Netzwerk	Institutionelle Netzwerkbeziehung, eher formeller Charakter	Sekundäres Beziehungssystem mit Anschluss an tertiäres Beziehungssystem
Integrationsnetzwerk	Beziehung professioneller Netzwerke untereinander, formeller Charakter	Sekundäres Beziehungssystem

Das Alltagsleben wird von gelebten Netzwerken bestimmt, worunter natürlich geknüpfte lebensweltliche Beziehungsnetzwerke aus Freundschaften, aus interpersonalem Respekt etc. zu verstehen sind (lebensweltliche Netzwerke bzw. Klient*innennetzwerk). Diesen stehen professionell gemachten, d.h. organisierten Netzwerken gegenüber. Gestaltbar sind nur Netzwerke im professionellen Kontext, die beispielsweise in der Sozialwirtschaft und darüber hinaus in der Kommune organisiert werden. Netzwerke stellen demnach eine Organisationsform dar, die durch Bündelung von Kompetenzen Synergieeffekte erschließen, um dadurch wettbewerbsfähig zu bleiben. Obgleich der Organisationsbedarf reduziert wird, erhöht sich der Kommunikationsbedarf [74].

6.4.5. Aufbau von Netzwerkstrukturen

Die Notwendigkeit, sich mit dem Aufbau von Netzwerkstrukturen zu beschäftigen, ist der Organisationsform von Netzwerken geschuldet. Es fehlt eine natürliche Steuerungseinheit, da Netzwerke nicht klassisch hierarchisch organisiert sind und es häufig keine definierten Ebenen mit zugeordneten Aufgaben gibt. Deshalb ist ein Mechanismus erforderlich, mit dessen Hilfe die Differenziertheit der Partner*innen zur Erreichung des gemeinsamen Ziels nutzbar gemacht werden kann. Dazu bedarf es der innovationsfordernden Vermittlungsfähigkeit und einer Prozessmoderation, wofür **unterschiedliche (Steuerungs-)Modelle** wie Koordinationsstellen, Clearingstellen und runder Tisch) denkbar sind.

Am Beispiel CareManagement Tirol wurden dazu **Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung** mit Care-Manager*innen eingerichtet. Im Gegensatz zu Clearingstellen und runder Tisch stellen Koordinationsstellen ein absolutes Minimalkonzept dar und sind vor allem für kleine Netzwerke und befristete Aktionen geeignet [79]. Dabei bleibt die Autonomie der

Partner*innen weitestgehend erhalten, deshalb muss die Konsensfähigkeit nicht so ausgeprägt sein wie in großen, sehr komplexen Netzwerken. Die Vorteile eines Netzwerkes können daher nur in geringem Maße genutzt werden.

Der Impuls für Netzwerke entsteht „**top-down**“, wenn die Notwendigkeit seitens der Politik erkannt und beauftragt wird. Auch ein Bottom-up-Ansatz ist gerechtfertigt, wenn im Zuge einer konkreten Bedarfssituation die Akteur*innen selbst ein Netzwerk initiieren.

Unabhängig von großen oder kleinen Netzwerken beschreibt die Theorie einen **Netzwerkzyklus** als Prozess für den Aufbau und die Initiierung von Netzwerken. Theoriebasierend wurden der Aufbau und die Initiierung von Netzwerkstrukturen in den einzelnen Bezirken in Tirol durch die Care-Manager*innen anhand folgender Schritte (s. **Abb. 30**) durchgeführt [79].

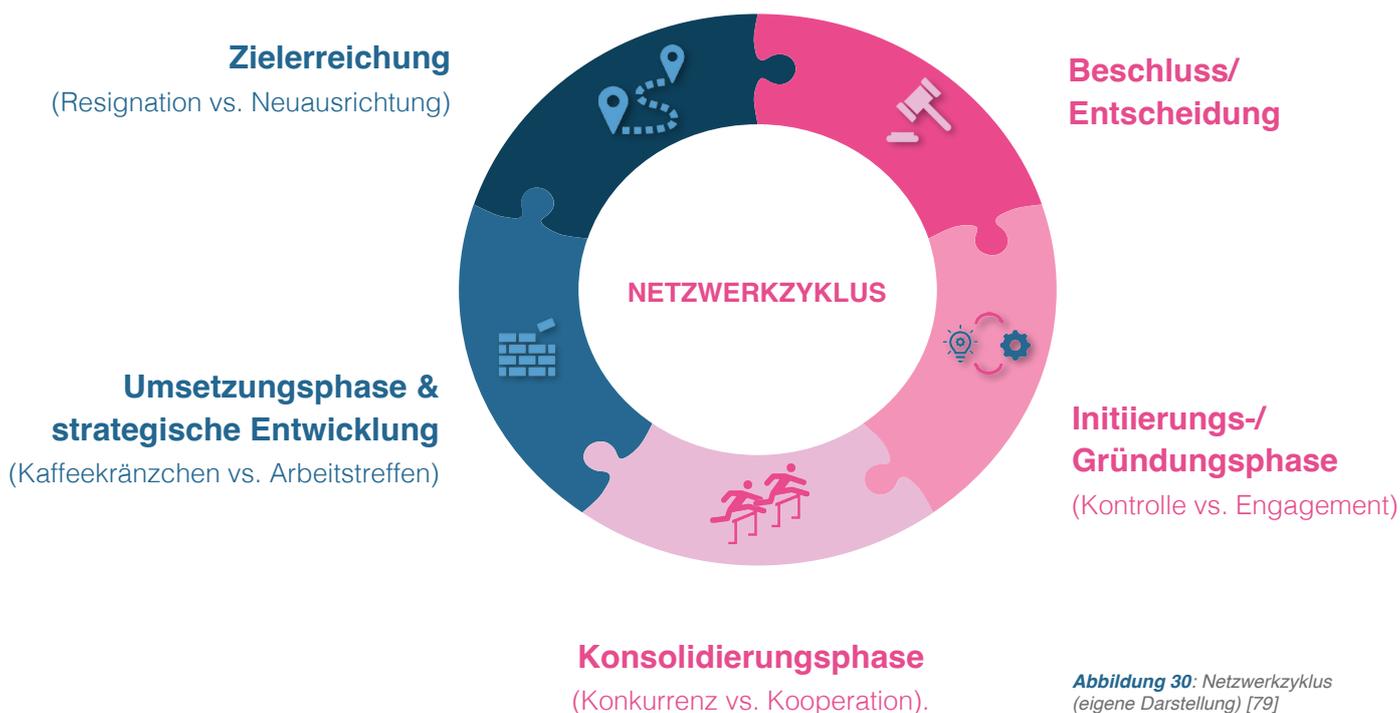


Abbildung 30: Netzwerkzyklus (eigene Darstellung) [79]

Die folgenden Erläuterungen zum Netzwerkaufbau werden am Beispiel des Netzwerkzyklus von CareManagement Tirol näher erläutert.

Im ersten Schritt muss die **Entscheidung** für die Initiierung eines Netzwerkes vorliegen. Diese Entscheidung lag in dem Evaluationsbericht zum Strukturplan Pflege des Landes Tirol aus dem Jahre 2017 in Bezug auf die Implementierung eines Care-Managements begründet [80].

Nach der Entscheidung für die Initiierung eines Netzwerkes beginnt die **Gründungsphase**, welche durch intensive Vorarbeiten geprägt ist. Hier galt es zunächst, die Ist-Situation und die Stakeholder

zu analysieren [79]. Ein Stakeholder ist eine Person oder eine Gruppe, die das Erreichen der Ziele der Organisation beeinflussen können oder davon betroffen ist. Im Rahmen von CareManagement Tirol führten alle Care-Manager*innen aus Tirol in ihren Bezirken eine Stakeholderanalyse für die einzelnen Bezirke durch. Das Ziel war es, eine Analyse aller Akteur*innen bzw. Stakeholder durchzuführen, um sie in das generierende regionale Netzwerk für Pflege und Betreuung einzubeziehen und „in einem Netzwerksystem“ zu versammeln. Die Aufgaben lagen in der Analyse der Infrastruktur, Institutionen, Organisationen und deren Akteur*innen. Die Vorgehensweise gliederte sich in folgende vier Schritte (*s. Abb. 31*) [74]:

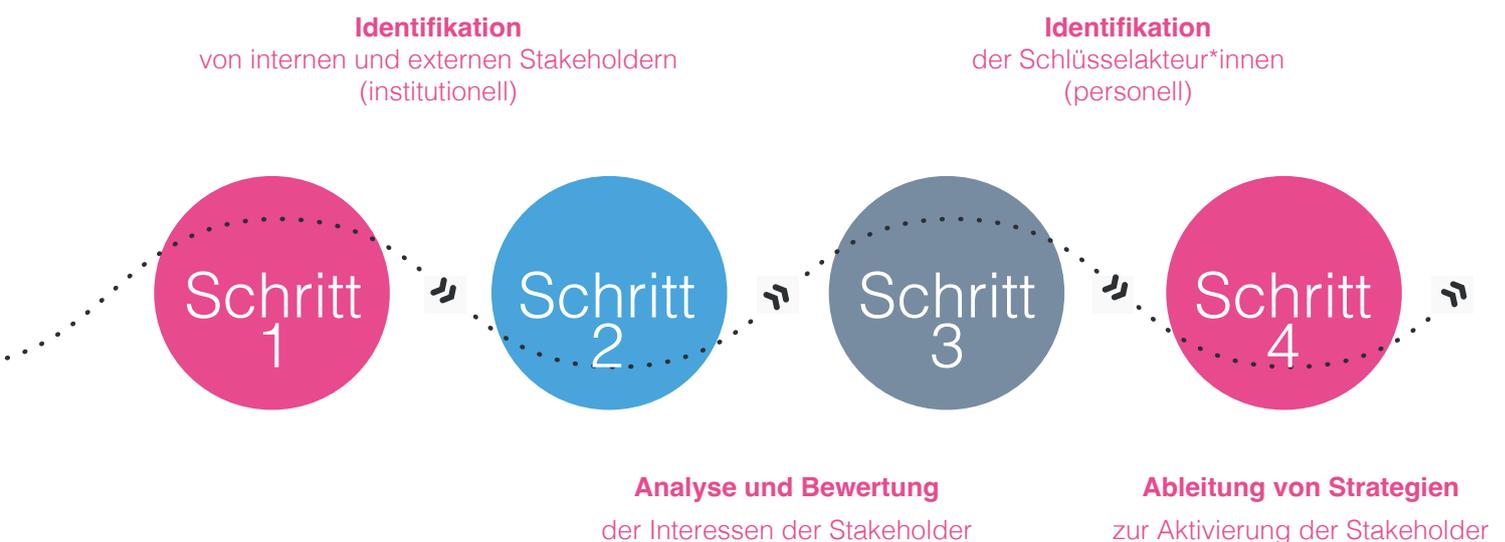


Abbildung 31: Vier Schritte der Durchführung der Stakeholderanalyse (eigene Darstellung) [74]

Für die **Stakeholderanalyse** wurden Internet-recherchen, Gespräche bzw. Befragungen zur Identifikation der Stakeholder und ihre Gliederung in Stakeholdergruppen, die für die Netzwerkkooperation eine hohe Bedeutung haben, durchgeführt (*s. Abb. 32 Mindmap*).



Abbildung 32: Mindmap zur Stakeholderanalyse (eigene Darstellung; erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit)

Im dritten Schritt, der **Konsolidierung**, beschäftigten sich die Care-Manager*innen mit den Rollen- und Aufgabenverteilungen im Netzwerk sowie mit der Sicherstellung einer gemeinsamen Zielverfolgung und Kooperationsmotivation. Diesbezüglich vereinbarten die Care-Manager*innen Termine mit den einzelnen Einrichtungen, bei denen sie sich selbst, ihre Aufgaben und ihre Rolle vorgestellt hatten.

Zusätzlich wurden in einer Studie der UMIT TIROL Personen der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen sowie des Entlassungsmanagements des jeweiligen Krankenhauses zum Status Quo des Case-Managements befragt. Pflegedienstleitungen, Geschäftsführungen, diplomierte Pflegepersonen und Entlassungsmanager*innen (n=160) nahmen dabei an qualitativen, semistrukturierten Interviews teil. Die Interviews wurden einerseits für ein erstes Kennenlernen und ein gegenseitiges persönliches Vorstellen, andererseits für das Abklären von gemeinsamen Zielvorstellungen genutzt [81].

In der **Umsetzungsphase** arbeiteten die Care-Manager*innen im Rahmen von sieben Klausuren an der Positionierung und der strategischen Entwicklung des Netzwerkes [79]. Hier leiteten sich aus der Netzwerkanalyse Strategien und Maßnahmen

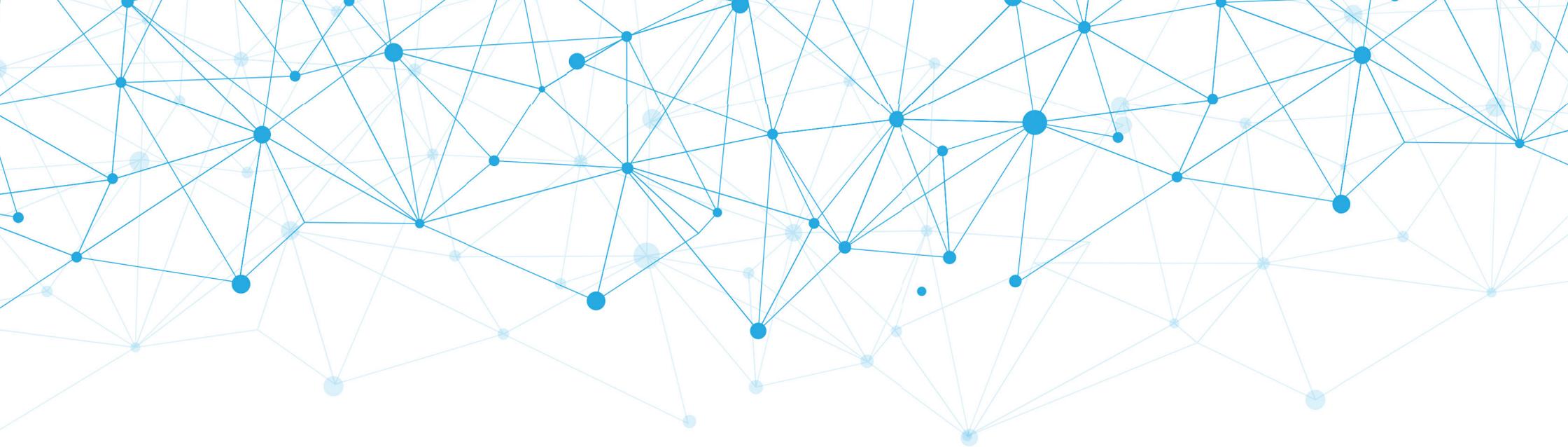
ab, welche schließlich in der Organisation von Netzwerktreffen resultierten. Die Netzwerktreffen sollten dem Vertrauensaufbau und dem Eingehen von Verbindlichkeiten dienen, um langfristig die Zusammenarbeit zwischen den Pflege- und Betreuungsorganisationen zu verbessern.

Aktuell veranstaltet das Care Management in den Bezirken fünf Arten von Netzwerktreffen in regelmäßigen Abständen. Jedes dieser Treffen setzt sich aus unterschiedlichen Akteur*innen zusammen, welche gemeinsam relevante Themen bearbeiten und sich über diese Inhalte austauschen. **Abbildung 33** zeigt, welche Arten von Netzwerktreffen durch das CareManagement Tirol organisiert werden.

Im letzten Schritt erfolgte die Evaluierung. Im Zuge der Implementierung des CareManagement Tirol wurde eine begleitende Evaluierung durchgeführt. Diese trug wesentlich zur Qualitätssicherung bei und unterstützte aktiv einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess auf allen Ebenen. Die Ergebnisse dieser Evaluierung sind in den Jahresberichten festgehalten, die auf der Website des Landesinstituts für Integrierte Versorgung abrufbar sind (www.liv-tirol.at).



Abbildung 33: Fünf Netzwerktreffen von CareManagement Tirol (eigene Darstellung)



Fallebene
Organisations- & Infrastrukturebene

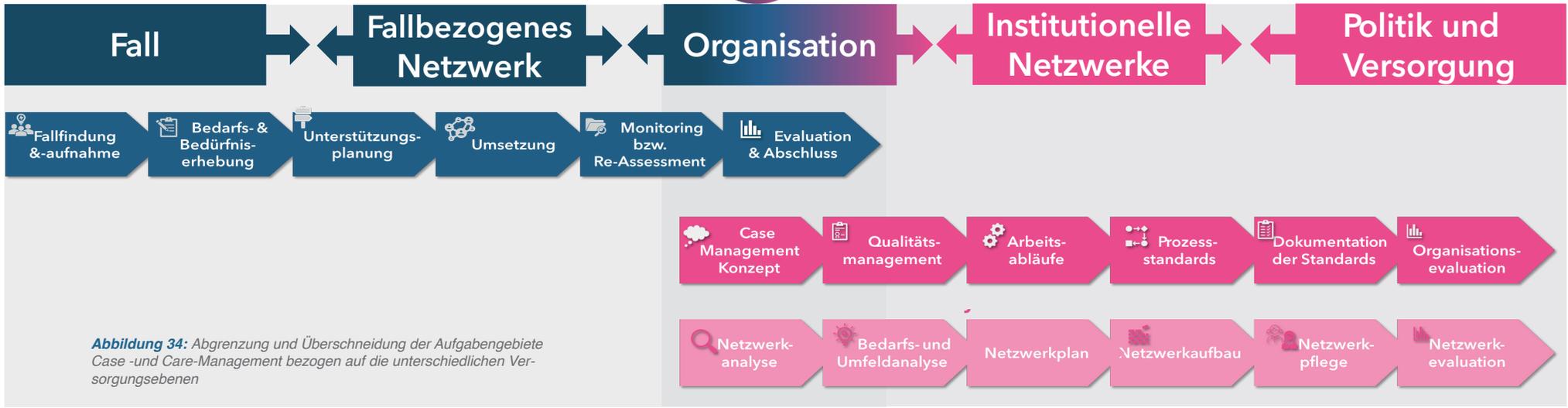


Abbildung 34: Abgrenzung und Überschneidung der Aufgabengebiete Case- und Care-Management bezogen auf die unterschiedlichen Versorgungsebenen

6.4.6. Systemorientierte versus fallbezogene Netzwerkarbeit

Wie bereits definiert, finden Schnittstellen in **Netzwerken** statt, in welchen fallunspezifisch Beziehungen und Koalitionen zwischen unterschiedlichen Gruppen und Einzelnen hergestellt werden.

Die **Netzwerkarbeit** kann als disziplinen- und professionsübergreifendes Handlungskonzept betrachtet werden [82]. Dabei hat sie „[...] die Aufgabe, Wissen und andere Ressourcen der verschiedenen Akteure zusammenzutragen, in einen neuen übergreifenden Kontext unterschiedlicher Problemwahrnehmungen und Interessen einzubringen [...] und über Sektorgrenzen hinweg neue Lösungsansätze zu entwickeln“ (S. 12) [79]. Einfachere, alltags- und handlungsbezogene Ziele, deren individuelle Umsetzung und Erreichung gut beobachtbar und erlebbar sind (z. B. SMART-gemäß: spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminfixiert), sind erst eine tragfähigere Basis für die Netzwerkarbeit, wenn die Vernetzung durch einen Sinnrahmen zusammengehalten wird [74]. Hier wird Kooperation als Voraussetzung bzw. Bestandteil von Netzwerkarbeit definiert. Dies erscheint insbesondere dann sinnvoll, wenn sie als Methode zur Umsetzung bestimmter Ziele oder politischer Beschlüsse betrachtet wird. Eine Optimierung liegt demnach dann vor, wenn durch den Aufbau von Netzwerken ein leichter Zugang zu Hilfen für Klient*innen ermöglicht werden kann [36].

Die **fallbezogene Netzwerkarbeit** zeigt sich darin, dass die Aufgabe eines Case-Managements in der Entwicklung und Optimierung eines stabilen und vernetzten Versorgungspakets für den Einzelfall liegt. Im Gegensatz dazu ist das Care-Management auf den Aufbau und die Etablierung von fallübergreifenden, regionalen Netzwerken gerichtet (**systemorientierte Netzwerkarbeit**). Dadurch sollen eine lückenlose, integrierte Organisation und Abstimmung von Pflege- und Betreuungsanbietern erfolgen, die für den Einzelfall genutzt werden können. Das Care-Management leitet aus den Erfahrungen der individuellen Fallbegleitungen des Case-Managements regionale Versorgungsbedarfe sowie Probleme an den Schnittstellen von stationär zu ambulant ab. Diese Erkenntnisse fließen wiederum in die Netzwerkarbeit und die Bedarfsberichte für gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungsträger ein. Für eine effektive Umsetzung werden daher beide Funktionen, ein Case- und ein Care-Management, benötigt. **Abbildung 34** (s. Seite 66) verdeutlicht die Abgrenzung und Überschneidung der beiden Handlungsansätze [78].

Es gibt verschiedene Erfolgsfaktoren, die für die Effektivität der Netzwerkarbeit entscheidend sind. In **Abbildung 35** werden die essenziellsten dieser Faktoren dargestellt, die zudem maßgeblichen Einfluss auf die Evaluationsprozesse haben [79]:



Abbildung 35: Kriterien für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit (eigene Darstellung) [79]

6.4.7. Exkurs in die Praxis – populationsbasierende Netzwerkarbeit durch eine*n Care-Manager*in

In den folgenden Ausführungen werden der Aufbau und die Steuerung des Netzwerkes mit Bezug auf ein Fallbeispiel einer Care-Managerin anhand von fünf Schritten beschrieben [83], die sich an den definierten Erfolgsfaktoren für die Netzwerkarbeit orientieren (s. Abb. 35) [79]. Hierbei liegt der Fokus nicht auf einem Einzelfall, sondern auf einem populationsbasierenden Ansatz.

1. Ziele und Beteiligte klären. Was soll mit dem Aufbau eines Netzwerkes erreicht werden? Welche Partner*innen sind zur Zielerreichung notwendig? Woher stammen die Partner*innen? Sollen sie zur Falldiskussion eingeladen werden?

Die Care-Managerin (CrM) A. S. hat in den letzten Monaten festgestellt, dass zunehmend junge Menschen mit schweren Diagnosen wie z. B. Brustkrebs zu ihr ins Case-Management kommen. Da sie mit ihrer Koordinationsstelle im Bezirk bereits mit diversen Akteur*innen zur Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen gut vernetzt ist, will sie ihr Netzwerk erweitern und vertiefen.

Initiative: Sie ergreift als CrM die Initiative und lädt folgende Partner*innen zu einem gemeinsamen Gespräch (Netzwerktreffen) ein [79] (s. Abb. 36):

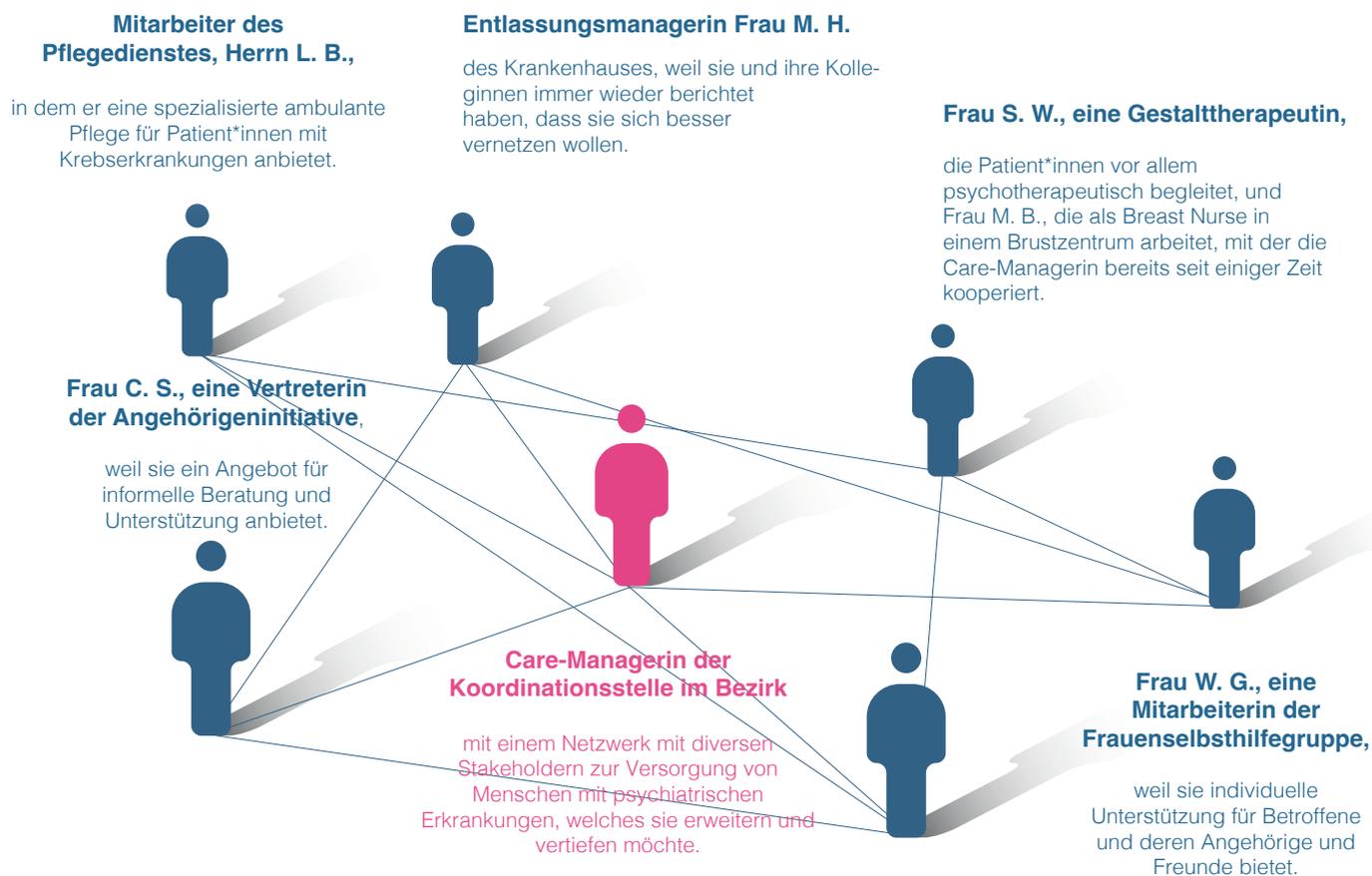


Abbildung 36: Netzwerktreffen einer Care-Managerin (eigene Darstellung) [79]

2. Ein gemeinsames Ziel definieren.

Welches Ziel hat das Netzwerk? Was will es dafür leisten?

Die Care-Managerin A. S. diskutiert mit allen Beteiligten folgende Fragen: Wie können wir unsere Angebote für Menschen mit Krebserkrankungen in Zukunft verbessern? Welche Ziele wollen wir in welchem Zeitraum erreichen? Wen müssen wir noch beteiligen, um uns möglichst breit aufzustellen? Welche Qualitätsmerkmale wollen wir für unser Netzwerk festlegen? Welche Chancen und Risiken birgt unser Netzwerk?

Ziel: Insgesamt verfolgt das Netzwerk das Ziel, die Angebote für Menschen mit Krebserkrankungen besser miteinander zu vernetzen, um Schnittstellen in der Versorgung und Behandlung zu vermeiden. Es geht um einen Austausch von Informationen zu Krankheitsbildern, Verläufen, Best-Practice-Beispielen und gemeinsamem Lernen von Fehlern, die auftreten. Methoden der kollegialen Beratung sowie Fallbesprechungen finden regelmäßig statt.

Netzwerkregeln: Kann ein Mitglied des Netzwerkes einmal nicht persönlich teilnehmen, werden Videokonferenzen ermöglicht.

3. Arbeitsweisen und Regeln ausmachen.

Klare Regelungen und Verbindlichkeiten schaffen, die den Erfolg von Netzwerken ausmachen. Sind Ansprechpartner*innen, Aufgaben und Zuständigkeiten geklärt? Besteht nicht die Gefahr, dass ein Netzwerk beliebig wird?

Abklärung von Aufgaben: Die Care-Managerin A. S. und die Partner*innen besprechen, wer welche Aufgaben im Netzwerk übernimmt. Es geht um inhaltliche Fragen (z. B. wer der*die Ansprechpartner*in ist, wenn es um spezielle pflegerische, therapeutische und medizinische Fragen geht, und wer welche Hilfen und Unterstützungen leistet) und um organisatorische Fragen (z. B. wer die Koordination

des Netzwerkes übernimmt, wie häufig Treffen stattfinden, wer für Einladungen zuständig ist). Aber auch **Verantwortlichkeiten und Abläufe** innerhalb der Netzwerkarbeit, z.B. zu Leitungsaufgaben, Öffentlichkeitsarbeit, anfallenden Kosten und Qualitätssicherung, werden geklärt. Folgendes wird festgelegt:

Zeit: Netzwerktreffen finden immer mittwochs in der Zeit von 10:00 bis 12:00 Uhr alle sechs Wochen statt.

Ort: Die Treffen finden in den beteiligten Einrichtungen im Wechsel statt. Beim ersten Mal im Sitzungssaal des Krankenhauses, dann in der Praxis der Gestalttherapeutin usw. Dadurch organisiert jede*r einmal ein Treffen, übernimmt die Moderation und sorgt für die Protokollierung der Treffen. Wechselnde Treffpunkte geben der CrM und ihren Partner*innen zusätzlich die Möglichkeit, die beteiligten Einrichtungen und deren Angebote kennenzulernen. Dadurch erhalten sie auch die Möglichkeit, ein besseres Verständnis für die Arbeit der anderen zu entwickeln.

4. Für die Öffentlichkeitsarbeit entsteht ein gemeinsamer Flyer.

Ein gemeinsamer Flyer wird vorwiegend online weitergegeben. Die Kosten für einige Druckexemplare übernehmen die beteiligten Einrichtungen.

5. Netzwerkpflge und ständige Überprüfung.

Nach dem Aufbau eines Netzwerkes musste dafür gesorgt werden, dass dessen **Ziele** auch erreicht werden. Damit die Motivation zur Netzwerkarbeit erhalten bleibt, müssen alle Beteiligten einen Nutzen für sich sehen. Die dazu notwendige gemeinsame Arbeit muss überprüft und in einem guten Verhältnis zum Aufwand stehen. Die CrM und die Partner*innen schätzen die gemeinsamen Fallbesprechungen als hilfreich ein, weil sie aus Fehlern und aus gut gelungener Versorgung (Best-Practice-Beispielen) lernen können.

6.4.8. *Exkurs in die Praxis – personenbezogene Netzwerkarbeit durch ein*e Case-Manager*in*

In *Abbildung 37* wird die Vernetzung mit den entsprechenden Schnitt-/Nahtstellen dargestellt. Dabei handelt es sich um Schnitt-/Nahtstellen bei einem Patienten mit einer komplexen Krankheitsgeschichte und seinen Lebensumständen, die Übergänge zwischen personellen, institutionellen, juristischen, sozialen und finanziellen Bedarfen des Versorgungssystems aufzuzeigen.

Der Aufbau eines personenbezogenen Netzwerkes ist für die Implementierung eines Versorgungsplanes für Herrn W. [54] erforderlich. Hierbei steht die Vernetzung mit dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation und Informationsweitergabe aller beteiligten Akteur*innen im Vordergrund. In der folgenden Analyse geht hervor, welche Netzwerkpartner benötigt werden, um für Herrn W. einrichtungsübergreifende Hilfesysteme anbieten zu können (*s. Abb. 37*).

Aus der Krankengeschichte, den Gesprächen mit dem Sohn, dem Hausarzt von Herrn W. und ihm selbst resultierte einerseits der komplexe Pflege- und Betreuungsaufwand (Assessmentphase des Case-Management-Kreislaufes), den es abzudecken galt (= multiprofessionelle Versorgungsplanung).

Von Seiten einer Case-Managerin wurde andererseits ein fallbezogenes Netzwerk aufgebaut, welches mit Akteur*innen besetzt worden war. Eine Helfer*innenkonferenz fand via Zoom zusammen mit der stellvertretenden Pflegedienstleitung des mobilen Pflegedienstes, dem Hausarzt und einer Pflegeperson des mobilen psychiatrischen Dienstes statt, um die komplexe Versorgungsplanung von Herrn W. konkret zu besprechen und folglich einzuleiten. Die Helfer*innenkonferenz leitete die Case-Managerin. Abgeleitet vom Ergebnis der Helfer*innenkonferenz

wurde persönlich mit Herrn W. sein persönliches Hauptziel des Versorgungsmanagements mit der Case-Managerin besprochen. Das Hauptziel von Herrn W. war, dass er noch so lange wie möglich zu Hause leben kann.

Dazu wurde ein gemeinsamer Plan bis zum Zeitpunkt der Knieoperation erstellt und anschließend auch im Einvernehmen mit Herrn W. mit dem Sohn besprochen. Im Rahmen der personenbezogenen Netzwerkarbeit wurden folgende Ziele mit Herrn W. vereinbart (*s. Abb. 38*) [36]:



Gesundheitsproblem

- ✓ Demenz
- ✓ Gonarthrose
- ✓ Diabetes mellitus Typ II
- ✓ Z.n. Hüft-TEP

Abbildung 37: Vernetzungspartner*innen zur einrichtungsübergreifenden Versorgung von Herrn W. (eigene Darstellung)



NAME DES KLIENTEN Herr Weber	
Name der Case Managerin xxxx	
Datum der Erstellung 02.03.2023	
Zusammenfassung der Hauptziele, die bis zur Knieoperation erreicht werden sollen:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. So lange wie möglich zu Hause leben zu können 2. Die Knieoperation, sodass ich wieder meine Spaziergänge unternehmen kann 3. Meinem Sohn nicht zur Last zu fallen 	
Hauptziele	Handlungsziele (SMART)
So lange wie möglich zu Hause leben zu können	Anträge: Pflegegeldantrag, Erwachsenenvertreter, Notrufsystem bis zum 05.03.2023 zu beantragen.
	Koordination der Pflege- und Betreuungsdienste: Hauskrankenpflege hat jeden Tag für die Grund- und Behandlungspflege zu sorgen; Organisation der Tagesbetreuungsstätte zur Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, Demenzberatung und psychiatrischer Dienst zur spezifischen Begutachtung der Pflege- und Betreuung bis zum 20.03.2023.
	Der Ernährungsplan wird mit dem Verein Essen auf Rädern auf den bestehenden Diabetes Mellitus bis zum 10.05.2023 abgeklärt.
Knieoperation, sodass ich wieder meine Spaziergänge unternehmen kann	Der Hausarzt schreibt eine Überweisung an die Physiotherapie bis zum 10.03.2023 und in die Klinik für die Knieoperation bis Ende des Monats Mai.
	Koordination der Termine beim Physiotherapeuten zur Unterstützung in der Mobilität (Kraft, Ausdauer und Schmerzen)
Datum zur Überprüfung der Planung	
Ich habe den Ziel- und Hilfeplan verstanden und bin damit einverstanden	
Unterschrift des Klienten:	Unterschrift der Case Managerin:
	Unterschrift des Sohnes:

Abbildung 38: Vernetzungspartner*innen zur zielgerichteten und vereinbarten Versorgung mit bzw. für Herrn W. (eigene Darstellung) [36]

6.5. Integrierte Versorgung als Konzept der Vernetzung

„Chronisch erkrankte Patienten verbringen durchschnittlich fünf Stunden im Jahr in einer medizinischen Einrichtung. Die restlichen 8.760 Stunden sind sie in der Pflege und im Umgang mit ihrer Krankheit auf sich selbst oder die Familie/das Umfeld angewiesen.“ [84] Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der integrierten Versorgung, dass eine koordinierte und nahtlose Betreuung von Patienten über verschiedene Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen hinweg entscheidend ist. Die integrierte Versorgung trägt somit dazu bei, eine effektivere Unterstützung für Menschen in verschiedenen Gesundheitszuständen sicherzustellen.

6.5.1. Integrierte Versorgung

Eine einheitliche Definition oder ein gemeinsames konzeptionelles Verständnis der integrierten Versorgung liegt nicht vor, was höchstwahrscheinlich auf die „polymorphe Natur der integrierten Versorgung selbst“ zurückzuführen ist. Es werden jedoch oft die Begriffe wie koordinierte Behandlung/Betreuung und nahtlose Behandlung/Betreuung synonym verwendet. Im österreichischen Rechtsinformationssystem des Bundes ist unter Begriffsbestimmungen, § 3, Punkt 7, die integrierte Versorgung als eine patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdiszi-

plinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung definiert (s. Abb. 39) [85].

Die Definition im Bundesgesetz (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, RIS 2022) konkretisiert die sektorübergreifende Gesundheitsversorgung durch den Einschluss angrenzender Bereiche, die die akutstationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Rehabilitation, Nahtstellen zum Pflegebereich betreffen. Darüber hinaus wird betont, dass die integrierte Versorgung die Prozess- und Organisationsintegration umfasst.

Entsprechende Initiativen der integrierten Versorgung zielen auf die Verbesserung von Behandlungsergebnissen ab. Dabei handelt es sich um Gesundheitsleistungen diverser Inhalte und Funktion, wie z. B. die Diagnose, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und präventive Maßnahmen. Im wörtlichen Sinne geht es hier um die Herstellung oder Wiederherstellung einer Einheit aller bereitgestellten Gesundheitsleistungen (= integrierte Versorgung). Chancen liegen in der Überwindung von Problemen, der Fragmentierung durch Verknüpfung oder Koordinierung der Dienste von Anbieter*innen entlang des Kontinuums der Versorgung [86]. Dies gelingt nur, wenn eine Prozess- und Organisationsintegration erfolgt.



Abbildung 39: Merkmale der integrierten Versorgung (eigene Darstellung) [85]



Zusammenfassend liegt der Fokus der integrierten Versorgung auf der Koordination und Kooperation (=Vernetzung) der Patientenversorgung. Sie wird häufig einer fragmentierten und episodischen Pflege/Betreuung/Behandlung (=Regelversorgung) gegenübergestellt. (s. Abb. 40).

Abbildung 40: Gegenüberstellung der Regelversorgung zur integrierten bzw. vernetzten Versorgung und ihre Charakteristika (eigene Darstellung)

6.5.2. Integriertes Leistungsmanagement

Im Rahmen eines zentralen integrierten Leistungsmanagements lassen sich fünf Aspekte definieren, die die Grundlage integrierter Versorgungsansätze sind (s. Abb. 41) [57]:

Dieser Aspekt der **Integration** stellt den Prozess der Behandlung in den Vordergrund und nicht den Einzelfall, sodass für die Nahtstellen innerhalb sektoraler Grenzen und über die Grenzen des jeweiligen Sektors hinaus Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern getroffen werden müssen [57].

Die Integration kann in **horizontal oder vertikal** unterschieden werden (s. Abb. 42). Die horizontale Integration tritt auf, wenn Aktivitäten zwischen Betriebseinheiten und/oder Organisationen, die sich



Abbildung 41: Fünf Aspekte des zentralen integrierten Leistungsmanagements (eigene Darstellung) [57]

auf der gleichen Stufe befinden, bei der Erbringung von Dienstleistungen zusammenkommen. Als Beispiele können Fusionen von Akutkrankenhäusern oder Zusammenschlüsse von Sozial- und Gesundheitsorganisationen genannt werden [87]. Die **vertikale Integration** beinhaltet die Koordination von Dienstleistungen zwischen operativen Einheiten, die verschiedene Stufen im Prozess der Leistungserbringung erreichen. Dadurch wird Institutionen die optimale sektorübergreifende Kopplung von Tätigkeiten, Personen und Organisationen entlang des Patient*innenpfades (= „kontinuierlicher Patientenfluss“) ermöglicht [85], [87]. Im Case-Management findet die individuelle und gemeinsame Sorge um die Lebensführung in einem komplexen Geflecht aus vertikalen und horizontalen Abhängigkeiten sowie aus einer Vielzahl sich unterscheidender Lebensführungen statt. Daher sind „geschicktes Handeln und strategisches Vorgehen“ in der Lebensführung gefragt, insbesondere dann, wenn für andere in sozialer Sorge gehandelt wird [87]. In einer vertikalen Dimension von unten nach oben wirkt

das Case-Management, wenn Übersetzungsarbeit zwischen der Ebene der Einzelfälle und der Sozialpolitik und Sozialplanung geleistet werden muss [88]. Damit ist gemeint, dass Case-Management auf ein Versorgungssystem mit einer fachlichen und administrativen Struktur trifft und auf der personalen Handlungsebene auf „Probleme, die das Leben von Menschen belasten und von ihnen allein nicht zu bewältigen sind“ [89].

Voraussetzung für die Integration sind die **Kooperation von Leistungserbringern, die Koordination unterschiedlicher Aktivitäten und Disziplinen** sowie die effiziente **Kommunikation** über die jeweils erfolgte Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung. Der **Informationstransfer** spielt dabei eine wesentliche Rolle, der erst vor dem Hintergrund der zunehmenden Vernetzung von Leistungsanbietern in dem erforderlichen Ausmaß möglich wird.

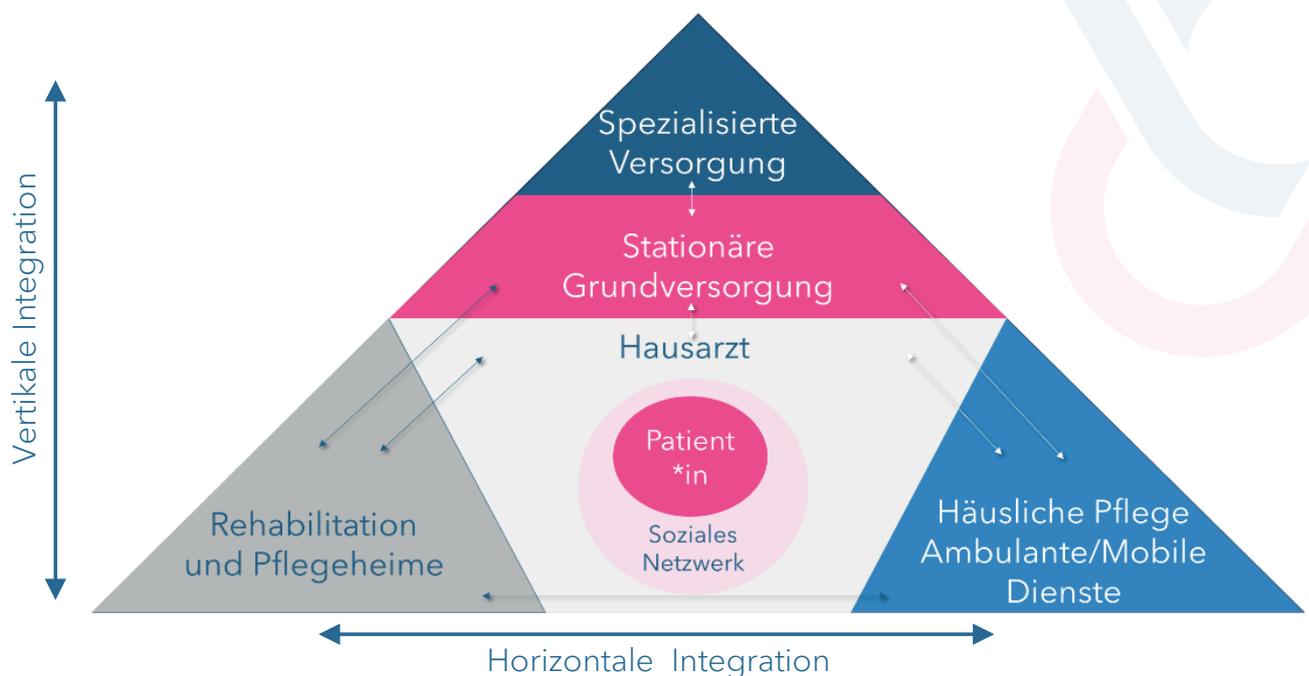


Abbildung 42: Vertikale und horizontale Integration (eigene Darstellung) [98]

6.5.3. Modelle der integrierten Versorgung

Grundsätzlich wird die integrierte Versorgung in indikations-, populationsbezogene und individuelle Ansätze/Modelle eingeteilt [90].

Der **indikationsbezogene Ansatz** integrierter Versorgung hat seinen Fokus auf bestimmte Krankheiten in der Patient*innenbehandlung. Die bekannteste Form dieses Ansatzes ist das Disease-Management. Dabei geht es um strukturierte Behandlungsabläufe für chronische Erkrankungen über mehrere Schnittstellen hinweg und über einen längeren Zeitraum. Dadurch soll eine möglichst breite Standardisierung der Grundversorgung auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien stattfinden (S. 48) [91]. Mit Disease-Management wird die Versorgung von meist chronisch Erkrankten verstanden, unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse, Vorgaben für Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Weiters wird unter Disease-Management ein Prozess gesehen, in welchem die Krankheit und deren Verlauf gesamtheitlich betrachtet werden sollen. „Die drei Säulen des Disease Management sind eine Datenbasis (Krankheitskostenstruktur, Leitlinien), ein sektorenübergreifendes Gesundheitsversorgungssystem und ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess.“ [92]

Der **populationsbezogene Ansatz** integrierter Versorgung hat seinen Fokus auf Personengruppen und deren Versorgung, die vorrangig nach regionalen Kriterien definiert werden und bestimmte Risikomerkmale aufweisen. Gemäß des CCIV (Competence Center für Integrierte Versorgung) wird unter integrierter Versorgung ein gesamtheitlicher Versorgungsprozess zum richtigen Zeitpunkt, unter Berücksichtigung der Qualität, Effektivität und Effizienz verstanden. Besonders gilt, dass indikationsbezogene Modelle eingegliedert werden sollen [85].

Die tragende Idee des indikationsbezogenen und populationsbezogenen Ansatzes in der integrierten Versorgung ist das vernetzte Arbeiten, das für eine individuelle Betreuung der Patient*innen die Bedingungen und Angebote des Systems reflektiert und nutzt. Das bekannteste Modell dieses Ansatzes stellt das Chronic-Care-Modell [90] dar, welches auch die Basis für das Care-Management in Österreich darstellt. Der Fokus liegt dabei auf sechs Domänen: (1) Community, (2) Gesundheitssystem, (3) Unterstützung des Selbstmanagements, (4) Aufbau eines Versorgungssystems, (5) Beratung und (6) klinische Informationssysteme. Diese Kernelemente untermauern, dass sich das Care-Management auf der Systemebene befindet und sich somit klar vom individuellen Ansatz unterscheidet.

Der **individuelle Ansatz** stellt eine Gruppe integrierter Versorgungsmodelle dar, welche sich mit der individuellen Koordination der Versorgung von Hochrisikopatient*innen und/oder Patient*innen mit mehreren Erkrankungen und deren Pflegepersonen befassen. Zur Erhebung, Planung, Implementierung, Koordinierung und Evaluierung des Case-Managements zählt ein Handlungsansatz, der entlang eines Krankheits- oder Betreuungsverlaufes von Patient*innen über ein Versorgungspaket erhoben wird [25].

Dabei gilt das Entlassungsmanagement als Sonderform des Case-Managements und wird als ein möglicher Lösungsansatz zur Verringerung der Verweildauer und Reduzierung der Anzahl von Drehtürpatient*innen gesehen.

6.5.4. Perspektiven für die Gestaltung der integrierten Versorgung

Aus der folgenden **Abbildung 43** gehen die unterschiedlichen Perspektiven für die Gestaltung der integrierten Versorgung hervor (WHO) [90].



Abbildung 43: Perspektiven für die Gestaltung der integrierten Versorgung (WHO 2016) [90]

6.5.5. Zielgruppe

Als Zielgruppe für die Modelle der integrierten Versorgung gelten Patient*innen mit komplexen Erkrankungen und einem langen Krankheitsverlauf, die in ihrer Patient*innenlaufbahn viele unterschiedliche Leistungen in Anspruch nehmen und dies in unterschiedlichen Sektoren und von unterschiedlichen Leistungserbringern. Diese Zielgruppe erhält viele Einzelteile einer Gesamtheit von Gesundheitsleistungen, die im Sinne der integrierten Versorgung untersucht und verbessert werden können [86].

7.	Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in Tirol	78
7.1.	Allgemeine Ziele	78
7.2.	Das Modell CareManagement Tirol	79
7.2.1.	<i>Aufgabenprofil der Care-Manager*innen</i>	81
7.2.2.	<i>Aufgaben des*der Landeskoordinator*in</i>	82
7.3.	Qualitätsstandards und Indikatoren	83
7.3.1.	<i>Qualitätsstandard 1 – Netzwerkbestimmung und Zielgruppenbestimmung</i>	83
7.3.2.	<i>Qualitätsstandard 2 – Bedarfs- und Umweltanalyse</i>	87
7.3.3.	<i>Qualitätsstandard 3 – Netzwerkplan und Handlungsplanung</i>	91
7.3.4.	<i>Qualitätsstandard 4 – Stakeholdermanagement</i>	93
7.3.5.	<i>Qualitätsstandard 5 – Personalentwicklung</i>	95
	Literaturverzeichnis	99
	Abbildungsverzeichnis	105
	Tabellenverzeichnis	106

7. Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung in Tirol

Die Tiroler Landesregierung bekannte sich im Jahr 2018 dazu, den Aufbau von „Servicestellen (=Drehscheiben)“ zur Beratung und zur Hilfe für pflegende Angehörige und zur Vernetzung von Strukturen im ganzen Land zu beschließen. Eine systemische Verankerung erfolgte im Evaluierungsbericht des Strukturplans Pflege 2012–2022 [80].

Im Sinne des Auftrages des Landes war das Ziel, CareManagement Tirol in eine „Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung“ flächendeckend zu implementieren und etablieren. Durch Care-Manager*innen erfolgt ein Austausch mit allen Stakeholdern im Gesundheits- und Sozialbereich der Region, die in Pflege- und Betreuungsleistungen involviert sind. Sie stellen somit die Nahtstelle zum Pflege- und Betreuungssystem im jeweiligen Bezirk dar. Die Kompetenzen der Care-Manager*innen fokussieren sich auf die Koordination von Versorgungsangeboten sowie auf die Information und Beratung von Betroffenen, deren Angehörigen und Versorgungsdienstleistern.

Das CareManagement Tirol stellt somit ein integriertes Versorgungsprogramm des Landes Tirol dar, welches primär auf den Aufbau von Versorgungsnetzwerken für Pflege und Betreuung in allen Tiroler Bezirken ausgerichtet ist. Adressen und Ansprechpartner*innen sind unter www.liv.at/caremanagement abzurufen.

Mit der Implementierung und Organisation wurde das Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol beauftragt und von der Division für Integrierte Versorgung der UMIT TIROL wissenschaftlich begleitet.

7.1. Allgemeine Ziele

Durch das CareManagement Tirol soll eine engmaschige Zusammenarbeit von stationären sowie mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen erreicht werden, um eine möglichst optimale Versorgung zuhause zu gewährleisten. Dazu sollen langfristige regionale Pflege- und Betreuungsprozesse und -standards erarbeitet und eingeführt werden. Zudem soll durch eine ständige und professionelle Beratung von pflegenden Angehörigen der Informationsstand der Bevölkerung bezüglich Pflege und Betreuung verbessert werden.

Die zunehmende Veränderung unserer Gesellschaft schafft immer mehr komplexe Pflege- und Betreuungssituationen, die gelöst werden müssen. Häufig sind sehr viele Institutionen bei komplexen Pflege- und Betreuungssituationen involviert, dafür braucht es pflegerische, ärztliche, juristische, oft auch psychosoziale Kompetenz. Schnell sind Angehörige in solchen komplexen Situationen mit unüberschaubaren Hürden konfrontiert.

Ziel von CareManagement Tirol ist es weiters, Betroffenen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen bei komplexen Problemen zielgerichtet und unbürokratisch zu helfen, um dadurch Betroffene bedarfsgerecht versorgen zu können. Die folgende **Tabelle 10** stellt den möglichen Nutzen für die Bevölkerung und Stakeholder dar.



Tabelle 10: Nutzen für die Bevölkerung und die Stakeholder

Herausforderungen für Betroffene und deren pflegende Angehörige sowie Pflegepersonen in der (mobilen) Pflege und Betreuung	Nutzen durch das CareManagement Tirol
Komplexe Pflegebedürfnisse	Unterstützung durch niederschwellige Beratung für die Bevölkerung sowie Pflege- und Betreuungsorganisationen aus einer Hand
Mangelnder Überblick über die Möglichkeiten für die Pflege und Betreuung	Vertretung von individuellen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen in der Sozial- und Pflegelandschaft gegenüber den Leistungsträgern und -anbietern
Fehlende zentrale Ansprechperson z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt	Vermittlung von Betroffenen an regionale Pflege- und Betreuungsanbieter bzw. an eine*n Case-Manager*in zur ressourcen- und lösungsorientierten Übernahme
Mangelnde Gesundheitskompetenz über die plötzliche Pflege- und Betreuungssituation aufgrund von Pflegebedürftigkeit, sozialer Notsituation etc.	Lotsen durch das Sozial- und Gesundheitssystem zur Sicherstellung der Inanspruchnahme relevanter Pflege- und Betreuungsleistungen
Mangelnde finanzielle und/oder zeitliche Ressourcen	Kostenloses Angebot des Landes Tirol/Landesinstituts für Integrierte Versorgung Tirol
Mangelnde Motivation oder Resignation	Empowerment (Hilfe zur Selbsthilfe)
Fehlendes familiäres Netzwerk	Einbindung in soziale und pflegerische Netzwerke

7.2. Das Modell CareManagement Tirol

Der strukturelle Aufbau des Modells CareManagement Tirol verbindet das visionäre Modell von Community Health Nursing mit der sozial-politischen Vision eines wissenschaftlichen und regionalen praxisnahen sozial-pflegerischen Konzeptes. Dieser populationsbasierende Ansatz des Modells CareManagement Tirol reiht sich nahtlos in die unterschiedlichen integrierten Versorgungsprogramme von Tirol ein.

Vier Handlungsfelder charakterisieren das Modell CareManagement Tirol: **Vernetzung**, **Beratung**, **Case-Management** und **Evaluation** von Pflege- und Betreuungsstrukturen bzw. Versorgungslücken in der Umsetzung einer sektorübergreifenden Versorgung (s. Abb. 44).

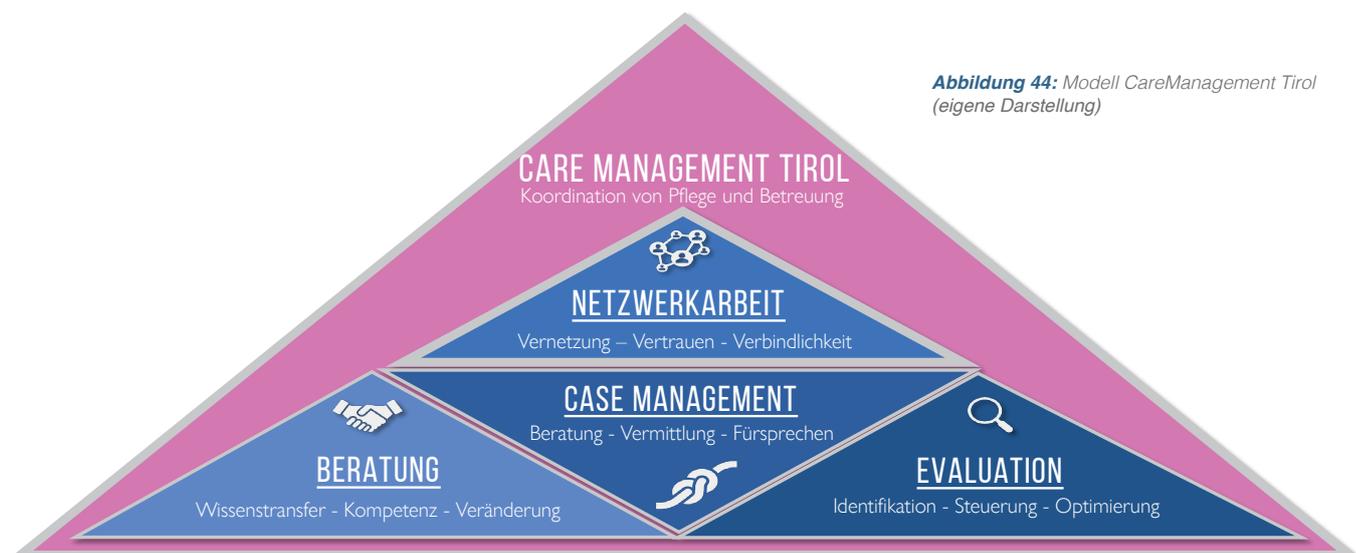


Abbildung 44: Modell CareManagement Tirol (eigene Darstellung)

In der **Abbildung 45** wird das CareManagement Tirol plakativ erläutert.

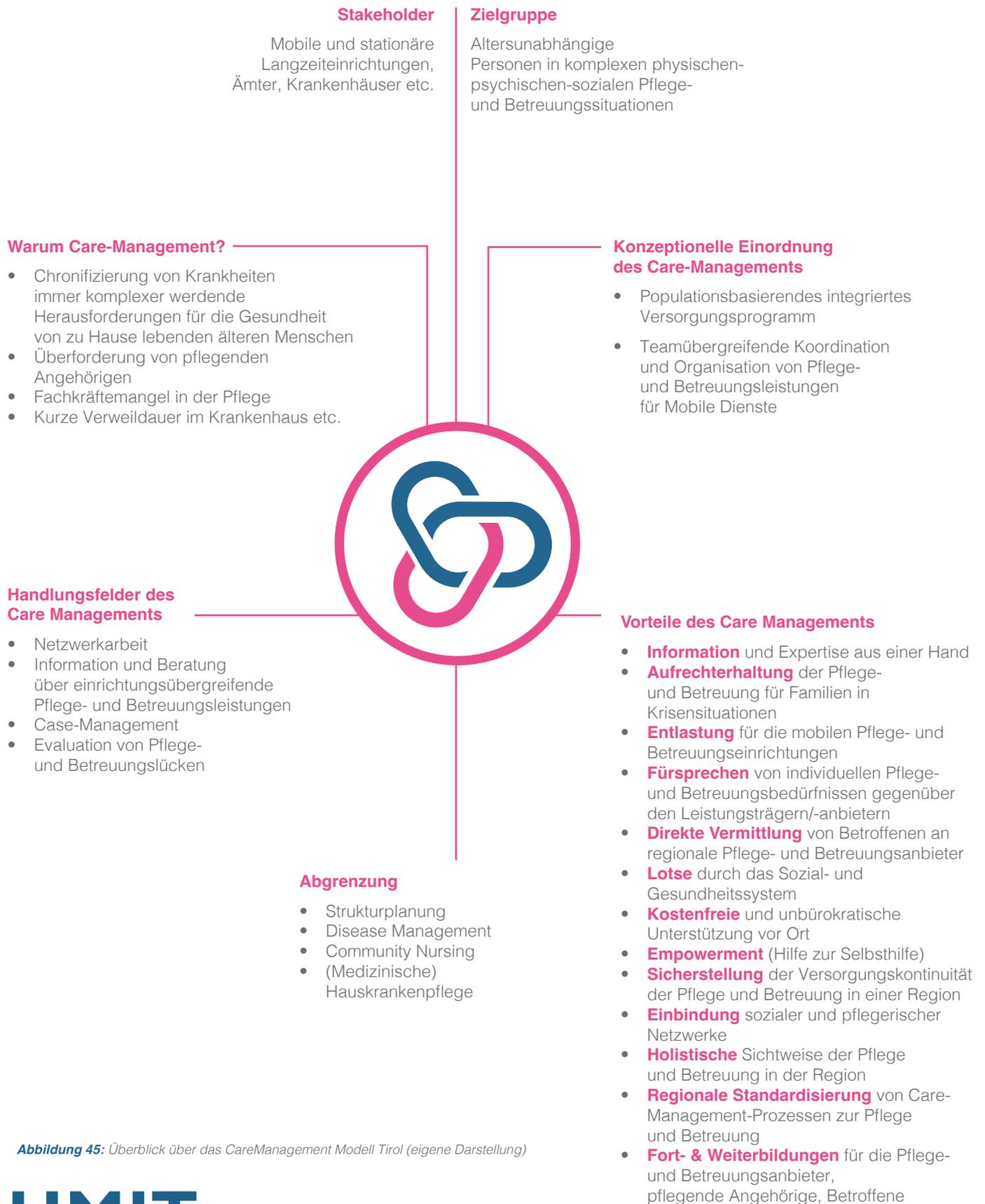


Abbildung 45: Überblick über das CareManagement Modell Tirol (eigene Darstellung)

7.2.1. **Aufgabenprofil der Care-Manager*innen**

*Care-Manager*innen stellen systemkompetente Partner*innen in der Bewältigung individueller sozial-pflegerischer Lebenslagen und/oder organisatorischer Herausforderungen im Umgang mit komplexen Problemsituationen bei Klient*innen dar.*

Das Aufgabenprofil der regionalen Care-Manager*innen konzentriert sich somit auf vier Schwerpunkte:

1. Abklärung von Pflege und Betreuung im Bezirk zur Reintegration in das häusliche Setting (Sozialraumanalyse und Berichtswesen)

- Erhebung von Pflege- und Betreuungsangeboten im Bezirk
- Strukturanalyse der Pflege und Betreuung in der Region

2. Koordination und Vernetzung von Pflege- und Betreuungsangeboten im Bezirk

Organisation und Durchführung von interdisziplinären Netzwerktreffen zum Wissenstransfer sowie zur Entwicklung und Umsetzung einer vorausschauenden, systematischen regionalen Planung und Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung im Bezirk durch:

- Durchführung von regelmäßigen Austauschtreffen (regionale Steuerungsgruppe) mit allen professionellen Systempartnern des Bezirks
- Organisation von regelmäßigen Netzwerktreffen zu gemeinsamen Fallbesprechungen der regionalen Case-Manager*innen zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität in Pflege und Betreuung
- Regelmäßige Jour Fixe mit den Systempartnern vor Ort
- Organisation von Austauschtreffen zum Aufbau und/oder zur Aufrechterhaltung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und Freiwilligenorganisationen
- Regelmäßige tirolweite Klausuren aller Care-Manager*innen

3. Beratung von Betroffenen und pflegenden Angehörigen

- Möglichkeit der niederschweligen und kostenlosen Auskunft in der regionalen Koordinationsstelle (Parteienverkehr); z. B. erhalten anfragende Bürger*innen Information und Beratung über pflegerische, finanziell-rechtliche, sozial-institutionelle Themen und deren Angebote.
- Durch eine bedürfnis- und bedarfsorientierte Informations- und Beratungskompetenz soll der*die Betroffene in seiner*ihrer komplexen Problemlage an die richtige Stelle weitervermittelt werden, um eine Pflege und Betreuung zuhause sicherzustellen.
- Erstellung von Informations- und Beratungsmaterial zur Pflege und Betreuung von Klient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf (= Aufbau einer Marketingzugangsstrategie durch Homepage, Flyer etc.).
- Organisation von Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer für/an pflegende Angehörige (z. B. runder Tisch etc).

4. **Weiterentwicklung von Case-Management innerhalb der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen vor allem von älteren Menschen in komplexen Problemlagen**

- Organisation von Schulungen für Versorgungsdienstleistern und pflegende Angehörige, um deren Fach-, Informations- und Beratungskompetenz zu erhöhen (z. B. Pflegegeld, Familienhospizkarenz etc.)
- Unterstützung und Beratung von Pflege- und Betreuungsorganisationen auf regionaler Ebene bei komplexen Problemlagen, um Case-Management als Prozess zu erweitern
- Aufbau eines Case-Management-Netzwerkes für die Betreuung von Young Carers

5. **Evaluation von Pflege- und Betreuungsbedarfen in der Region**

- Analyse regionaler struktureller, prozess- und ergebnisorientierter Pflege-, Betreuungs- und Versorgungssituationen im Bezirk
- Erstellung von jährlichen Tätigkeitsberichten inklusive Optimierungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgungskontinuität im Bezirk

7.2.2. Aufgaben des*der Landeskoordinator*in

Folgende ausgewählte Aufgaben werden von der Landeskoordination übernommen:

- Ausbau und Koordination des Versorgungsprogramms CareManagement Tirol sowie der Care-Manager*innen aller Tiroler Bezirke
- Durchführung von regelmäßigen Fallbesprechungen und Reflexionen zum Wissen der Care-Manager*innen
- Nach Möglichkeit Teilnahme an allen Netzwerktreffen von CareManagement Tirol in den jeweiligen Bezirken
- Organisation und Durchführung von Dienstbesprechungen mit den Care-Manager*innen, wenn möglich einmal wöchentlich
- Organisation und Durchführung regelmäßiger Klausuren, wenn möglich viermal jährlich
- Unterstützung von regelmäßiger Supervision
- Aufbau und Pflege positiver Beziehungen zu Interessengruppen, Medien und der Öffentlichkeit
- Organisation, Moderation und Protokollführung der regelmäßigen Besprechungen mit Vertreter*innen der Landesverwaltung
- Regelmäßige Berichterstattung an den Vorstand und das Koordinationsboard des Landesinstituts für Integrierte Versorgung
- Vorbereitung von Pressemitteilungen und anderem Werbematerial in Abstimmung mit dem*der zuständigen Mitarbeiter*in für Öffentlichkeitsarbeit am Landesinstitut für Integrierte Versorgung

7.3. Qualitätsstandards und Indikatoren

Qualitätsstandards sind festgelegte Kriterien oder Anforderungen, die verwendet werden, um die Qualität von Produkten, Dienstleistungen oder Prozessen zu bewerten. Sie dienen als Maßstab, um sicherzustellen, dass bestimmte Qualitätsziele erreicht werden.

Indikatoren sind messbare Größen, Kennzahlen oder Nachweise, die verwendet werden, um den Fortschritt oder den Erfolg in Bezug auf bestimmte Ziele oder Standards zu bewerten. Sie bieten eine quantitative oder qualitative Bewertung und ermöglichen es, den aktuellen Zustand oder die Leistung in Bezug auf die festgelegten Qualitätsstandards zu beurteilen. Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die genaue Definition von Qualitätsstandards und Indikatoren von verschiedenen Fachbereichen und Kontexten abhängen kann [93].

Im Rahmen der Entwicklung des Modells CareManagement Tirol wurden fünf Standards mit entsprechenden Indikatoren von Seiten der UMIT Tirol definiert. Sie repräsentieren das Ergebnis eines systematischen Prozesses, in welchem sowohl fach einschlägige internationale Literatur als auch Expert*innen aus den Bereichen Sozialarbeit, Gesundheit, Pflege und Wissenschaft eingebunden waren. Die Indikatoren bilden das Modell CareManagement Tirol somit inhaltlich und wissenschaftlich ab. Entsprechende Standards inklusive der Indikatoren kamen in der Projektlaufzeit unter der wissenschaftlichen Begleitung der UMIT Tirol nicht zur Gänze zur Umsetzung, sodass sie folgend als Empfehlung für die Weiterentwicklung des Modells CareManagement Tirol zu sehen sind (s. Abb. 46).

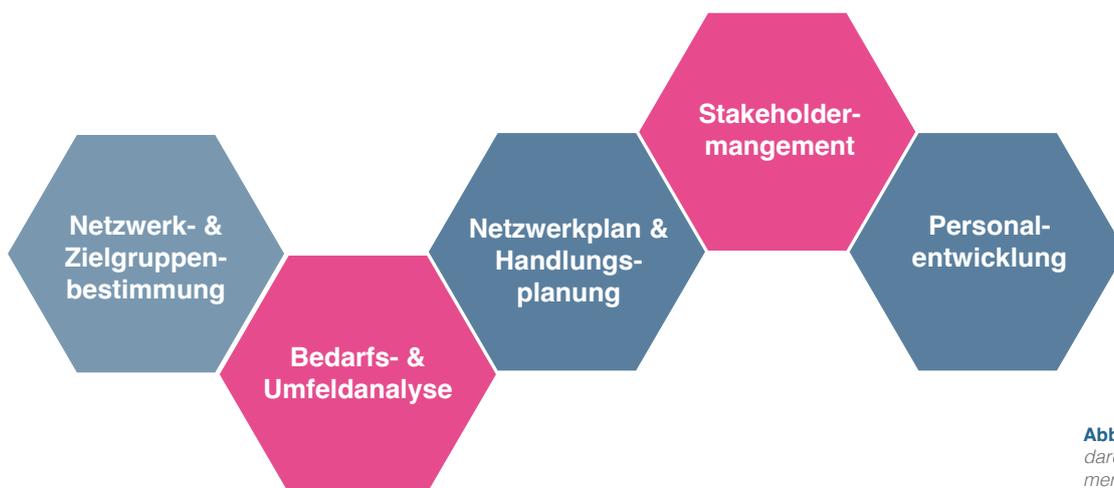


Abbildung 46: Fünf Qualitätsstandards des Modells CareManagement Tirol (eigene Darstellung)

7.3.1 Qualitätsstandard 1 – Netzwerkbestimmung und Zielgruppenbestimmung

Im **Qualitätsstandard 1 – Netzwerkbestimmung** subsumieren sich Standards für die Netzwerkbestimmung von Institutionen für Pflege und Betreuung sowie die Zielgruppenbestimmung einerseits für die Information und Beratung von Personen aus dem Bezirk und andererseits für die Inanspruchnahme eines Case-Managements aus dem Bezirk.

7.3.1.1. **Netzwerkbestimmung** von Institutionen für **Pflege und Betreuung**

Ad Standard 1 – Netzwerkbestimmung von Institutionen für Pflege und Betreuung

Ziel

Care-Manager*innen identifizieren Stakeholder und potenzielle Netzwerkpartner *innen anhand von definierten Kriterien.

Indikatoren

- 1.1 Summe der identifizierten Institutionen
- 1.2 Anteil der Institutionen, mit denen ein- bis zu viermal jährlich oder mehrmals pro Jahr Kontakt besteht
- 1.3 Summe der durch Fallarbeit hinzugezogenen Institutionen, die im Einzelfall zur Falllösung förderlich sind

Die Netzwerkbestimmung beinhaltet eine Definition von Indikatoren zur Identifikation von Stakeholdern und potenziellen Netzwerkpartnern. Die Festlegung der Kriterien basiert einerseits auf fachlichen Kriterien und andererseits auf Erfahrungswerten von regionalen Care-Manager*innen. Die regionalen Versorgungsstrukturen sind lokal unterschiedlich ausgebaut. Die Relevanz, Zugänglichkeit und Angebotsvielfalt der verschiedenen Dienstleister können sich zwischen den Bezirken stark unterscheiden. Daher wurden die Kriterien so ausgelegt, dass sie überregional angewendet und adaptiert werden können.

Netzwerkkarten in den Bezirken werden vom Team von CareManagement Tirol demnächst in Zusammenarbeit mit der Stelle für Öffentlichkeitsarbeit des Landesinstituts für Integrierte Versorgung digital erstellt.

Definition und Kriterien der Netzwerkbestimmung

Stakeholder sind jene Akteure- ob Individuum oder Organisation- die in einem fachlichen Handlungsbereich oder Sozialraum Einfluss ausüben oder beeinflusst werden können [94], [95]. Sie werden als Interessen- oder Anspruchsgruppen verstanden, welche für die Entwicklung und Existenz eines

interorganisationalen Netzwerkes von integraler Bedeutung sind. Stakeholder können sowohl fachliche Ansprüche als auch wirtschaftliche Erwartungen an das Netzwerk – oder in diesem Fall das Care-Management – richten, wobei einige von ihnen direkten oder indirekten Einfluss auf die Maßnahmen, Ressourcen und die Leistungen des Netzwerkes oder deren Partnern ausüben können. Stakeholder können verschiedenen Gruppierungen zugeordnet werden: a) Kund*innen oder Klient*innen der Dienstleistungen, b) interne Stakeholder wie Mitarbeiter*innen und Management, c) externe Stakeholder aus der Gesellschaft, d) Stakeholder aus der Politik und e) Bereitsteller von Ressourcen (finanziell und/oder materiell) [94].

Die Kriterien zur Stakeholder- und Partneridentifikation wurden in Zusammenarbeit mit Care-Manager*innen, dem Land Tirol und Expert*innen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen erstellt und bestanden aus vier Kategorien von Stakeholdern bzw. Netzwerkpartnern. Diese werden bei neu identifizierten Organisationen angewendet, um eine initiale Einschätzung von deren Angeboten, Leistungen und Relevanz in Bezug auf Care- und Case-Management zu erfassen.

Eigenschaften der Stakeholder bzw. Netzwerkpartner*innen

Nach der initialen Kategorisierung der Stakeholder bzw. Netzwerkpartnern werden in weiterer Folge Analysen zu deren Interessen, Ansprüchen und Zielen durchgeführt. Diese Analysen helfen, um gegebenenfalls Einfluss und Interesse an der Arbeit von CareManagement Tirol bestimmen zu können. [94].

7.3.1.2. Zielgruppenbestimmung zur Information & Beratung

Die Information und Beratung im CareManagement Tirol sind ausgerichtet auf Betroffene und/oder deren pflegende Angehörige, um Betroffene und/oder deren

pflegende Angehörige in einer komplexen Pflege- und Betreuungssituation zielgerichtet zu unterstützen. Dazu bieten Care-Manager*innen in den jeweiligen Bezirken in Tirol Erstinformationen zu Versorgungsanbietern und deren Angebote „aus einer Hand“ an. Hierbei erhalten beispielsweise anfragende Bürger*innen am Telefon oder in einem Face-to Face-Gespräch Informationen und Beratungen über pflegerische, soziale, finanzrechtliche und gesundheitsfördernde Hilfeleistungen. Durch diese Informationen und Beratung werden die Betroffenen gleich an die richtigen Stellen weitervermittelt, und es wird dadurch eine individuelle angepasste Pflege und Betreuung zuhause ermöglicht. Alle Informations- und Beratungsgespräche werden nach einem standardisierten Erhebungsbogen, welcher in ein digitales Dokumentationssystem eingepflegt wurde, durchgeführt und unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzregelungen protokolliert.

Ad Standard 1 – Zielgruppencharakterisierung für Information und Beratung von Personen

Ziel

Care-Manager*innen charakterisieren Klient*innen anhand von nachvollziehbaren Prozessen und anerkannten, transparenten und einheitlichen Kriterien.

Indikatoren

- 1.4 Anteil der Klient*innen, die Informationen telefonisch oder face to face erhalten
- 1.5 Anteil der Klient*innen, die nach einem Informationsgespräch eine Beratung erhalten
- 1.6 Anteil der Klient*innen, die nach einer Beratung oder Information ein Case-Management benötigen
- 1.7 Anteil der Klient*innen unter Berücksichtigung des Geschlechts, Alters und der Pflegegeldstufe
- 1.8 Anteil der Klient*innen, die über eine*n Angehörige*n, eine Institution oder eigenständig den Erstkontakt mit der Koordinationsstelle im Bezirk suchen



7.3.1.3. Zielgruppenbestimmung für die Inanspruchnahme eines Case-Managements

Ad Standard 1 – Case-Management von Personen in komplexen Problemlagen

Ziel

Care-Manager*innen identifizieren und kategorisieren Klient*innen anhand von nachvollziehbaren Prozessen und anerkannten, transparenten und einheitlichen Kriterien.

Indikatoren

- 1.09 Anteil der Klient*innen, die den definierten Aufnahmekriterien einer Zielgruppe mit komplexen Problemsituation entsprechen
- 1.10 Anteil der Klient*innen mit direktem Zugang (direktem Kontakt mit der Koordinationsstelle), die den definierten Aufnahmekriterien einer Zielgruppe mit komplexen Problemsituationen entsprechen
- 1.11 Anteil der Klient*innen mit indirektem Zugang (indirektem Kontakt über Institutionen mit der Koordinationsstelle), die den definierten Aufnahmekriterien einer Zielgruppe mit komplexen Problemsituationen entsprechen
- 1.12 Anteil der Klient*innen unter Berücksichtigung des Geschlechts, Alters und der Pflegegeldstufe

Jedem Case-Management geht in der Regel ein Informations- und/oder ein Beratungsgespräch voraus, welches nach den geltenden Datenschutzregelungen protokolliert wird. Das Case-Management im CareManagement Tirol ist auf Betroffene in komplexen Problem- oder Krisensituationen ausgerichtet. Care-Manager*innen übernehmen komplexe Case-Management-Fälle, die von Stakeholdern bzw. Netzwerkpartnern aus Ressourcen und anderen Gründen nicht übernommen werden können. Alle Fälle werden gemäß des Case-Management-Kreislaufes bearbeitet und unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzregelungen dokumentiert.

Aufnahmekriterien für das Case-Management

Ein entsprechender Kriterienkatalog, ob es zu einer Weitervermittlung oder zum Anspruch auf ein Case-Management kommen soll, ist für das CareManagement Tirol in Planung. Dabei soll die*der Care-Manager*in Erfahrungswerte, ähnliche Fälle oder Problemsituationen, individuelle Gegebenheiten und Ressourcen der Klient*innen und die Einstufung nach den Aufnahmekriterien in die Entscheidungsfindung einbeziehen.

7.3.2. Qualitätsstandard 2 – Bedarfs- und Umweltanalyse

Standard 2 ist ein zentrales Element des Care-Management Modells, da es sich mit den regionalen Gegebenheiten, den Bedürfnissen der Bevölkerung und der Dienstleister und mit der Angebotslage beschäftigt. Es legt die Grundlage für einen Ist-Soll Vergleich, welcher die tatsächlichen und prognostizierten Bedürfnisse der Region der vorhandenen Versorgungslandschaft gegenüberstellt. Dabei spielen Checklisten und/oder Assessments (Personaldaten, Bedürfnisse, Handlungsmaßnahmen inklusive Klient*inneninformation und Einverständniserklärung) eine wesentliche Rolle.

Im Mittelpunkt des **Standards 2** stehen die Netzwerkarbeit mit Institutionen für Pflege und Betreuung, Information und Beratung anhand von Checklisten (Personaldaten, Bedürfnisse, Informations-/Beratungsthemen) und die Bedarfserhebung i.R. eines Case-Managements mittels Assessments (Personaldaten, Bedürfnisse, Handlungsmaßnahmen). Im Zuge der wissenschaftlichen Begleitung durch die UMIT Tirol wurden 175 Expert*innen aus Pflege und Gesundheit zum Bedarf von Case- und Care-Management in allen neun Tiroler Bezirken in Einzel- bzw. Gruppeninterviews befragt. Die Ergebnisse finden sich in einem **wissenschaftlichen Bericht**, welcher auf der Homepage der UMIT Tirol unter www.umit-tirol/div ab Februar 2024 als E-Book erhältlich ist.

7.3.2.1. Netzwerkarbeit mit Institutionen für Pflege und Betreuung

Ad Standard 2: Netzwerkarbeit mit Institutionen für Pflege und Betreuung

Ziel

Care-Manager*innen erfassen die regionale Bedarfslage und analysieren die regionale Versorgungslandschaft und Vernetzung im Rahmen eines systematischen Prozesses.

Indikatoren

- 2.1 Anteil der Institutionen, die an den einzelnen Netzwerktreffen teilnehmen (Messinstrument: Teilnehmer*innenlisten)
- 2.2 Jährlicher Abgleich der Stakeholder-Ziele und -Interessen mit den Versorgungszielen vom regionalen CareManagement Tirol (Messinstrument: persönliche Kontaktaufnahme und Protokolle)

Das CareManagement Tirol veranstaltet **fünf Arten von Netzwerktreffen** in regelmäßigen Abständen. Jedes dieser Treffen setzt sich zumeist aus unterschiedlichen Stakeholdern zusammen, welche gemeinsam relevante Themen bearbeiten bzw. sich über diese inhaltlich austauschen. *Abbildung 47* zeigt,

welche Arten von Netzwerktreffen geplant sind und wie sie sich inhaltlich unterscheiden. Jedes Treffen wird nach einheitlichen Standards protokolliert. Nach der Freigabe des Protokolls der Landeskoordinatorin erfolgt die Weiterleitung an die Teilnehmer*innen.



Abbildung 47: Die fünf Arten von Netzwerktreffen im Rahmen von CareManagement Tirol (eigene Darstellung)

Treffen der regionalen Steuerungsgruppe im Bezirk

Die regionale Steuerungsgruppe setzt sich aus den formellen regionalen Pflege- und Betreuungsanbietern zusammen mit dem Ziel, die strategische Ausrichtung der Pflege und Betreuung im Bezirk zu besprechen. Bei jedem Meeting finden relevante Kurzvorträge statt. Die regionale Steuerungsgruppe im Bezirk tagt zweimal jährlich.

Case-Management-Treffen im Bezirk

Das Case-Management-Treffen setzt sich aus in den mobilen Diensten bzw. im Krankenhaus tätigen Case-Manager*innen im Bezirk zusammen. Dieses Treffen dient Fallbesprechungen sowie der Optimierung der Durchführung des Case-Managements im Bezirk. Es findet ca. viermal jährlich statt.

Jour Fixe vor Ort mit den mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen im Bezirk

Der Jour Fixe findet mit den Pflegedienstleitungen und Geschäftsführungen der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen oder Wohn- und Pflegeheimen vor Ort in der jeweiligen Einrichtung statt. Zweck dieses Meetings sind ein kurzer persönlicher Austausch unter den Einrichtungen sowie die Klärung der Frage, ob das Care-Management in speziellen Anliegen tätig werden kann. Ein Jour Fixe findet in ca. zweimonatigen Abständen statt.

Treffen informeller regionaler Anbieter im Bezirk

Neben einem Netzwerktreffen mit den formellen regionalen Anbietern findet einmal jährlich ein Treffen mit den informellen regionalen Anbietern (z. B. Selbsthilfegruppen, Freiwilligenorganisationen ...) statt. Im Rahmen dieses Treffens werden Anliegen primär zur verbesserten Vernetzung besprochen.

Treffen der Care-Manager*innen tirolweit

Beim Care-Manager*innen-Treffen berichten diese über den Status Quo von CareManagement Tirol in der jeweiligen Region. Zudem wird hier an der Weiterentwicklung des Versorgungsprogramms gearbeitet. Dieses Treffen findet ca. viermal jährlich gemeinsam mit der Landeskoordinatorin und der UMIT Tirol statt. Zudem gibt es alle zwei Wochen einen Jour Fixe zwischen der Landeskoordinatorin und den Care-Manager*innen.

Dokumentation der Netzwerkarbeit mit den Institutionen der Pflege und Betreuung

Bei allen Netzwerktreffen werden die entsprechenden Versorgungsanbieter/Stakeholder via E-Mail eingeladen, die Treffen inhaltlich protokolliert und die Teilnahme anhand einer Teilnehmer*innenliste bestätigt. Alle Protokolle werden den eingeladenen Versorgungsanbietern/Stakeholdern via E-Mail zugesandt.

7.3.2.2. Information und Beratung anhand von Checklisten

Ad Standard 2: Information und Beratung anhand von Checklisten

Ziel

Die Care-Manager*innen erfassen die individuelle Bedarfslage und analysieren das Umfeld der Klient*innen mit deren Zustimmung und Mitwirkung im Rahmen eines systematischen Prozesses und unter Einbindung von digitalen Checklisten

Indikatoren

- 2.3 Anteil der Klient*innen, bei welchen die Checkliste in Anwendung ist
- 2.4 Überprüfung der Checkliste auf Angemessenheit einmal jährlich
- 2.5 Anteil der Informationen/Beratungen zu institutionellen Unterstützungen (mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen, Kurzzeit-, Langzeitpflege, Tagesbetreuung, 24-Stunden-Betreuung etc.)
- 2.6 Anteil der Informationen/Beratungen nach Themen (pflegerische, gesundheitliche, soziale, rechtliche und finanzielle)

Information und Beratung sind prozessual und inhaltlich mittels digitalem Dokumentationssystem für das CareManagement Tirol standardisiert erfasst.

Im Folgenden wird ein möglicher Ablauf eines Beratungsgesprächs skizziert.

Frau F. ruft in der Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung an. Sie ist pflegende Angehörige und schildert die Situation ihrer Eltern: Ihre Eltern leben im gleichen Haus im Erdgeschoss. Die Wohnung ist über drei Stufen zu erreichen. Es wird zunehmend schwieriger, die Versorgung zu gewährleisten, da sie berufstätig ist und ihre beiden Brüder ebenfalls arbeiten. Ein behindertengerechter Badumbau ist in Planung. Die Mutter ist 81 Jahre und der Vater 92 Jahre alt. Der körperliche Allgemeinzustand der Eltern verschlechtert sich. Die Mutter ist an Parkinson erkrankt, und der Vater benötigt zum Gehen bereits einen Rollator (sturzgefährdet). Die Körperpflege und der Haushalt können nicht mehr ohne Unterstützung durchgeführt werden. Ein mobiler Dienst wurde noch nicht kontaktiert, da bis jetzt die Versorgung durch die Tochter und ihre Geschwister erfolgt ist. Aufgrund des zunehmenden Pflegebedarfs können die Kinder die Versorgung ihrer Eltern nicht mehr entsprechend gewährleisten. Sie benötigen jetzt Hilfe. Es wurde

noch kein Pflegegeld beantragt. Es wird ein Termin mit der Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung vereinbart.

Am Tag des Termins werden zunächst die Datenschutzerklärung unterschrieben und weiters die Daten der Betroffenen aufgenommen. Anschließend informiert das CareManagement Tirol über die Versorgungsmöglichkeiten im Bezirk für die individuellen Bedürfnisse:

- Information/Beratung über Pflegegeld und Antragstellung (Ablauf, Tipps für die Pflegegeldbegutachtung, Pflegegeldtagebuch)
- Die Möglichkeit einer kostenlosen Pflegeberatung zuhause und kostenlose Angehörigengespräche im Rahmen der Qualitätssicherung häusliche Pflege
- Information/Beratung über Unterstützungsmöglichkeiten des Sozial- und Gesundheitssprengels (SGS), der Kontakt zum SGS wird hergestellt
- Information/Beratung über Essen auf Rädern, ein Folder wird mitgegeben
- Information/Beratung über den Hausnotruf, ein Folder wird mitgegeben

- Information/Beratung über Zuschuss für Hilfsmittel und Wohnraumadaptierung
- Information/Beratung zu Befreiung von Gebühren und Entgelten
- Information/Beratung über den Parkausweis nach § 29b STVO, Formular wird ausgehändigt
- Information/Beratung über Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung und deren Förderungen
- Information/Beratung bezüglich einer Vertretung im Sinne des Erwachsenenschutzes (Vorsorgevollmacht oder gewählte Erwachsenenvertretung)
- Information/Beratung über die Möglichkeit, bei Erfüllung der Voraussetzungen Pflegekarenz/ Pflegezeit und Pflegekarenzgeld in Anspruch zu nehmen
- Information/Beratung über andere Angebote wie z. B. gesundheitspsychologische Beratung des Landes Tirol
- Information/Beratung über eine mögliche Anmeldung in einem Wohn- und Pflegeheim

Bei Einschätzung einer komplexen Problemlage wird dem Betroffenen und/oder deren Angehörigen ein Case-Management unter Berücksichtigung des Case-Management-Regelkreises empfohlen (s. Kap. 5.2.4 Ablauf eines Case-Management-Prozesses).



7.3.2.3. Bedarfserhebung im Rahmen eines Case-Managements mittels sozial-pflegerischer Assessments

Ad Standard 2: Case-Management anhand von Assessments

Ziel

Care-Manager*innen erfassen die individuelle Bedarfslage und analysieren das Umfeld der Klient*innen mit deren Zustimmung und Mitwirkung im Rahmen eines systematischen Prozesses und unter Einbindung von Assessments.

Indikatoren

- 2.7 Anteil der Klient*innen, bei welchen die Assessments in Anwendung sind
- 2.8 Überprüfung der Assessments auf Angemessenheit einmal jährlich

Im Case-Management erfolgt eine umfassende Beschreibung und Dokumentation der Versorgungs- und Lebenssituation (Ressourcen und Probleme) sowie der Bedarfslage des*der Klient*in anhand von sozial-pflegerischen Assessmentinstrumenten. Mit diesen Informationen wird eine Grundlage für eine bedarfsorientierte und qualitätsvolle Versorgungsplanung geschaffen. Dazu dienen verschiedene Assessments (=Erhebungsinstrumente) zum körperlichen, psychischen, sozialen und ökonomischen Status der betroffenen Person (mehrdimensionale Erhebung). In einer ausführlichen Befragung werden die Defizite in der Selbstversorgung, individuelle Bedürfnisse und vorhandene formelle und informelle Ressourcen dokumentiert. Die betroffene Person und ihre Angehörigen zählen als wichtigste Informationsquelle, weshalb eine klient*innenorientierte Gesprächsführung und aktives

Zuhören wesentlich sind. Zusätzlich werden auch Einschätzungen bereits involvierter Dienstleister erhoben. Ein*e Case-Manager*in hat die Aufgabe, einen Konsens zur Bearbeitung des Falles zwischen allen Beteiligten herzustellen. Dabei erfolgt eine Informationsbewertung, in welcher eine integrierte Gegenüberstellung von fachlich-professioneller Seite feststellbaren Ressourcen und Problemen sowie der subjektiven Einschätzung der Bedürfnisse hinsichtlich der Versorgungs- und Lebenssituation durchgeführt wird [37]. Zu den empfohlenen Assessments zählen: Barthel-Index, IADL-Index, Eco-Map, Sozialfragebogen nach Nikolaus, Morse-Skala, Time Up and Go Test, Geriatrische Depressionsskala, Handkrafttest, Clock Completion Test, MMSE-Test etc.

7.3.3. **Qualitätsstandard 3 – Netzwerkplan und Handlungsplanung**

Der Netzwerkplan informiert darüber, welche Aktivitäten und Maßnahmen von wem und wann umgesetzt werden. Die mögliche Messbarkeit lässt sich durch die Operationalisierung der Netzwerkarbeit

mittels Netzwerkstrategie und Wissenstransfer durch Information, Beratung und Vermittlung für die Bevölkerung ableiten.

7.3.3.1. **Netzwerkarbeit mittels Netzwerkstrategie**

Ad Standard 3: Netzwerkarbeit mittels Netzwerkstrategie

Ziel

Care-Manager*innen und regionale Netzwerkpartner vereinbaren gemeinsam Ziele und Maßnahmen zur Zielerreichung.

Indikatoren

- 3.1 Jährliche Überprüfung der Kommunikationsziele (z. B. Jour Fixe, Newsletter, Vorträge, Netzwerktreffen ...) (interne Analyse)
- 3.2 Abgleich der Netzwerkziele und jährliche Überprüfung im Netzwerk (z. B. im Netzwerktreffen ...)
- 3.3 Abgleich der geleisteten Netzwerkaufgaben und Ressourcen mit den festgelegten Zielen

Bei der Netzwerkstrategie geht es um **die Ableitung von Strategien und Maßnahmen** zur Aktivierung der Stakeholder für die Mitarbeit und/oder Unterstützung des Netzwerks [94]. Angesichts begrenzter Ressourcen ist hinsichtlich des Aufwands für das Stakeholdermanagement eine Priorisierung auf Basis der Analyse vorzunehmen. Es wird eine Fokussierung auf die jeweils wichtigsten Stakeholder empfohlen. Die Schlüsselstrategie des CareManagements Tirol besteht einerseits in der Förderung eines prozessorientierten Ansatzes im Case Management, wobei Einzelmaßnahmen in der Fallbegleitung vermieden werden. Andererseits zielen die Bemühungen darauf ab, bestehende Dienstleister davon zu überzeugen, dass die Koordinationsstellen eine Erweiterung der Struktur darstellen, jedoch mit dem Potenzial zur Unterstützung und Entlastung für diese.

Zur Unterstützung des Case- Managements sind folgende Maßnahmen entwickelt und zur Verfügung gestellt worden:

- **Website.** (www.liv.at/caremanagement)
- **Praxishandbuch.** Nachschlagewerk über Theorie und Praxis rund um die Koordinationsstelle für Pflege und Betreuung (als E-Book erhältlich ab Februar 2024 (www.umat-tirol.at/div))

- **Informationsbroschüre.** In mehreren Sprachen erhältlich.
- **Jahresberichte.** In diesen finden sich die Arbeitsschwerpunkte, Themen, Projekte und Veranstaltungen des vergangenen Jahres aus den einzelnen Bezirken. Diese werden mit Zahlen, Daten und Fakten untermauert. Es ist die Aufgabe des Jahresberichts, die Stakeholder über die Aktivitäten von CareManagement Tirol zu informieren. Die Jahresberichte werden daher allen Stakeholdern sowie Interessierten zur Verfügung gestellt und auf der Website von CareManagement Tirol veröffentlicht (www.caremanagement-tirol.at).
- **Erarbeitung einer Netzwerkkarte,** auf welcher alle Netzwerkpartner*innen/Stakeholder per Mausclick auf der Website von CareManagement Tirol dargestellt sind (www.caremanagement-tirol.at) (in Bearbeitung).

7.3.3.2. **Wissenstransfer durch Information, Beratung und Vermittlung für die Bevölkerung**

Ad Standard 3: Wissenstransfer durch Information, Beratung und Vermittlung

Ziel

Care-Manager*innen und Klient*innen (sowie deren Familienangehörige) vereinbaren gemeinsam Ziele und einen Maßnahmenplan zur Zielerreichung.

Indikatoren

- 3.4 Anzahl der benötigten Dienstleistungen/Stakeholder im Rahmen von Information und Beratung
- 3.5 Anzahl der benötigten Dienstleistungen/Stakeholder im Rahmen einer Fallführung (Case-Management)
- 3.6 Anteil der Klient*innen, für deren Bedarf keine Dienstleistung identifiziert oder vermittelt werden kann
- 3.7 Überprüfung der Beratungs- und Informationsinhalte einmal jährlich
- 3.8 Anteil der Fälle, bei welchen eine Zielvereinbarung/ein Handlungsplan abgeschlossen werden

Der Wissenstransfer im Rahmen des CareManagements Tirol für die Bevölkerung durch Information, Beratung und Vermittlung von Angeboten kann als ein Prozess beschrieben werden, bei dem Wissen von einer Quelle (zum Beispiel einer erfahrenen Person oder einer Organisation) auf andere Personen oder Gruppen übertragen wird. Dieser Transfer erfolgt durch verschiedene Methoden:

Durchführung des Wissenstransfers

Information: Die Bereitstellung von relevanten und nützlichen Informationen ist ein grundlegender Aspekt des Wissenstransfers. Dies kann durch schriftliche Materialien, Präsentationen, Schulungen oder Online-Ressourcen geschehen. Die Informationen sollten klar, prägnant und leicht verständlich sein, um sicherzustellen, dass die Empfänger das Wissen leicht aufnehmen können.

Beratung: Beratung beinhaltet die persönliche Interaktion zwischen einem*r Experten*in und einem Ratsuchenden. Der*die Experte*in kann individuelle Fragen beantworten, Ratschläge geben und

praktische Einblicke in ein bestimmtes Thema oder eine spezifische Situation bieten. Durch den direkten Dialog können komplexe Themen besser verstanden und an die Bedürfnisse des Ratsuchenden angepasst werden.

Vermittlung von Angeboten: Dies bezieht sich auf die Vorstellung konkreter Lösungen, Produkte oder Dienstleistungen, die das Wissen in die Praxis umsetzen können. Dies könnte zum Beispiel bedeuten, dass bestimmte Schulungen, Workshops oder Softwaretools empfohlen werden, um das erworbene Wissen zu vertiefen oder in konkreten Projekten anzuwenden.

In einem ganzheitlichen Ansatz werden diese drei Komponenten oft kombiniert, um sicherzustellen, dass das Wissen nicht nur vermittelt wird, sondern auch effektiv angewendet und genutzt werden kann. Der Prozess des Wissenstransfers durch Information, Beratung und Vermittlung von Angeboten ist entscheidend für die persönliche und berufliche Entwicklung von Einzelpersonen sowie für das Wachstum und die Innovation in Organisationen.

7.3.4. Qualitätsstandard 4 – Stakeholdermanagement

Im Rahmen des Stakeholdermanagements werden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um positive Beziehungen zu den Stakeholdern zu entwickeln, aufrechtzuerhalten und zu stärken. Im Mittelpunkt

dieses Qualitätsstandards stehen die Netzwerkarbeit durch aktive Netzwerkpflege sowie die Durchführung von Information, Beratung und Übernahme von Fallbegleitungen.



7.3.4.1. Netzwerkarbeit durch aktive Netzwerkpflege

Ad Standard 4: Netzwerkarbeit durch aktive Netzwerkpflege

Ziel

Care-Manager*innen pflegen das Netzwerk aktiv durch persönliche und organisierte Beziehungsarbeit und begleiten, unterstützen und dokumentieren die planmäßige Durchführung der vereinbarten Maßnahmen.

Indikatoren

- 4.1 Anzahl der Helferkonferenzen, an denen die Care-Manager*innen teilgenommen oder die sie selbst einberufen haben
- 4.2 Anzahl der Fallanalysen
- 4.3 Anzahl und Art der durchgeführten Netzwerktreffen/Jour Fixe
- 4.4 Anzahl und Art der Veröffentlichungen/Werbeauftritte in den Medien
- 4.5 Anzahl und Art der Stakeholder-Updates durch regelmäßige Updates per E-Mail, Newsletter oder Berichte, welche die Stakeholder über Entwicklungen, Erfolge und Herausforderungen auf dem Laufenden halten
- 4.6 Anzahl und Art von Meetings und Workshops, in denen Treffen, Konferenzen oder Workshops organisiert werden, um persönliche Interaktionen zu ermöglichen und wichtige Themen zu besprechen
- 4.7 Anzahl und Art von Feedbacks bei den Stakeholdern und Betroffenen
- 4.8 Anzahl an formellen Kooperationsvereinbarungen über Partnerschaften oder Zusammenarbeit, um gemeinsame Ziele zu erreichen
- 4.9 Anzahl und Art von zugänglichen Informationen (Bereitstellung von leicht verständlichen Informationen über CareManagement Tirol, dessen Ziele und Aktivitäten)

Die **Netzwerkpflege** erfolgt durch eine aktive persönliche und organisierte Beziehungsarbeit für eine gemeinsame Versorgung in Pflege und Betreuung in der Region. Maßnahmen wie regelmäßige Kommunikation, Feedbacksammlung, Zusammenarbeit und Partnerschaften, Transparenz und Offenheit sowie Anerkennung und Wertschätzung sind nur einige Beispiele, die ein Netzwerk nachhaltig aufrechterhalten. Das CareManagement Tirol setzte in seiner jungen Existenz bereits zahlreiche Akzente im Rahmen der Netzwerkpflege:

- Organisation von Vorträgen über rechtliche, finanzielle und soziale Themen, die im Rahmen von Feedbacks eingeholt werden
- Nikolausumtrunk
- Protokollaussendungen von Netzwerktreffen für Nicht-Teilnehmer*innen
- Organisation eines Symposiums
- Kostenfreie Teilnahme an der Weiterbildung für Case-Management der UMIT Tirol für diplomierte Pflegepersonen in den mobilen Diensten des Landes Tirol



7.3.4.2. *Durchführung von Information, Beratung, Vermittlung und Übernahmen von Fallbegleitungen*

Ad Strategie 4: Durchführung von Information, Beratung, Vermittlung und Übernahmen von Fallbegleitungen

Ziel

Care-Manager*innen begleiten und dokumentieren kontinuierlich die Durchführung des Maßnahmenkatalogs.

Indikatoren

- 4.10 Anzahl der durchgeführten Informationen/Beratungen/Fallbegleitungen
- 4.11 Anzahl der Informationen/Beratungen/Fallbegleitungen pro Klient*in
- 4.12 Gewichtung der Informations-/Beratungsinhalte
- 4.13 Anzahl der Vermittlungen sowie Anzahl und Art der Dienstleistungsempfänger*innen
- 4.14 Anzahl der Case-Management-Übernahmen sowie Anzahl und Art der Dienstleistungssender

Alle Maßnahmen zur Durchführung von Information, Beratung, Vermittlung und Übernahmen von Fallbegleitungen werden im digitalen Dokumentationssystem unter Berücksichtigung aller Datenschutzregelungen dokumentiert und gesichert. Care-Manager*innen übernehmen und bearbeiten sehr viele komplexe Fallführungen von den wichtigsten Systempartnern, die sie in ihrem Netzwerk aufgebaut haben. Diese sind:

- Alle mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen des Landes Tirol
- Alle stationären Pflegeeinrichtungen

- Krankenhäuser
- Entlassungsmanagement/Pflege und Sozialarbeit der Tiroler Spitäler
- Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche freiwillige Helfer*innen und Besuchsbegleiter*innen
- Alle Einrichtungen zum Thema Existenzsicherung, Gewaltschutz, Suchtberatung etc.
- Amtsärzt*innen, Kinder- und Jugendhilfe Tirol, Bezirkshauptmannschaften, Sozialministeriumservice, Landesvolksanwaltschaft, Patientenvertretung, Caritas, Volkshilfe
- AK Tirol, ÖGB, WKO Tirol

7.3.5. *Qualitätsstandard 5 – Personalentwicklung*

Personalentwicklung bezieht sich auf alle Aktivitäten und Maßnahmen, die darauf abzielen, die Fähigkeiten, Qualifikationen, Kompetenzen und das Wissen der Mitarbeiter*innen in einem Unternehmen zu verbessern. Eine wichtige Komponente der Personalentwicklung ist die Weiterbildung, die spezifisch darauf ausgerichtet ist, die beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse der Mitarbeiter*innen zu erweitern oder zu vertiefen.

Der „Universitätskurs Sozial-Pflegerisches Case-Management“ bereichert seit Herbst 2020 die sozial-

pflegerische Versorgungslandschaft in Österreich. Die Entwicklung des Curriculums basierte auf einer Bedarfsanalyse in der mobilen Pflege in Tirol im Rahmen des Interreg Projektes Österreich – Italien [96]. Dieser Universitätskurs wurde von der Division für Integrierte Versorgung der UMIT Tirol als Weiterbildung für sozial-pflegerisches Case-Management mit 30 ECTS-Credits entwickelt. Die Ziele des Universitätskurses für sozial-pflegerisches Case-Management orientieren sich an den Richtlinien

der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management (ÖGCC) [97]:

- Vermittlung von vertiefenden, aktuellen Kenntnissen in der Theorie und Praxis des Case-Managements
- Vermittlung von Verfahrenssicherheit in der Fallsteuerung
- Befähigung zur ressourcen- und netzwerkorientierten Arbeit
- Vermittlung von Grundkenntnissen auf dem Gebiet der Systemsteuerung und Anwendungsbezüge
- Reflexion der Rolle und Funktionen im Case-Management, des beruflichen Selbstverständnisses, der Spannungsfelder und der berufsethischen Prinzipien

7.3.5.1. **Universitätskurs für sozial-pflegerisches Case-Management**

Ad Standard 5: Universitätskurs für sozial-pflegerisches Case-Management

Ziel

Das Ziel des Universitätskurses ist es, eine Weiterbildung vorrangig für diplomierte Pflegepersonen in der mobilen Pflege anzubieten, die als „Lotsen im Versorgungssystem“ fungieren. Sie sollen ein Bindeglied zwischen den Versorgungsanbietern und dem mobilen bzw. häuslichen Setting darstellen, um eine durchgehend geplante und reibungslos ablaufende Pflege und Betreuung sicherzustellen.

Indikatoren

- 5.1 Zielorientierung
- 5.2 Zertifizierung
- 5.3 Nachhaltigkeit
- 5.4 Praxisbezug
- 5.5 Qualifikation der Lehrpersonen
- 5.5 Aktualität

Charakteristika des Universitätskurses

a) Besonderes Augenmerk wird auf die **Zielorientierung** gelegt. Lehrziele sind dabei auf die Bedürfnisse von Entlassungsmanager*innen im Krankenhaus und diplomierten Pflegepersonen mobiler Dienste ausgerichtet.

b) **Zertifizierung:** Der Universitätskurs orientiert sich an § 64 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in der gültigen Fassung für Weiterbildung Case Management und an den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Case und Care Management (ÖGCC) [97]. Die Absolvent*innen mit einem Gesundheits- und Krankenpflegediplom

erhalten zwei Zertifikate. Im Rahmen dessen wurden einerseits die Ausbildungsstätten UMIT Tirol und das AZW für Gesundheitsberufe als anerkannte Institutionen zertifiziert, um die Qualität und den Wert des erworbenen Wissens zu validieren.

c) **Nachhaltigkeit:** Der Universitätskurs legt den Schwerpunkt auf ein sozial-pflegerisches Case-Management in der mobilen Pflege und auf die „Linking“ Funktion des Entlassungsmanagements im Krankenhaus. Die Nachhaltigkeit zeigt sich einerseits durch die Übernahme der Weiterbildungskosten für diplomierte Pflegepersonen im mobilen Dienst durch das Land Tirol und andererseits im tirolweiten Ausbau von Case- und Care-Management.

d) **Praxisbezug:** Theoretisches Wissen wird in zahlreichen Reflexionsstunden, einem Praktikum und einer Abschlussarbeit mit Fokus auf eine Fallbeschreibung in die Praxis umgesetzt.

e) **Qualifikation der Lehrpersonen:** Mit der ÖGCC-Zertifizierung verpflichtet sich der Ausbildungsanbieter, ÖGCC-zertifizierte Ausbilder*innen zu 80 Prozent in den Basismodulen einzusetzen (s. ÖGCC-Ausbildungsrichtlinie) [97]. Dadurch wird sichergestellt, dass diese über fundierte Fachkenntnisse, pädagogische Fähigkeiten und praktische Erfahrungen

verfügen, um die Teilnehmer*innen effektiv zu unterrichten.

f) **Aktualität:** Die Division für Integrierte Versorgung der UMIT Tirol fungiert als wissenschaftliche Leitung. Die Vermittlung von evidenzbasiertem Wissen steht im Vordergrund und orientiert sich am neuesten wissenschaftlichen Stand.

g) **Evaluation:** Am Ende des Universitätskurses wird ab 2023 eine Evaluation durch die Teilnehmenden durchgeführt.

7.3.5.2. *Personalentwicklung durch Weiterbildungsmaßnahmen*

Standard 5: Personalentwicklung durch Weiterbildungsmaßnahmen

Ziel

Care-Manager*innen und diplomierte Pflegepersonen in der mobilen Pflege in Tirol besuchen den Universitätskurs für sozial-pflegerisches Case-Management.

Indikatoren

- 5.6 Anzahl der Personen, die über das Land Tirol den Universitätskurs sozial-pflegerisches Case-Management finanziert bekommen haben
- 5.7 Anzahl der Personen, die nach Absolvierung des Universitätskurses sozial-pflegerisches Case-Management als Case-Manager*innen tätig sind
- 5.8 Anzahl der Personen, die das generelle oder das begleitende Case-Management in der Organisation anbieten

Personalentwicklung durch Weiterbildungsmaßnahmen ist ein entscheidender Aspekt für das Wachstum und die Effizienz eines Unternehmens. Es bezieht sich auf die gezielte Förderung und Verbesserung der Fähigkeiten, Kenntnisse und Kompetenzen der Mitarbeiter*innen durch verschiedene Lernaktivitäten. Hier sind einige wichtige Punkte, wie Weiterbildungsmaßnahmen zur Personalentwicklung beitragen können.

Fachliche Kompetenz: Weiterbildungsmaßnahmen ermöglichen es den Mitarbeitern*innen, ihre fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vertiefen und auf dem neuesten Stand zu halten. Dies ist besonders wichtig

in sich schnell verändernden Branchen, in denen aktuelles Wissen essentiell ist.

Persönliche Entwicklung: Weiterbildungsmaßnahmen fördern nicht nur fachliche, sondern auch persönliche Fähigkeiten wie Kommunikation, Teamarbeit, Zeitmanagement und Problemlösungsfähigkeiten. Diese Fähigkeiten sind oft genauso wichtig wie technisches Wissen.

Mitarbeiter*innenbindung: Wenn Unternehmen in die Weiterentwicklung ihrer Mitarbeiter*innen investieren, fühlen sich diese oft wertgeschätzt und bleiben dem Unternehmen treu. Dies kann

die Mitarbeiter*innenbindung stärken und die Fluktuationsrate verringern.

Innovationsförderung: Fortlaufende Weiterbildung fördert kreatives Denken und Innovation. Mitarbeiter, die ständig lernen und sich weiterentwickeln, bringen oft neue Ideen und Perspektiven in das Unternehmen ein.

Anpassungsfähigkeit: Durch Weiterbildungsmaßnahmen werden Mitarbeiter*innen befähigt, sich an neue Technologien, Verfahren und Marktanforderungen anzupassen. Dies ist besonders wichtig in einer sich ständig verändernden Geschäftsumgebung. Steigerung der Produktivität und Effizienz: Mitarbeiter*innen, die über die neuesten Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, sind in der Regel produktiver und effizienter bei der Arbeit. Dies kann zu gesteigerter Qualität und schnelleren Arbeitsabläufen führen.

Bessere Kundenbetreuung: Gut geschulte Mitarbeiter*innen können eine bessere Kunden*innenbetreuung bieten, da sie über das nötige Wissen und die Fähigkeiten verfügen, um Kunden*innenanfragen kompetent zu bearbeiten.

Es ist wichtig, dass Weiterbildungsmaßnahmen gezielt auf die Bedürfnisse des Unternehmens und der Mitarbeiter*innen zugeschnitten sind. Dies kann durch Bedarfsanalysen ermittelt werden, um sicherzustellen, dass die Weiterbildung wirklich relevante Fähigkeiten und Kenntnisse vermittelt, die für die Mitarbeiter*innen und das Unternehmen von Nutzen sind.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Landesrechnungshof Tirol, Mobile Dienste - Sozial- und Gesundheitssprengel, Landesrechnungshofbericht Tirol, p. 55, 2021, [Online]. Available: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft_soziales/soziales/Publikationen/Evaluierungsbericht_zum_Strukturplan_Pflege_2012_-_2022.pdf. (accessed Aug. 24, 2023)
- [2] S. Kumar, M. Ranjan Pradhan \$, and A. K. Singh, Chronic Diseases and their Association with Disability among the Elderly in India," *Soc. Sci. Spectr.*, vol. 3, no. 1, pp. 27–37, 2017. ISSN 2454-2806
- [3] J. Klimont and P. Ihle, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019," Wien, 2020. [Online]. Available: <https://www.statistik.at/services/tools/services/publikationen/detail/848>. (accessed Aug. 24, 2023)
- [4] A. Miguélez-Chamorro, M. I. Casado-Mora, M. C. Company-Sancho, E. Balboa-Blanco, M. A. Font-Oliver, and I. Román-Medina Isabel, Advanced practice in case management: An essential element in the new complex chronicity care model," *Enferm. Clin.*, vol. 29, no. 2, pp. 99–106, 2019. doi: 10.1016/j.enfcli.2018.08.005.
- [5] C. Tesch-Römer und S. Mardorf, Familiäre und ehrenamtliche pflegerische Versorgung, in *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Gesundheit un Krankheit im Alter*, K. Böhm, C. Tesch-Römer, und T. Ziese, Eds. Berlin: Robert Koch Institut, 2009, pp. 194–2006. [Online]. Available: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3220/21r1eZ1NVL2AY_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (accessed Aug. 22, 2023)
- [6] C. Ham, The ten characteristics of the high-performing chronic care system, *Heal. Econ. Policy Law*, vol. 5, no. 1, pp. 71–90, 2010. doi: 10.1017/S1744133109990120.
- [7] ÖGCC - Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management - Grundlagenpapier, Linz, Oberösterreich, 2007. [Online]. Available: file:///C:/Users/20212042/Downloads/OeGCC_Grundlagenpapier_290711.pdf. (accessed Juni 15, 2023)
- [8] M. Schrappe, Versorgungsforschung – die langfristige Perspektive gestalten, *G+G Wiss.*, vol. 17, no. 1, pp. 16–22, 2017.
- [9] M. Schrappe und H. Pfaff, Versorgungsforschung vor neuen Herausforderungen: Konsequenzen für Definition und Konzept," *Gesundheitswesen*, vol. 78, no. 11, pp. 689–694, 2016. doi: 10.1055/s-0042-116230.
- [10] G. M. Manning E, The complex patient: A concept clarification., *Nurs Heal. Sci.*, vol. 19, no. 1, pp. 13–21, 2017. doi: 10.1111/nhs.12320.
- [11] A. S. Schoen C, R. Osborn, D. Squires, M. Doty, R. Pierson, New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated., *Heal. Aff*, vol. 30, no. 12, pp. 2437–48, 2011. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0923.
- [12] J. Moe, S. Kirkland, M.B.Ospina, S. Campbell, R. Long, A. et al., Davidson, Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: A systematic review, *Emerg Med J.*, vol. 33, no. 3, pp. 230–6, 2016. doi: 10.1136/emermed-2014-204496
- [13] B.-M. R. Bodenheimer T, Follow the money—controlling expenditures by improving care for patients needing costly services, *N. Engl. J. Med.*, vol. 361, no. 16, pp. 1521–1523, 2009. doi: 10.1056/nejmp0907185.
- [14] J. P. Ruger, C. J. Richter, E. L. Spitznagel, and L. M. Lewis, Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy, *Acad. Emerg. Med.*, vol. 11, no. 12, pp. 1311–1317, 2004. doi: 10.1197/j.aem.2004.07.008.
- [15] J. Y. Joo and M. F. Liu, Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review," *Int. Nurs. Rev.*, vol. 64, no. 2, pp. 296–308, 2017. doi: 10.1111/inr.12335.
- [16] H. Hansagi, M. Olsson, S. Sjöberg, Y. Tomson, and S. Göransson, Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services, *Ann. Emerg. Med.*, vol. 37, no. 6, pp. 561–567, 2001. doi: 10.1067/mem.2001.111762.

- [17] WHO - Regionalbüro für Europa, Gesundheit 2020 - Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert,“ Dänemark, 2013. [Online]. Available: www.euro.who.int. (accessed Sep. 24, 2023).
- [18] T. Klie, Care und Case Management – Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit,“ in *Pflegereport 2020*, A. Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, Ed. Springer Berlin Heidelberg, 2020, pp. 165–176. doi: 10.1007/978-3-662-61362-7_11.
- [19] L. J. Damschroder, D. C. Aron, R. E. Keith, S. R. Kirsh, J. A. Alexander, and J. C. Lowery, Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science, *Implement. Sci.*, vol. 4, no. 1, pp. 1–15, 2009, doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- [20] D. Schaeffer, Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema, *Z.f. Gesundheitswissenschaft*, Jg. 7, H. 3 pp. 233-251, 1999.
- [21] M. Monzer, *Case Management Grundlagen*, 2. medhochzwei, 2018. ISBN: 978-3-86216-348-9
- [22] T. Klie and M. Monzer, Case Management in der Pflege : Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung,“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatr.*, vol. 52, no. 2, pp. 92–105, 2008. doi: 10.1007/s00391-008-0534-y.
- [23] G. Braeseke, S. Huster, C. Pflug, S. Rieckhoff, and J. Stgröttchen, Studie zum Versorgungsmanagement durch Patientenlotsen, IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe, Abschlussbericht für die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Berlin, 2018. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Versorgungsmanagement_durch_Patientenlotsen_042018.pdf. (accessed Juni. 24, 2023).
- [24] DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V., DGCC - Definition von Case Management, 2020. [Online]. Available: <https://www.dgcc.de/case-management/> (accessed Sep. 24, 2023).
- [25] ÖGCC, Was verstehen wir unter Care und Case Management? [Online]. Available: <https://www.oegcc.at> (accessed Aug. 23, 2023).
- [26] S. M. and J. Lancaster, *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*, 10. 2014. ISBN-13: 978-0323582247.
- [27] C. Renders, G. Valk, S. Griffin, E. Wagner, J. van Eijk, and W. Assendelft, Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings,“ *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000, vol. 164, no. 4, pp. 607–609, 2000, doi: 10.1002/14651858.CD001481.www.cochranelibrary.com.
- [28] D. Sima and T. Rosemann, Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente (Obsan Dossier 45). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2015. [Online]. Available: www.obsan.ch. (accessed Aug. 04, 2023).
- [29] L. L. Popejoy, F. Stetzer, L. Hicks, M. J. Rantz, C. Galambos et al., Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs,“ *Nurs. Econ.*, vol. 33, no. 6, p. 306, 2015. PMID: 26845818.
- [30] Commission for Case Manager Certification (CCMC). [Online]. Available: <https://ccmcertification.org/ccmc-at-a-glance> (accessed Aug. 23, 2023).
- [31] W. R. Wendt, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung*, 7. Lambertus-Verlag, 2018. ISBN:978-3-7841-3048-4.
- [32] DGCC - Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e. V., Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management., Heidelberg u. a.: Economica, 2009. [Online]. Available: <https://www.dgcc.de/case-management-leitlinien/>. (accessed Aug. 23, 2023).
- [33] D. Schaeffer, S. Schmidt-Kaehler, *Lehrbuch Patientenberatung*, 2. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag Bern, 2008. ISBN 978-3-456-85098-6.
- [34] S. Rietmann und M. Sawatzki, *Zukunft der Beratung: Von der Verhaltens- zur Verhältnisorientierung?* Wiesbaden: Springer VS, 2018. doi: 10.1007/978-3-658-18009-6.

- [35] W. R. Wendt, *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: Eine Einführung*, 7. Lambertus-Verlag, 2018. ISBN:978-3-7841-3048-4.
- [36] I. Kollak and S. Schmidt, *Instrumente des Care und Case Management Prozesses*, 3rd ed. Berlin, Deutschland: Springer, 2023. doi: 10.1007/978-3-662-67051-4.
- [37] I. Kollak and S. Schmidt, *Fallübungen. Case und Care Management*, 2. Springer Berlin Heidelberg, 2019. ISBN: 978-3-662-59242-7.
- [38] C. Messina, E. Schulc, *Bedarfsanalyse von Case und Care Management in Tirol - Eine qualitative Analyse, Projektbericht im Auftrag des Landes Tirol, Unveröffentlichter Bericht*. 2023.
- [39] C. von Reibnitz, *Case Management. Praktisch und effizient*, 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer VS, 2015. doi: 10.1007/978-3-662-47155-5.
- [40] P. Löcherbach, *Versorgungsebenen des Case und Care Managements*, 2014. [Online]. Available:http://oegcc.at/wp-content/uploads/2014/02/Loecherbach_Entwicklung.pdf, S. 8. (accessed Mai. 10, 2023).
- [41] D. Schaeffer, M. Ewers, *Ambulantisierung – Konsequenzen für die Pflege*, G+G Wiss., vol. 1, no. 1, pp. 13–20, 2001. [Online]. Available: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/wido_ggw_0101_schaeffer_ewers.pdf
- [42] S. Bartholomeyczik, *Pflegerische Versorgung*, in *Lehrbuch Versorgungsforschung . Systematik - Methodik - Anwendung*, & M. S. H. Pfaff, E. A. . Neugebauer, G. Glaeske, Ed. Hamburg, Deutschland: Schattauer GmbH., 2011, pp. 257–268. ISBN - 978-3794532360.
- [43] K. Jacobs, A. Kuhlmei, S. Greß, und A. Schwinger, *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart, Germany: Schattauer GmbH, 2015. ISBN 978-3-7945-3107-3.
- [44] RIS - Landesrecht Tirol, *Gesamte Rechtsvorschrift für Heim- und Pflegeleistungsgesetz - THPG , Tiroler , Fassung Langtitel Änderung Präambel / Promulgationsklausel*. Tirol: RIS, 2022, pp. 1–21. [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=Irt&gesetzesnummer=20000318>. (accessed Aug. 23, 2023).
- [45] Amt der Tiroler Landesregierung - Abteilung Soziales/Fachbereich Mobile Dienste, *Leistungskatalog für die Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol*, Innsbruck, Tirol, 2021.
- [46] S. Weißenhofer, A. Sackl, E. Rappold, B. Stulik, and B. Domittner, *Entwicklung einer Arbeitsdefinition für die Qualität professioneller Betreuung und Pflege - Ergebnisbericht*, Wien, 2023. [Online]. Available: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2817/1/Bericht%20Arbeitsdefinition%20Pflege_und%20Betreuungsqualit%C3%A4t_bf.pdf. (accessed Aug. 02, 2023).
- [47] BAR - Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, *ICF: Zugang zur Rehabilitation Kurzfassung ICF-Praxisleitfaden 1*, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabil. [Online]. Available: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_publikationen/reha_grundlagen/pdfs/IK.ICF1Kurz.web.pdf. (accessed April. 19, 2023).
- [48] U. Schneekloth und H.-P. Wahl, *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart, Germany: Kohlhammer GmbH, 2008. ISBN 978-3-17-026638-4
- [49] H.-P. Wahl und U. Schneekloth, *Hintergrund und Positionierung des Projektes MuG III, in Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote, 1. Auflage.*, U. Schneekloth and H.-P. Wahl, Eds. Stuttgart, Germany: Kohlhammer GmbH, 2006, p. 256. ISBN 978-3-17-026638-4
- [50] S. A. Arnadottir, E. D. Gunnarsdottir, H. Stenlund, and L. Lundin-Olsson, *Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning*,” *BMC Public Health*, vol. 11, no. 1, pp. 1–9, Jan. 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-670.
- [51] L. Salvador-Carulla and C. Garcia-Gutierrez, *The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy.*,” *BMC Public Health*, vol. 11, no. 4, pp. 1–10, Jan. 2011. doi: 10.1186/1471-2458-11-S4-S9.

- [52] F. Weidner, Experten-Hearing Präventiver Hausbesuch im Alter- Dokumentation.,” 2005. [Online]. Available: <https://www.google.at/#q=F.+Weidner+für+das+Bundesministerium+für+Gesundheit:+Experten-Hearing+Präventiver+Hausbesuch+im+Alter+Dokumentation>. In Bundesvereinigung für+Gesundheit e.V., Arbeits-gruppe 3 Gesund altern des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung, Bonn, 2005. (accessed April. 19, 2023)
- [53] DIMDI, ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der WHO,” 2004. [Online]. Available: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf (accessed Jun. 10, 2015).
- [54] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Fallbeispiel 12: Alzheimer- Demenz. [Online]. Available: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_downloadmaterialien/themen/icf/Fallbeispiel_12_Alzheimer-Demenz.pdf (accessed Aug. 25, 2023).
- [55] M. Greiling und M. Dudek, Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung. Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe. Kohlhammer GmbH, 2009. ISBN 978-3-17-026541-7.
- [56] M. Riedl und M. Kraus, Die Nahtstelle zwischen hausärztlicher Versorgung und häuslicher Pflege, Heal. Syst. Watch, pp. 146–155, 2021.
- [57] V. Struckmann, J. Winkelmann, and R. Busse, Krankenhaus-Report 2021 - Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt, in Krankenhaus-Report 2021, J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, and C. Mostert, Eds., Springer, Berlin Heidelberg, 2021, p. 5. ISBN 978-3-662-62707-5
- [58] A. Müller, H.-J., und Engelmeyer, Anforderungen an ein Schnittstellenmanagement in der GKV., in Versorgungsmanagement in Gesundheitssystemen, H. Rebscher und S. Kaufmann, Eds. Heidelberg: medhochzwei Verlag, 2013, pp. 209–298.
- [59] Gesundheit Österreich GmbH, ÖSG 2017 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Wien, 2021. [Online]. Available:<https://goeg.at/OESG> (accessed Aug. 25, 2023).
- [60] B. Fritz, Indirektes Entlassungsmanagement - Ein wesentlicher Bestandteil der integrativen Versorgung in Österreich. Unveröffentlichte Dissertationsschrift an der UMIT TIROL, Hall i. Tirol, Austria, 2023.
- [61] E. Fürthaller, T. Geley, U. Stark, L. Glöckner, M. Müller, und M. Rossa, Qualitätsstandard Aufnahme-und Entlassungsmanagement BQLL,” 2018. [Online]. Available: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjl6Y265cr4AhXr7rsIHZMQDPEQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.sozialministerium.at%2Fdam%2Fjcr%3Ab0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73%2FQualit%25C3%25A4tsstandard%2520AU> (accessed Mai 25, 2023).
- [62] S. F. Jencks, M. V. Williams, and E. A. Coleman, Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program,” N. Engl. J. Med., vol. 360, no. 14, pp. 1418–1428, 2009. doi: 10.1056/nejmsa0803563.
- [63] M. Klassen, M., Müller, Entlassungsmanagement – Case Management im Zuge der Krankenhausentlassung am Beispiel der Situation Österreich,” Case Management, vol. 1. Economica-Verlag, Landsberg, pp. 15–19, 2009.
- [64] F. O. Y. Lin, J. K. H. Luk, T. C. Chan, W. W. Y. Mok, and F. H. W. Chan, Effectiveness of a discharge planning and community support programme in preventing readmission of high-risk older patients,” Hong Kong Med. J., vol. 21, no. 3, pp. 208–216, 2015. doi: 10.12809/hkmj144304.
- [65] B. Koch, D; Conca, A; Regez, K; Schuetz, P; Kutz, A; Mueller, Integrierte und interprofessionelle Verbesserung der Patientenbetreuung - das In-HospITool Projekt: Eine quasi-experimentelle, multizentrische, interprofessionelle, vergleichende Effektivitätsstudie im Bereich der Versorgungsforschung,” Pflegewissenschaft, vol. 20, no. 7, pp. 325–331, 2018. doi: 10.3936/1604.
- [66] K. Wingenfeld, Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Kohlhammer GmbH, 2011. [Online]. Available: <https://www.medimops.de/klaus-wingenfeld-pflegerisches-entlassungsmanagement-im-krankenhaus-konzepte-methoden-und-organisationsformen-patientenorientierter-hilfen-taschenbuch-M03170210173.html> (accessed Aug. 25, 2023).

- [67] L. D. Hughes and M. D. Witham, Causes and correlates of 30 day and 180 day readmission following discharge from a Medicine for the Elderly Rehabilitation unit, *BMC Geriatr.*, vol. 18, no. 1, pp. 1–10, 2018, doi: 10.1186/s12877-018-0883-3.
- [68] T. Freund et al., Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care - Sensitive conditions, *Ann. Fam. Med.*, vol. 11, no. 4, pp. 363–370, 2013. doi: 10.1370/afm.1498.
- [69] E. A. Coleman, C. Parry, S. Chalmers, and S.-J. Min, The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial, *Arch Intern Med*, vol. 166, no. 17, pp. 1822–8., 2006. doi: 10.1001/archinte.166.17.1822.
- [70] WHO, Internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (ICD), 2020. [Online]. Available: https://www-who-int.translate.goog/standards/classifications/classification-of-diseases?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=sc (accessed Dec. 05, 2022).
- [71] B. für G. und Frauen., Gesundheitsziele Österreich. www.bmgf.gv.at (accessed Dec. 15, 2022).
- [72] C. Trischak, S. Bachler, R. Ruda, and C. Hochwallner, Nahtstellenmanagement in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, Wien, 2016. [Online]. Available: <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.744780&version=1615466758> (accessed Dec. 15, 2022).
- [73] P. Löcherbach and W. R. Wendt, Care und Case Management Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. Stuttgart, Germany: Kohlhammer GmbH, 2020. ISBN 978-3-17-038582-5
- [74] H. Schubert, Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft. Wiesbaden: Springer VS, 2018. doi: 10.1007/978-3-658-19061-3.
- [75] H. Braun, Vernetzung in der Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik., in Spannungsfeld Vernetzung: Altenarbeit zwischen Egoismen und Kooperation., 1992.
- [76] J. Schreyögg, S. Weinbrenner, and R. Buss, Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung, in Management im Gesundheitswesen. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis, 3., R. Buss, J. Schreyögg, and T. Stargardt, Eds. Heidelberg: Springer VS, 2017, pp. 106–127. doi: 10.1007/978-3-642-34795-5.
- [77] A. Koutsoukou-Argyraki, A. Bertolino, V. Kreß, F.-H. Hofmann, M. Sperth, and R. M. Holm-Hadulla, Veränderungen von Kohärenzgefühl, Symptombelastung und Lebens- sowie Studienzufriedenheit im Verlauf psychosozialer Beratungen, *PPmP - Psychother. · Psychosom. · Medizinische Psychol.*, vol. 68, no. 2, pp. 66–74, 2018. doi: 10.1055/s-0043-118651.
- [78] M. Monzer, Case Management Grundlagen, 2nd ed. Heidelberg: medhochzwei, 2018. ISBN: 978-3-86216-348-9
- [79] E. Quilling, H. Nicolini, C. Graf, and D. Starke, Praxiswissen Netzwerkarbeit. Gemeinnützige Netzwerke erfolgreich gestalten, no. July. Wiesbaden: Springer VS, 2013. doi: 10.1007/978-3-531-18899-7.
- [80] Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Strukturplan Pflege 2012 - 2022. Evaluierungsbericht 2017, Innsbruck, Tirol, 2019. [Online]. Available: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Publikationen/Evaluierungsbericht_zum_Strukturplan_Pflege_2012_-_2022.pdf (accessed Dec. 15, 2022).
- [81] C. Messina und E. Schulc, Bestands- und Bedarfsanalyse für ein sozial-pflegerisches Case und Care Management in Tirol - Wissenschaftlicher Endbericht für das Land Tirol,“ Hall i. Tirol, Austria, 2023. Unveröffentlichter Endbericht.
- [82] K. Mennemann, H., Wegleitner, Netzwerke in Palliative Care entwickeln - auf was es ankommt. Vertrauen aufbauen, Sinn stiften., in Zu Hause sterben - der Tod hält sich nicht an Dienstpläne, K. Wegleitner, K. Heimerl, and A. Heller, Eds. Ludwigsburg: Der Hospiz Verlag, 2012, pp. 398–4.
- [83] I. Kollak und S. Schmidt, Aufbau und Steuerung von Netzwerken, in Fallübungen. Care und Case Management, I. Kollak and S. Schmidt, Eds. Heidelberg: Springer Medizin, 2018, pp. 91–93. doi: 10.1007/978-3-642-41725-2.
- [84] I. Kollak und S. Schmidt, Exkurs: Komplexität: in Management, Fallübungen. Care und Case, I. Kollak and S. Schmidt, Eds. Heidelberg: Springer Medizin, 2015, pp. 11–12. doi: 10.1007/978-3-642-41725-2.

- [85] S. Becka and M. Schauppenlehner, Integrierte Versorgung – Aufbruch zu neuen Wegen – verkürzte Fassung,“ Wien, 2011. [Online]. Available: [file:///C:/Users/20212042/Downloads/784138_SoSi_Kurzfassung_Becka_Schauppenlehner_Integrierte_Ve.cleaned \(2\).pdf](file:///C:/Users/20212042/Downloads/784138_SoSi_Kurzfassung_Becka_Schauppenlehner_Integrierte_Ve.cleaned%20(2).pdf)
- [86] H. Neumeyer, Integrierte Versorgung und Medizintechnik - Leitfaden zur Weiterentwicklung des Geschäftsmodells durch Versorgungsinnovation. Hamburg, Deutschland: Springer Gabler, 2018. doi: 10.1007/978-3-658-22067-9.
- [87] U. Hahn und C. Kurscheid, Intersektorale Versorgung. Best Practices - erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden: Springer Gabler, 2020. doi: 10.1007/978-3-658-29015-3.
- [88] W. R. Wendt, Das ökosoziale Prinzip. Soziale Arbeit, ökologisch verstanden. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2010. ISBN: 978-3-7841-1957.
- [89] W. R. Wendt, Sozialplanung, Caremanagement und Soziale Arbeit am Fall. Zur Erschließungsfunktion des Case Managements für die kommunale Versorgungssteuerung, in Soziale Arbeit zwischen Ökonomisierung und Selbstbestimmung, E. J. Krauß, Ed. Kassel: Kassel Univ. Press, 2007, pp. 543–570. ISBN: 978-3-7841-1957.
- [90] World Health Organization. Regional Office for Europe, Integrated care models : an overview. Working Document,“ Kopenhagen, 2016. [Online]. Available: <https://wyoleg.gov/InterimCommittee/2019/10-201906132.WHOIntegrated-care-models-overview.pdf> (accessed Dec. 15, 2022).
- [91] J. N. Amelung, V., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., & Weatherly, Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren: Von der Idee zur Umsetzung., 2.Auflage. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft., 2008.
- [92] M. L. Deimel, D. und Müller, Entlassungsmanagement: Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme-Verlag, 2013. DOI: 10.1055/b-0034-25435.
- [93] I. Vogg und S. Fleßa, Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung - Leitfaden zur Einführung eines QM-Systems in Arztpraxen. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien, 2011. ISBN: 978-3-8349-2528-2.
- [94] H. Schubert, Netzwerkmanagement in Kommune und Sozialwirtschaft - Eine Einführung. Wiesbaden: Springer VS, 2018. ISBN : 978-3-658-19060-6.
- [95] R. Freeman, Strategic Management - A Stakeholder Approach, Cambridge University Press, 2010, pp. 52 - 82. doi: 10.1017/CBO9781139192675.
- [96] A. S. Gessl, A. Flörl, and E. Schulc, Demand for community-based Case Management in Austria - a qualitative analysis, BMC Nurs., vol. 21, no. 1, pp. 1–11, 2022. doi: 10.1186/s12912-021-00775-0.
- [97] ÖGCC - Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management, Grundlagen. [Online]. Available: <https://www.oegcc.at> (accessed Aug. 23, 2023)
- [98] KPMG, Integrierte Versorgung. Ein zukunftsweisender Ansatz, Schweiz, 2015. [Online]. Available: [kpmg.ch / healthcare](http://kpmg.ch/healthcare). (accessed Aug. 23, 2023)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Adaptierter Ausrollungsplan für die Koordinationsstellen Pflege und Betreuung (eigene Darstellung)	08
Abbildung 2:	Das Modell Tirol unter Berücksichtigung der Versorgungsebenen (eigene Darstellung) [9]	11
Abbildung 3:	Herausforderungen und Ziele im Langzeitbereich (eigene Darstellung)	12
Abbildung 4:	Darstellung unterschiedlicher Versorgungsebenen für die Zuordnung von Care- und Case-Management (eigene Darstellung)	13
Abbildung 5:	Vier Erfolgsfaktoren für die Implementierung von integrierten Versorgungsprogrammen (eigene Darstellung) [19]	14
Abbildung 6:	Die sieben Phasen der Projektplanung und -optimierung (eigene Darstellung)	15
Abbildung 7:	Dimensionen und Ebenen des Case -und Care-Managements (eigene Darstellung) [21]	17
Abbildung 8:	Chronic Care Model (CCM) (eigene Darstellung) [28]	20
Abbildung 9:	Der*die zertifizierte Case-Manager*in (eigene Darstellung) [30]	21
Abbildung 10:	Merkmale des Case-Managements (eigene Darstellung) [19]	22
Abbildung 11:	Der Fall im Case-Management (eigene Darstellung)	23
Abbildung 12:	Prozessablauf von der Information bis zur Übernahme einer Fallbegleitung (eigene Darstellung)	26
Abbildung 13:	Kriterien zur Charakterisierung eines Falles für das Care-Management (eigene Darstellung) [24]	27
Abbildung 14:	Sechs Ziele eines Hilfeplans (eigene Darstellung) [32]	30
Abbildung 15:	Diverse Kommunikationswege zur Umsetzung von Unterstützungsmaßnahmen (eigene Darstellung) [32]	31
Abbildung 16:	Kriterien für ein Case-Management (eigene Darstellung)	35
Abbildung 17:	Strukturelle Ebenen eines Case- und Care-Managements (eigene Darstellung [40])	36
Abbildung 18:	Übersicht zur theoretischen Einbettung von Care- und Case-Management (eigene Darstellung)	38
Abbildung 19:	Übersicht der Anzahl an mobilen Diensten in den neun Bezirken von Tirol (eigene Darstellung) [1]	40
Abbildung 20:	Basisleistungen mobiler Pflege- und Betreuungsdienste in Tirol (eigene Darstellung)	41
Abbildung 21:	Darstellung der Pflegekette (eigene Darstellung)	41
Abbildung 22:	Leistungen des Case-Managements in den mobilen Diensten in Tirol (eigene Darstellung)	42
Abbildung 23:	Case-Management-Kreislauf (in Anlehnung an die Richtlinien des Leistungskatalogs Mobiler Dienste in Tirol [45])	43
Abbildung 24:	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (WHO 2001)	47
Abbildung 25:	Fallgeschichte gemäß den ICF-Komponenten von Herrn W. (eigene Darstellung) [54]	50
Abbildung 26:	Schnittstellen im Gesundheits- und Pflegesystem in Österreich (eigene Darstellung) [56]	51
Abbildung 27:	Vier Versorgungssektoren mit den entsprechenden Schnittstellen in der aktuellen Versorgungssituation von Herrn W. (eigene Darstellung)	56
Abbildung 28:	Die Person als Objekt/als Akteur*in seiner*ihrer Versorgung (eigene Darstellung) [35]	58
Abbildung 29:	Orientierung der Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der Klient*innenzentrierung (eigene Darstellung) [35]	59

Abbildung 30:	Netzwerkzyklus (eigene Darstellung) [79]	62
Abbildung 31:	Sieben Schritte der Durchführung der Stakeholderanalyse (eigene Darstellung) [74]	63
Abbildung 32:	Mindmap zur Stakeholderanalyse (eigene Darstellung; erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit)	64
Abbildung 33:	Fünf Netzwerktreffen von CareManagement Tirol (eigene Darstellung)	65
Abbildung 34:	Abgrenzung und Überschneidung der Aufgabengebiete Case -und Care-Management bezogen auf die unterschiedlichen Versorgungsebenen	66
Abbildung 35:	Kriterien für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit (eigene Darstellung) [79]	67
Abbildung 36:	Netzwerktreffen einer Care-Managerin (eigene Darstellung) [79]	68
Abbildung 37:	Vernetzungspartner*innen zur einrichtungsübergreifenden Versorgung von Herrn W. (eigene Darstellung)	71
Abbildung 38:	Vernetzungspartner*innen zur zielgerichteten und vereinbarten Versorgung mit bzw. für Herrn W. (eigene Darstellung) [36]	71
Abbildung 39:	Merkmale der integrierten Versorgung (eigene Darstellung) [85]	72
Abbildung 40:	Gegenüberstellung der Regelversorgung zur integrierten bzw. vernetzten Versorgung und ihre Charakteristika (eigene Darstellung)	73
Abbildung 41:	Fünf Aspekte des zentralen integrierten Leistungsmanagements (eigene Darstellung) [57]	73
Abbildung 42:	Vertikale und horizontale Integration (eigene Darstellung) [98]	74
Abbildung 43:	Perspektiven für die Gestaltung der integrierten Versorgung (WHO 2016) [90]	76
Abbildung 44:	Modell CareManagement Tirol (eigene Darstellung)	79
Abbildung 45:	Überblick über das CareManagement Modell Tirol (eigene Darstellung)	80
Abbildung 46:	Fünf Qualitätsstandards des Modelle CareManagement Tirol (eigene Darstellung)	83
Abbildung 47:	Die fünf Arten von Netzwerktreffen im Rahmen von CareManagement Tirol (eigene Darstellung)	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Intake-Kriterien für die Inanspruchnahme eines Case-Managements	28
Tabelle 2:	Unterschied zwischen Pflege- & Case-Management-Prozess [39]	44
Tabelle 3:	Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Leistungen der mobilen Dienste in Tirol [45]	45
Tabelle 4:	Charakteristika für aufwändige und herausfordernde Klient*innen [38]	46
Tabelle 5:	Analyse des österreichischen Gesundheits- und des Pflegeversorgungssystems (eigene Darstellung)	52
Tabelle 6:	Unterscheidung der fallbezogenen und der fallunabhängigen Vernetzung (eigene Darstellung) [73]	57
Tabelle 7:	Hemmende Einflussfaktoren für den Aufbau von Kooperationen (nach Monzer [78])	60
Tabelle 8:	Lösungsansätze zur Beeinflussung von hemmenden Einflussfaktoren für den Aufbau von Kooperationen (nach Monzer [78])	61
Tabelle 9:	Drei Grundtypen von Netzwerken [73]	61
Tabelle 10:	Nutzen für die Bevölkerung und die Stakeholder	79